

**Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto**

**ENTRE O LOCAL E O GLOBAL**  
**processos de regulação para a preservação da saúde no trabalho**

---

Carla Nunes de Carvalho Peixoto de Barros Dias Duarte

Outubro de 2003

**Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto**

**ENTRE O LOCAL E O GLOBAL**  
**processos de regulação para a preservação da saúde no trabalho**

---

Dissertação apresentada pela aluna  
**Carla Nunes de Carvalho Peixoto de Barros Dias Duarte**  
na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação  
da Universidade do Porto,  
para obtenção do grau de Doutor em Psicologia  
sob a orientação da  
**Professora Doutora Marianne Lacomblez**

## RESUMO

Os discursos relativos à saúde no trabalho têm ganho relevo significativo ao nível das decisões e orientações políticas, o que se revela nomeadamente, através da produção de legislação específica e da criação de organismos com preocupações ao nível das condições de vida no trabalho. Contudo, e apesar de os estudos científicos desenvolvidos neste domínio terem vindo a demonstrar a influência do trabalho e das condições de trabalho na saúde e no bem-estar dos trabalhadores assistimos ainda a poucas mudanças efectivas na concretização de uma política global e integradora da dimensão do trabalho na abordagem da saúde.

Esta investigação, enquadrada nos princípios teórico-metodológicos da Psicologia do Trabalho e da Ergonomia da Actividade, foi conduzida no intuito de dar uma maior visibilidade às consequências do trabalho na saúde e à forma como, efectivamente, os riscos de trabalho são geridos pelos diferentes actores envolvidos.

Para dar resposta a esta preocupação, evidenciou-se numa primeira fase as relações entre a saúde e o trabalho através de um estudo do tipo epidemiológico (*Inquérito SIT – Inquérito Saúde, Idade e Trabalho*) que revelou a necessidade de conduzir uma análise mais específica dos processos de regulação elaborados pelos trabalhadores na preservação e construção da sua saúde (*Estudo de caso: desenvolvimento de uma investigação-acção junto de um colectivo de trabalhadores da Indústria Têxtil*). O conceito de regulação foi central no desenvolvimento desta investigação, revelando a complexidade e a variabilidade do comportamento do ser humano no trabalho, nomeadamente na procura – nem sempre fácil – de um equilíbrio entre o que é exigido pelo cumprimento das normas de produção e o que exige a preservação da saúde. Esta análise conduziu à necessidade de alargar o estudo dos processos de regulação individuais e colectivos no trabalho aos processos de regulação das estruturas sociais ao nível local. Deste modo, procurou-se analisar o papel efectivo dos profissionais nos organismos de saúde e de saúde pública que actuam no plano local (*Estudo local da organização da saúde*).

Os resultados desta investigação evidenciaram a necessidade do reforço e/ou da criação de estruturas e redes de apoio, susceptíveis de assumir melhor a função reguladora de uma política da saúde que deixaria de esquecer que a maior parte dos cidadãos exerce uma actividade profissional.



## RÉSUMÉ

Les discours concernant la santé au travail ont pris beaucoup d'importance au niveau des décisions et des orientations politiques, ce qui se manifeste notamment par la production de législation spécifique ainsi que par la création d'organismes se préoccupant des conditions de vie au travail. Cependant, et bien que les études scientifiques développées dans ce domaine aient démontré l'influence du travail et des conditions de travail sur la santé et sur le bien-être des travailleurs, on observe encore peu de changements effectifs visant à concrétiser une politique globale et intégrant la dimension du travail dans l'approche de la santé.

Dans le cadre des principes théorico-méthodologiques de la Psychologie du Travail et de l'Ergonomie de l'Activité, cette recherche a été menée avec l'idée de donner une plus grande visibilité aux conséquences du travail sur la santé ainsi qu'à la façon dont, effectivement, les risques sont gérés par les différents acteurs impliqués.

Afin de répondre à cette préoccupation, on a mis en évidence, dans une première phase, les relations entre la santé et le travail au moyen d'une étude de type épidémiologique (*Inquérito SIT – Inquérito Saúde, Idade e Trabalho*) qui a révélé la nécessité de mener une analyse plus spécifique des processus de régulation élaborés par les travailleurs pour la préservation et la construction de leur santé (*Etude de cas : développement d'une recherche-action auprès d'un collectif de travailleurs de l'Industrie Textile*). Lors du déroulement de cette recherche, le concept de régulation a été central, révélant la complexité et la variabilité du comportement de l'être humain au travail, notamment dans la recherche – loin d'être toujours simple – d'un équilibre entre ce que l'accomplissement des normes de production exige et ce qu'exige la préservation de la santé. Cette analyse a conduit à la nécessité d'élargir aux processus de régulation des structures sociales au niveau local l'étude des processus de régulation individuels et collectifs au travail. Dans ce but, on a cherché à analyser le rôle effectif des professionnels dans les organismes de santé et de santé publique agissant sur le plan local (*Etude locale de l'organisation de la santé*).

Les résultats de cette recherche ont mis en évidence la nécessité du renforcement et/ou de la création de structures et de réseaux de soutien susceptibles de mieux assumer la fonction régulatrice d'une politique de la santé qui n'oublierait plus que la majeure partie des citoyens exerce une activité professionnelle.



## ABSTRACT

Speeches concerning health at work have been gaining significant weight in what political orientations and decisions are concerned. Indeed, specific legislation is being produced and new organizations concerned with life in work conditions are created. Nevertheless - and although several scientific studies in this field have demonstrated the influence of work and working conditions in workers' health and the welfare – there are still few effective changes aiming at a global policies integrating work dimension in its health approach.

The present research, supported on theoretical and methodological principles of Work Psychology and Activity Ergonomics, intends to give more visibility to the consequences of work on peoples' health and to the way the different actors involved effectively manage health risks.

In order to respond to this concern, the relations between health and work were, in a first phase, highlighted through a epidemiological study (*Inquérito SIT – Inquérito Saúde, Idade e Trabalho*), which revealed the need to conduct a more specific analysis of the regulation processes created by the workers for the preservation and construction of their health (*Case study: development of an action-research project with a group of workers in the textile industry*). Regulation was the central concept in the development of this research, revealing the complexity and the variability of human behavior at work, namely in what concerns the search – not always easy – of a balance between the compulsory respect for the production norms and the effort of health preservation. This analysis conducted us to the need to broaden the study from the individual and collective regulation processes at work to the ones practiced by the social structures at a local level. With this goal, we tried to analyze the effective role of health organizations' and public health professionals acting at a local level (*Local study of health organization*).

The results of this research highlight the need to reinforce and/or create support structures and networks capable of assuming a better regulation function of a health policy that would quit forgetting that the majority of the citizens have a professional activity.



---

*La santé n'est pas seulement la vie dans le silence des organes,  
c'est aussi  
la vie dans la discrétion des rapports sociaux.*

Canguilhem, 2002, p.62

## **AGRADECIMENTOS**

Este trabalho só foi possível devido ao contributo de várias pessoas e instituições que, por diversas formas, permitiram a sua concretização. Gostaria de expressar o meu profundo agradecimento a todos, e de uma forma muito especial:

A Professora Marianne Lacomblez por me ter acompanhado ao longo de todo este percurso e pelo seu papel essencial no meu desenvolvimento pessoal e profissional. Pela sua disponibilidade incondicional e pelos muitos momentos de discussão e reflexão que permitiram dar sentido às minhas dúvidas e angústias mas também às minhas convicções e crenças.

Ao Prof. Serge Volkoff e ao Prof. Jean-Claude Marquié pela orientação e apoio na preparação e concretização do Inquérito SIT.

A Universidade Fernando Pessoa pelo apoio e confiança sempre demonstrados.

A Dra. Beatriz Jurado pela disponibilidade demonstrada e pelo apoio institucional.

A administração da empresa onde desenvolvi o trabalho, pela forma como me acolheu e pela disponibilidade demonstrada em especial ao Eng. Carlos Costa, à Dra. Isabel Machado e à D. Manuela Machado.

A todos os trabalhadores envolvidos, pela forma como partilharam as suas experiências, os seus sentimentos e as suas emoções. Com eles aprendi e reflecti sobre as minhas próprias vivências.

Aos médicos dos Centros de Saúde, em especial ao Dr. Gentil Ferreira e aos Presidentes das Juntas de Freguesia envolvidos pela sua disponibilidade e por me terem mostrado o valor de um esforço quotidiano tantas vezes ignorado.

Aos médicos do trabalho, em particular à Dra. Teresa Carvalho, pelos valiosos contributos na adaptação e aplicação do Inquérito SIT.

Ao Prof. Bertrand, à Patrícia e à Sílvia pela ajuda preciosa nas traduções e transcrições das entrevistas.

A Liliana e a Sara pela disponibilidade e ajuda sempre manifestadas.

Aos amigos e colegas, Adélia, Camilo, Isabel, Catarina e Teresa, em especial, à Clara pela partilha e ao Ricardo pelo estímulo e sugestões permanentes.

A Joana pelo apoio e pelas sugestões na organização e design gráfico desta tese mas sobretudo por saber que posso contar sempre com ela.

A Marta pela sua cumplicidade em todos os momentos e por ter sido a pessoa a quem pude pedir tudo.

A família pelo seu apoio e disponibilidade constantes em especial à Tia Inês e às Tias Helenas e à Albertina por todo o apoio doméstico e pela amizade aos meus filhos.

Ao Rui pela sua presença na minha vida e aos nossos filhos Inês, Francisco e Margarida por, apesar de tudo, terem sempre um sorriso para a mãe.

## LISTA DE ABREVIATURAS

ANITLAR – Associação Nacional das Indústrias de Têxteis Lar  
ANIVÉC – Associação Nacional das Indústrias de Vestuário e Confecção  
APIM – Associação Portuguesa das Indústrias de Malha e Confecção  
APT – Associação Portuguesa de Têxteis e Vestuário  
CECA – Communauté Européenne du Charbon et de L’Acier  
CNPRP – Centro Nacional de Protecção contra os Riscos Profissionais  
DETEPF – Departamento de Estatística do Trabalho, Emprego e Formação Profissional do Ministério da Segurança Social e do Trabalho  
ESTEV – Enquête Santé, Travail & Vieillessement  
UE – União Europeia  
FESETE – Federação dos Sindicatos dos Trabalhadores Têxteis, Lanifícios; Vestuário e Peles de Portugal  
IAEC – Instrumento de Análise para Estudos de Caso  
IDICT – Instituto de Desenvolvimento e Inspeção das Condições de Trabalho  
IIES – Instituto de Informática e Estatística da Solidariedade  
INE – Instituto Nacional de Estatística  
INOFOR – Instituto para a Inovação na Formação  
INS – Inquérito Nacional de Saúde  
ITV – Indústria Têxtil e do Vestuário  
NHP – Nottingham Health Profile (Perfil de Saúde de Nottingham)  
OIT – Organização Internacional do Trabalho  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
ORL – Doenças de Otorrinolaringologia  
PNAP – Plano Nacional para a Prevenção  
SHST – Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho  
SIC – Sistema de Informação Concreta  
SIT – Inquérito Saúde, Idade e Trabalho  
SIST – Sistema Interactivo para a Saúde no Trabalho  
SPSS – Statistical Package for Social Sciences  
TCO – Trabalhadores por Conta de Outrem  
UE – União Europeia  
VISAT – Vieillessement, Santé, Travail



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO	27
------------	----

### CAPÍTULO I

---

<b>A invisibilidade da saúde no trabalho em Portugal</b>	35
--	----

<b>1. Saúde e trabalho: os silêncios dos números</b>	37
--	----

<b>2. Variações sociais das condições de trabalho e consequências para a saúde</b>	42
--	----

2.1. Variações nas condições de trabalho e ocupação profissional	45
--	----

2.2. Variações nas condições de trabalho e diferenças de género	49
---	----

2.3. Variações nas condições de trabalho e evolução da idade	53
--	----

<b>3. Compreender a saúde no trabalho: uma metodologia a construir</b>	57
--	----

### CAPÍTULO II

---

<b>Indústria Têxtil e do Vestuário: caracterização e condições de trabalho</b>	63
--	----

<b>1. O sector Têxtil e do Vestuário em Portugal</b>	65
--	----

1.1. Características e especificidades do sector	66
--	----

1.2. Quem são os trabalhadores da ITV?	69
--	----

<b>2. Condições de trabalho e indicadores de saúde: características e especificidades</b>	72
---	----

2.1. Das características do trabalho às características da saúde	72
--	----

2.2. Perspectivas e desafio	77
-----------------------------	----

### CAPÍTULO III

---

<b>Saúde e trabalho: relações e evoluções</b>	79
---	----

<b>1. As relações entre saúde e trabalho: diversidade e variabilidade</b>	81
---	----

1.1. Envelhecimento no trabalho e pelo trabalho	82
---	----

1.2. Da análise do trabalho à análise das condições de trabalho	84
---	----

1.3. Dos grandes aos pequenos problemas de saúde no trabalho: os aspectos mais invisíveis	86
---	----

<b>2. O inquérito SIT – Saúde, Idade e Trabalho</b>	87
---	----

2.1. Os inquéritos precursores: ESTEV e VISAT	88
---	----

2.2. A composição do Inquérito SIT	93
2.3. A metodologia utilizada: o processo de construção e aplicação do SIT	95
2.4. Análise e tratamento dos dados	97
<b>3. Caracterização da amostra</b>	<b>98</b>
3.1. Caracterização da amostra das empresas	98
3.2. Caracterização da amostra dos trabalhadores	98
<b>4. Das características do trabalho à avaliação do estado de saúde</b>	<b>102</b>
4.1. O tempo de trabalho	103
4.2. Os constrangimentos físicos do trabalho	103
4.3. Os constrangimentos da organização do trabalho	105
4.4. Os principais problemas de saúde	107
4.5. E os aspectos menos visíveis?	108
<b>5. Relações e variações na saúde no trabalho</b>	<b>110</b>
5.1. Variações nas dificuldades sentidas no trabalho	110
5.1.1. Relações entre o trabalho, as dificuldades sentidas e o género	111
5.1.2. Relações entre o trabalho, as dificuldades sentidas e a idade	113
5.2. Variações na percepção do estado de saúde	115
5.2.1. Relações entre o trabalho, a percepção da saúde e o género	117
5.2.2. Relações entre o trabalho, a percepção da saúde e a idade	118
<b>6. Perspectivas e contradições nos discursos sobre saúde no trabalho</b>	<b>121</b>
<b>7. Síntese</b>	<b>126</b>

#### CAPÍTULO IV

---

<b>Preservação e construção da saúde no trabalho: processos de regulação</b>	<b>129</b>
<b>1. A regulação humana no trabalho</b>	<b>131</b>
1.1. Da variabilidade às regulações no trabalho: bases e princípios da regulação da actividade de trabalho	131
1.2. Actividade de trabalho, actividade de regulação	136
1.3. Estratégias de regulação da saúde: entre o eu e o mundo dos valores	141
<b>2. Problemática: proposta de um quadro de análise</b>	<b>146</b>

<b>3. Uma metodologia construída na perspectiva do trabalhador: o confronto com o vivido</b>	<b>151</b>
3.1. Da empresa à situação de trabalho: investigações preliminares	153
3.2. Trabalhadores participantes	157
3.3. A investigação-acção	159
3.3.1. Entrevistas individuais	161
3.3.1.1. A primeira entrevista: o meu trabalho	161
3.3.1.2. A segunda entrevista: os riscos profissionais	162
3.3.1.3. A terceira entrevista: as estratégias de regulação	163
3.3.2. Entrevistas colectivas	164
3.3.2.1. O primeiro grupo: o eu e os riscos profissionais	165
3.3.2.2. O segundo grupo: a actividade de trabalho e as estratégias de regulação	167
3.3.2.3. O terceiro grupo: as minhas estratégias e as estratégias dos outros	169
3.3.2.4. O quarto grupo: as minhas estratégias, diferenças e evoluções	170
3.3.2.5. O quinto grupo: o eu e os outros, riscos e estratégias	171
3.4. Análise dos resultados	172
<b>4. Características e constrangimentos da situação de trabalho como fonte de riscos</b>	<b>176</b>
4.1. O trabalho e as condições de trabalho do tecelão e da tecedeira	176
4.2. Riscos e problemas de saúde da actividade de trabalho	180
<b>5. Riscos profissionais e problemas de saúde: diferentes perspectivas</b>	<b>184</b>
5.1. A perspectiva do trabalhador	184
5.1.1. Os riscos	184
5.1.2. A saúde	187
5.2. A perspectiva dos outros actores da empresa	189
5.2.1. Os riscos	189
5.2.2. A saúde	194
<b>6. Preservação da saúde no trabalho: o confronto com o vivido</b>	<b>197</b>
6.1. Estratégias de regulação da saúde no trabalho	197
6.2. Os valores e o trabalho	206
6.2.1. Uma análise transversal	206
6.2.2. Uma análise do processo de investigação-acção	211
6.3. Das estratégias de regulação da saúde no trabalho ao despertar no mundo dos valores	213
<b>7. Síntese</b>	<b>218</b>

## CAPÍTULO V

---

<b>Espaços e contextos de acção da saúde no trabalho: processos de regulação ao nível local</b>	221
<b>1. A organização e a regulação da saúde ao nível local</b>	223
1.1. Da regulação humana à regulação institucional	223
1.2. O Homem, o cidadão e a sua saúde	226
1.3. A organização da saúde no trabalho	229
<b>2. Estudo local da organização da saúde: as interfaces da saúde</b>	232
2.1. Breve caracterização da região do Vale do Ave	233
2.2. Metodologia utilizada	237
2.2.1. A perspectiva dos médicos	237
2.2.2. As doenças profissionais	238
2.2.3. A perspectiva do poder local	239
2.3. Retrato das doenças profissionais	240
2.4. A perspectiva da intervenção médica: a (des)centralidade do trabalho	243
2.5. Cidadão e comunidade – interfaces da saúde no trabalho	246
<b>3. Síntese</b>	250

## CAPÍTULO VI

---

<b>Regulação do sistema de saúde no trabalho: análise e desafios</b>	253
<b>1. Regulação do sistema de saúde no trabalho: uma leitura à luz da Teoria da Regulação</b>	256
<b>2. Relação salarial e saúde: uma questão de regulação económica?</b>	263
2.1. Análise do trabalho e processos de regulação no trabalho	266
2.2. O trabalhador: actor ou objecto da prevenção	268
2.3. Intervenção em saúde no trabalho	270
<b>3. Uma concepção a reconstruir</b>	272
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	277
<b>ANEXOS</b>	303

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>Anexo 1</b>	Lista de doenças incluídas em cada tipo de doença profissional (DETEFP, 2003)	305
<b>Anexo 2</b>	Inquérito SIT: Saúde, Idade e Trabalho	309
<b>Anexo 3</b>	Processo de construção e aplicação do SIT	355
<b>Anexo 4</b>	Guião da entrevista realizada ao Director da Tecelagem	367
<b>Anexo 5</b>	Guião da entrevista realizada à médica da empresa	371
<b>Anexo 6</b>	Guiões das três entrevistas individuais	375
<b>Anexo 7</b>	Questionário de análise dos riscos profissionais da actividade de trabalho de tecelão/tecedeira (Adaptado de Boix & Vogel, 1999)	381
<b>Anexo 8</b>	Questionário de identificação dos riscos profissionais da actividade de trabalho de tecelão/tecedeira (Adaptado de Boix & Vogel, 1999)	389
<b>Anexo 9</b>	Questionário de identificação dos problemas de saúde da actividade de trabalho de tecelão/tecedeira (Adaptado de Boix & Vogel, 1999)	399
<b>Anexo 10</b>	Guiões das três entrevistas colectivas	405
<b>Anexo 11</b>	Relatório do sistema de codificação utilizado na análise de conteúdo	443
<b>Anexo 12</b>	Guião de entrevista utilizado nas entrevistas individuais aos médicos do Centro de Saúde	455
<b>Anexo 13</b>	Guião de entrevista utilizada na entrevista individual à médica de Saúde Pública	459
<b>Anexo 14</b>	Guião de entrevista utilizado nas entrevistas aos Presidentes das Junta de Freguesia	463



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	<i>Vulcão</i> integrador dos principais resultados do SIT	123
Figura 2	Actividade de trabalho enquanto compromisso operativo momentâneo (Hubault, 1995)	138
Figura 3	Modelo de compreensão das situações de trabalho centradas na pessoa e na sua actividade (Adaptado de Vézina, 2001)	140
Figura 4	Modelo de análise da actividade (De La Garza & Weill Fassina, 2000)	142
Figura 5	Modelo de análise da actividade (Schwartz, 2000)	144
Figura 6	Estratégias de regulação da saúde: articulação de três pólos da actividade de trabalho (Adaptado de De La Garza & Weill Fassina, 2000; Pueyo, 2003 e Flageul-Caroly, 2001)	148
Figura 7	Valores emergentes na regulação da saúde no trabalho (Adaptado de Schwartz, 2000)	149
Figura 8	Modelo de análise dos modos de regulação na preservação da saúde no trabalho	150
Figura 9	Esquema-base do percurso construído	153
Figura 10	Factores intervenientes na actividade de trabalho do tecelão/tecedeira	180
Figura 11	Estratégias de regulação da saúde: interfaces entre os três pólos	205
Figura 12	Valores emergentes na saúde no trabalho: interfaces entre os três pólos	211
Figura 13	Triângulo da organização da saúde (Oddone, 2000)	231
Figura 14	Interfaces da saúde no trabalho ao nível local (Adaptado de Oddone, 2000)	233
Figura 15	Delimitação da região norte de Portugal	234
Figura 16	Delimitação da região do Vale do Ave (versão oficial)	234



## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1	Evolução do número total de pensionistas com incapacidade permanente por tipo de doença profissional (1990-2000)	40
Quadro 2	Evolução da exposição aos constrangimentos físicos nos trabalhadores europeus (em percentagem)	43
Quadro 3	Evolução da intensidade no trabalho nos trabalhadores europeus (em percentagem)	44
Quadro 4	Composição do Inquérito SIT	93
Quadro 5	Número de trabalhadores da amostra em função do género	99
Quadro 6	Distribuição da amostra por área de actividade e género	101
Quadro 7	Distribuição da amostra em função da antiguidade na função (em percentagem)	101
Quadro 8	Distribuição da amostra em função do nível de habilitações literárias (em percentagem)	102
Quadro 9	Exposição aos constrangimentos físicos do trabalho actual e passado segundo o género (em percentagem)	104
Quadro 10	Exposição aos constrangimentos da organização do trabalho actual e passado segundo o género (em percentagem)	106
Quadro 11	Principais problemas de saúde actuais e passados que afectam ou afectaram os trabalhadores (em percentagem)	107
Quadro 12	Principais dificuldades sentidas pelos trabalhadores no seu trabalho actual (em percentagem)	110
Quadro 13	Dificuldade em “fazer grandes esforços físicos, permanecer muito tempo de pé, adoptar ou manter posições desconfortáveis”	114
Quadro 14	Análise das dimensões de saúde do NHP (em percentagem)	116
Quadro 15	Perfil de Saúde de Nottingham (NHP): reacções emocionais	120
Quadro 16	Caracterização do grupo de trabalhadores participantes	158
Quadro 17	Identificação dos sujeitos que participaram nas entrevistas relativas aos riscos profissionais da actividade de trabalho de tecelão/tecedeira	163
Quadro 18	Quadro-síntese dos diferentes momentos da intervenção	172
Quadro 19	Principais problemas de saúde actuais e passados que afectam ou afectaram os tecelões e tecedeiras (em percentagem)	183
Quadro 20	Riscos profissionais identificados pelos trabalhadores	185
Quadro 21	Problemas de saúde identificados pelos trabalhadores	188
Quadro 22	Riscos profissionais identificados pelos diferentes actores da empresa	190
Quadro 23	Problemas de saúde identificados pela médica da empresa	194
Quadro 24	Estratégias de regulação da saúde no trabalho centradas no Pólo Eu – Regulações operatórias	198

Quadro 25	Estratégias de regulação da saúde no trabalho centradas no Pólo Eu – Regulações catacréticas	200
Quadro 26	Estratégias de regulação da saúde no trabalho centradas no Pólo Sistema – Regulações funcionais e Regulações estruturais	202
Quadro 27	Estratégias de regulação da saúde no trabalho centradas no Pólo Outros – Regulações horizontais	204
Quadro 28	Interface entre as regulações do pólo eu e do pólo do sistema	205
Quadro 29	Valores de gestão de si no trabalho emergentes na regulação da saúde no trabalho	208
Quadro 30	Valores de mercado emergentes na regulação da saúde no trabalho	209
Quadro 31	Valores de politeia emergentes na regulação da saúde no trabalho	210
Quadro 32	Interface entre as estratégias de regulação e os valores	215
Quadro 33	Número de empresas e emprego na região do Vale do Ave segundo os diferentes sectores de actividade na Indústria Transformadora (em percentagem)	235

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Evolução do número de pensionistas com incapacidade permanente com pensões iniciadas durante o ano ou em anos anteriores (1990-2000)	39
Gráfico 2	Problemas de saúde relacionados com o trabalho expressos pelos trabalhadores europeus em 2000 (em percentagem)	41
Gráfico 3	Exposição aos constrangimentos físicos e aos constrangimentos da organização do trabalho segundo as diferentes ocupações profissionais (em percentagem)	46
Gráfico 4	Auto-percepção do estado de saúde como Mau/Muito Mau da população de trabalhadores activos (em percentagem), de 15 ou mais anos de idade, por tipo de funções (Graça, 2002a)	47
Gráfico 5	Exposição aos constrangimentos físicos e aos constrangimentos da organização do trabalho segundo o género (em percentagem)	50
Gráfico 6	Evolução do número total de pensionistas com incapacidade permanente segundo o género (1990-2000)	51
Gráfico 7	Exposição aos constrangimentos físicos e aos constrangimentos da organização do trabalho segundo os grupos etários (em percentagem)	54
Gráfico 8	Evolução do número total de pensionistas com incapacidade permanente segundo a idade (1990-2000)	55
Gráfico 9	Número de trabalhadores por grupo etário e tipo de problema de saúde relacionado com o trabalho	56
Gráfico 10	Número de empresas da ITV segundo a dimensão da empresa (em percentagem)	68
Gráfico 11	Número de pessoas ao serviço na ITV segundo a dimensão da empresa (em percentagem)	68
Gráfico 12	Número de Trabalhadores por Conta de Outrem por grupo etário e género	69
Gráfico 13	Número de Trabalhadores por Conta de Outrem por habilitações literárias	71
Gráfico 14	Exposição aos constrangimentos físicos no sector da ITV comparativamente com a média global dos sectores de actividade económica (em percentagem)	73
Gráfico 15	Exposição aos constrangimentos da organização do trabalho no sector da ITV comparativamente com a média global dos sectores de actividade económica (em percentagem)	73
Gráfico 16	Número de trabalhadores por tipo de doença profissional no sector da ITV comparativamente com o conjunto dos outros sectores de actividade económica	74
Gráfico 17	Número de trabalhadores por tipo de doença profissional no sector da ITV segundo o género	75

Gráfico 18	Distribuição da amostra por grupo etário e género	100
Gráfico 19	Exposição aos constrangimentos físicos, dados comparativos do SIT e do Relatório das “Condições de Trabalho” (em percentagem)	104
Gráfico 20	Exposição aos constrangimentos da organização do trabalho, dados comparativos do SIT e do Relatório das “Condições de Trabalho” (em percentagem)	105
Gráfico 21	Principais diferenças nas dificuldades sentidas no trabalho segundo o género	111
Gráfico 22	Principais diferenças nas dificuldades sentidas no trabalho segundo a idade	113
Gráfico 23	Diferenças no Perfil de Saúde de Nottingham segundo o género	117
Gráfico 24	Diferenças no Perfil de Saúde de Nottingham segundo a idade	119
Gráfico 25	Exposição actual aos constrangimentos físicos, dados comparativos do grupo profissional dos tecelões/tecedeiras com o conjunto dos trabalhadores da ITV (em percentagem)	181
Gráfico 26	Exposição actual aos constrangimentos da organização do trabalho, dados comparativos do grupo profissional dos tecelões/tecedeiras com o conjunto dos trabalhadores da ITV (em percentagem)	182
Gráfico 27	Integração dos resultados relativos aos riscos profissionais	196
Gráfico 28	Integração dos resultados relativos aos problemas de saúde	196
Gráfico 29	Distribuição da frequência das estratégias de regulação da saúde no trabalho	197
Gráfico 30	Distribuição da frequência de valores emergentes na regulação da saúde no trabalho	207
Gráfico 31	Número de TCO por grupo etário e género na região do Vale do Ave	236
Gráfico 32	Distribuição das doenças profissionais reconhecidas por tipo	240
Gráfico 33	Distribuição das doenças profissionais reconhecidas com incapacidade por tipo	241
Gráfico 34	Distribuição dos diagnósticos de doença profissional por actividade profissional	242
Gráfico 35	Distribuição dos diagnósticos de doença profissional por idade e género	242
Gráfico 36	Análise dos problemas de saúde dos utentes referidos nos discursos médicos	244
Gráfico 37	Análise dos problemas de saúde específicos aos trabalhadores da ITV referidos nos discursos médicos	245

## INTRODUÇÃO

---



As preocupações crescentes com a melhoria das condições de vida no trabalho têm-se reflectido nos discursos políticos o que, a nível nacional e internacional, se traduziu em mutações importantes da legislação nos últimos vinte anos (Vogel, 1997) e, também, na criação de organismos orientados para um outro acompanhamento da segurança e saúde no trabalho.

Contudo, e apesar de os estudos científicos desenvolvidos nesta área (Derriennic, Touranchet & Volkoff, 1996; Marquié, Paumès & Volkoff, 1995; Teiger, 1989) terem vindo a demonstrar a influência do trabalho e das condições de trabalho na saúde e no bem-estar dos trabalhadores realçando, também, o efeito dos factores psicossociais associados aos riscos emergentes na nova organização do trabalho (Daubas-Letourneux & Thébaud-Mony, 2002; Lacomblez, 2000) assistimos ainda a poucas mudanças na concretização de uma política global e integradora da dimensão do trabalho na abordagem da saúde.

É a partir deste aparente paradoxo que todo o processo de investigação foi desenvolvido tendo como principal objectivo compreender a ausência de visibilidade dos efeitos do trabalho na saúde dos trabalhadores em Portugal.

De facto, a pouca visibilidade social dos dados estatísticos disponíveis é muitas vezes reforçada pela ausência de vontade dos próprios trabalhadores em falar do seu trabalho e das suas condições de trabalho, optando, mais ou menos conscientemente, por uma *discrição social* (Canguilhem, 2002a), ocultando, assim, os efeitos do trabalho na saúde.

Na realidade, as relações entre a saúde e o trabalho revestem-se de uma grande complexidade, “não são nem unívocas nem instantâneas” (Gollac & Volkoff, 2000, p.23) estabelecendo-se relações múltiplas e recíprocas que, ultrapassando os tradicionais diagnósticos de doença, se traduzem, também, num conjunto de fenómenos e estados que, embora não sejam considerados patológicos, constituem sinais reveladores de sofrimento (Marquié, 1999) mas que permanecem, ainda, pouco visíveis.

A saúde no trabalho apela a um conceito de saúde dinâmico e multidimensional no qual, ultrapassando-se a simples constatação da ausência de doença, interagem as dimensões física, psicológica e social já referidas pela OMS (em

1948) e mais recentemente sublinhadas 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).

Se, de facto, as posições políticas no domínio da saúde se têm vindo a orientar para uma posição que visa “assumir a centralidade do cidadão” (Ministério da Saúde, 1999a, orientação nº2) revelando uma preocupação voltada para as necessidades dos cidadãos, quando, no entanto, passaram a ser operacionalizadas para o mundo do trabalho traduziram-se em medidas ainda cimentadas numa concepção de intervenção baseada na norma e no controlo (Cru, 2000) do comportamento do homem no trabalho, ignorando a contribuição e a participação efectiva dos trabalhadores na preservação e construção da sua saúde.

Neste sentido, uma abordagem centrada no homem, revelando a especificidade e a singularidade com que são vividas as relações entre saúde e trabalho, apoiada no que Canguilhem (1999, p.107) mostrou ser “relativista e individualista”, revela uma construção pessoal e subjectiva mas que, na maioria das situações, não é reconhecida e permanece subordinada a uma lógica normativa e prescritiva.

Esta intervenção normativa e prescritiva reflecte ainda uma perspectiva que, além de prolongar uma concepção reducionista do homem, reforça a actuação biomédica na área da saúde impedindo uma orientação dirigida ao bem-estar que, inevitavelmente, apela a uma mudança de visão da concepção do homem (Maggi, 1996a) apoiada numa dimensão mais existencialista da saúde (Canguilhem, 1999, 2002b): trata-se então de 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.

Neste sentido, os contributos da psicologia do trabalho articulados com a ergonomia da actividade têm vindo a realçar a necessidade de, nas situações concretas de trabalho, compreender a postura do trabalhador e, através da integração permanente dos conhecimentos provenientes do terreno e dos

conhecimentos teóricos, valorizar a especificidade e a singularidade do comportamento do homem no trabalho (Lacomblez, 1997, 2002).

De facto, uma abordagem com estas características, reflectindo os pressupostos teórico-metodológicos próprios às epistemologias construtivistas (Le Moigne, 1995), reconhece no estudo da saúde no trabalho a importância da subjectividade indissociável do projecto de acção sobre si e sobre o mundo que o rodeia (Clot, 1999a; Davezies, 1998).

Nesta perspectiva, o estudo da saúde no trabalho suscita uma reflexão a propósito da perspectiva assumida pelo trabalhador, nomeadamente em função da variabilidade de estratégias de regulação desenvolvidas na gestão da saúde e que revelam uma procura, frequentemente silenciosa, de um equilíbrio frágil entre o cumprimento de normas de produção e a preservação de um estado psicofisiológico satisfatório.

Deste modo, a análise do comportamento do homem no trabalho não se pode reduzir ao que é aparentemente observável (Faverge, 1966) mas procura compreender a forma como cada um gere os constrangimentos do trabalho e responde aos objectivos da produção.

No entanto, se o estudo dos processos de regulação da saúde no trabalho envolve, assim, a compreensão dos modos de agir, de pensar e de sentir dos trabalhadores (Lacomblez, no prelo), não pode negligenciar o debate de valores que atravessa a gestão que cada um faz da sua vida de trabalho (Schwartz, 2000): dar um significado e um sentido ao que acontece no trabalho traduz a dimensão de cariz existencial que invade permanentemente o mundo de trabalho e que reflecte frequentemente o que acontece também no mundo fora do trabalho (Curie, 2002; Davezies, 2002).

Contudo, trata-se, na realidade, de processos que podem, ou não, ser reconhecidos e apoiados institucionalmente.

Ora, o desenvolvimento de capacidades individuais de promoção da sua saúde – promoção de estilos de vida saudáveis por parte dos trabalhadores (Ministério de Saúde, 1999a, 2002) – é, nesta perspectiva, perfeitamente insuficiente, apelando-se a uma intervenção que, melhor conjugada no seio da empresa, ultrapasse este

nível e seja apoiada e coordenada por diferentes grupos de protagonistas e não unicamente pelos que costumam intervir em saúde ocupacional.

Assim, ao conseguir-se, ao nível local, encontrar outros mecanismos de regulação da saúde, fundamentados em regras colectivas de discussão e acção (Gaudin, 2002), poder-se-ia favorecer a projecção das necessidades locais específicas da comunidade ao nível global, passando então a ter outra visibilidade os efeitos do trabalho na saúde dos cidadãos.

De forma a concretizar esta reflexão foi planeado um conjunto de estudos que, situados em diferentes níveis de análise, pudessem ser reveladores, a par e passo, dos vários tipos de processos de regulação desenvolvidos na gestão da saúde no trabalho.

Entre os dois pólos - do global e do local - o estudo desenvolveu-se em diferentes planos de reflexão: da análise de dinâmicas globais e sectoriais passou ao estudo das particularidades a nível local, tendo salientado a especificidade dos comportamentos individuais e colectivos. A análise dos resultados fez emergir processos de regulação muitas vezes contraditórios, reveladores das perspectivas dos diferentes grupos de protagonistas no domínio da gestão da saúde no trabalho.

Neste sentido, o processo de investigação combinou metodologias quantitativas e qualitativas procurando, através da articulação sucessiva entre os momentos de pesquisa empírica e os momentos de reflexão teórica, salientar, permanentemente, o discurso e a vivência do sujeito no seu contexto de vida e de trabalho.

Assim, no primeiro capítulo desta tese serão apresentados os principais números e discursos que, a nível global, pretendem caracterizar o estado de saúde no trabalho em Portugal, confrontando, para isso, os dados estatísticos disponíveis, nacionais e europeus. Os números e os discursos mostram-se contudo, frequentemente contraditórios, mantendo, num paradoxal silêncio dos números, a pouca visibilidade dos efeitos do trabalho na saúde e a necessidade de uma abordagem que procure apesar de tudo compreender (mais do que explicar) o estado de saúde através das condições em que se trabalha.

O segundo capítulo é dirigido a uma breve caracterização do sector onde foi realizado o percurso de investigação – Sector da Indústria Têxtil e do Vestuário – procurando por um lado, salientar as suas principais características e especificidades e, por outro lado, analisar os principais problemas de saúde associados às actividades profissionais desenvolvidas neste sector.

A análise da especificidade das condições de trabalho na Indústria Têxtil e do Vestuário (ITV) conduziu ao desenvolvimento de um estudo de carácter epidemiológico concretizado na aplicação do Inquérito SIT – Inquérito Saúde, Idade e Trabalho – que possibilitou outra análise das relações que podem ser estabelecidas entre a saúde e o trabalho (terceiro capítulo). Este estudo permitiu realçar a complexidade de que se revestem as relações entre a saúde e o trabalho, salientando a interacção das características do trabalho nas várias dimensões da saúde e do bem-estar, a diferentes níveis e ao longo de toda a vida do trabalhador.

Este primeiro estudo confirmou a necessidade de uma análise mais concreta da realidade estudada: a partir de uma abordagem mais compreensiva desenvolveu-se uma investigação-acção junto de um colectivo de trabalhadores (quarto capítulo). Tendo como princípios subjacentes os da regulação humana no trabalho, próprios à psicologia do trabalho e à ergonomia, o estudo privilegiou a análise dos processos de regulação desenvolvidos pelos trabalhadores na preservação e construção da sua saúde no trabalho. A partir do *real do trabalho* recorreu-se a métodos qualitativos que, atentos à singularidade e especificidade dos comportamentos no trabalho, permitissem compreender os modos de pensar e de sentir e, deste modo, revelar o que está mais escondido, mas que dá significado e sentido ao vivido no trabalho.

Por sua vez, esta análise conduziu à necessidade de atribuir uma atenção particular aos processos de regulação de cariz mais institucional. No capítulo quinto, o estudo da organização local do sistema de saúde procurou compreender melhor o papel dos diferentes grupos de protagonistas no registo e no diagnóstico dos efeitos do trabalho no estado de saúde.

Esta evolução, este enriquecimento da noção de “regulação” conduziu ao seu aprofundamento através do contributo das Teorias Regulacionistas. O sexto capítulo é dedicado a uma reflexão acerca do modo de funcionamento do sistema de saúde no trabalho em Portugal a partir da análise do modo de regulação dominante das formas institucionais que, condicionando os comportamentos individuais e colectivos, podem efectivamente dificultar a concretização de medidas de prevenção e preservação da saúde no trabalho.

Pela leitura integrada dos diferentes níveis de análise, pretende-se evidenciar os contributos que, entre o local e o global, as diferentes instituições e actores podem ter no reconhecimento dos efeitos do trabalho na saúde e na definição de uma política da saúde centrada nas necessidades reais do cidadão e do trabalhador.

## **CAPÍTULO I**

---

### **A invisibilidade da saúde no trabalho em Portugal**



A influência das condições de trabalho na saúde e no bem-estar dos trabalhadores permanece ainda hoje pouco visível 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.

O objectivo deste capítulo é apresentar os números e os discursos que caracterizam o estado da saúde no trabalho em Portugal, recorrendo, para isso, à análise das variações sociais das condições de trabalho e respectivas consequências para a saúde a partir da leitura dos dados estatísticos nacionais e europeus.

Contudo, a dificuldade em dar visibilidade às consequências do trabalho na saúde levou à necessidade de completar o estudo dos dados estatísticos e a propor uma análise que integre também o discurso e a vivência do trabalhador, de modo a realçar a influência do trabalho na saúde e no bem-estar de cada um.

## **1. Saúde e trabalho: os silêncios dos números**

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 mais recentes apresentados no Relatório “Ganhos em Saúde em Portugal. Ponto de Situação” (Ministério da Saúde, 2002) e no Relatório da Primavera de 2002 (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2002), 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.

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, reflectindo assim um conceito de saúde ainda preso às suas atribuições clássicas porque “o conhecimento médico clínico costuma ser pouco orientado para a identificação das relações entre as patologias apresentadas pelo paciente e a sua história profissional” (Volkoff & Thébaud-Mony, 2000, p.353, tradução livre).

Por outro lado, a saúde não se limita à ausência de doença, como classicamente se entendia, e abarca não só a saúde física mas a saúde psíquica e a saúde social, e, deste modo,

O medo, o incómodo, o desconforto, a irritação, as dores, a fadiga, o aborrecimento, a deterioração do aspecto físico, o aparecimento de deficiências mesmo ligeiras merecem preocupação, mesmo que haja ou não um diagnóstico médico, quer se trate ou não de «sinais» patológicos (Gollac & Volkoff, 2000, p.21, tradução livre).

Ora, é frequentemente “com estes «pequenos» problemas que os investigadores e técnicos em saúde no trabalho se vêm confrontados (Gollac & Volkoff, 2000, p.21, tradução livre) na medida em que os mesmos não são independentes das condições em que se trabalha.

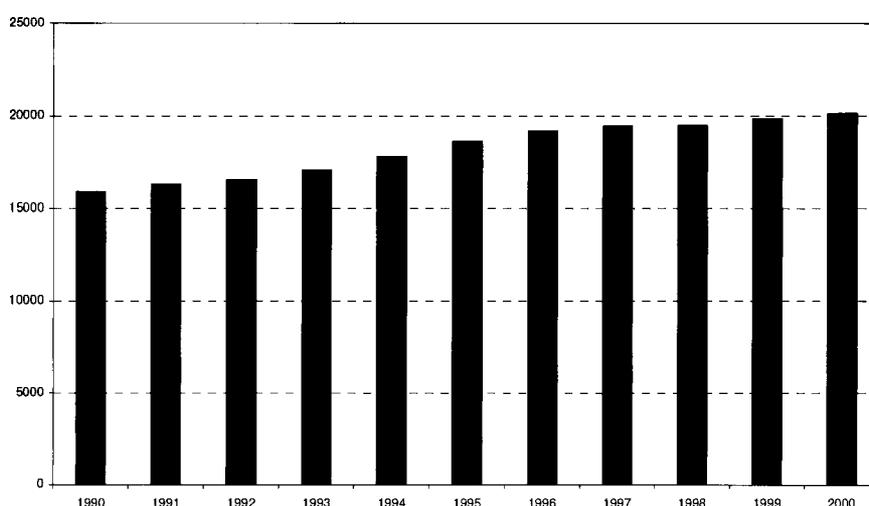
Na verdade, os problemas de saúde no trabalho estão tradicionalmente associados a um conjunto de patologias de origem profissional oficialmente reconhecidas como doenças profissionais. É sabido o quanto o reconhecimento de uma nova doença como profissional é o resultado de difíceis e complexas negociações entre parceiros sociais, exigindo, sobretudo, o estabelecimento de uma relação de causa-efeito entre a exposição a determinados riscos profissionais e o aparecimento da doença.

A lista das doenças profissionais em Portugal (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-esqueléticas 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 Profissionais<sup>1</sup> (CNPRP) - aponta para um ligeiro aumento gradual do número de pensionistas com incapacidade permanente<sup>2</sup> (gráfico 1).

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, 2003a)

Tendo como referência o número total de pensionistas com incapacidade permanente no ano de 2000, os valores indicam que aproximadamente 0.4%<sup>3</sup> da população empregada possui pelo menos uma doença reconhecida como doença profissional com incapacidade permanente. 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

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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).

<sup>3</sup> Cálculo aproximado da percentagem da população empregada que possui uma doença profissional. Este valor foi obtido a partir do número de total de pensionistas com incapacidade permanente no ano de 2000 (IIES, 2003) e o número da população empregada em 2000 (INE, 2003).

maior parte dos casos surdez sonotraumática (hipoacusia por lesão coclear), causada pelo ruído são as doenças mais frequentemente reconhecidas e indemnizáveis (quadro1).

Quadro 1: Evolução do número total de pensionistas com incapacidade permanente por tipo de doença profissional (1990-2000)

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

Fonte: IIES (1999, 2003a)

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 europeu<sup>7</sup>: 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%).

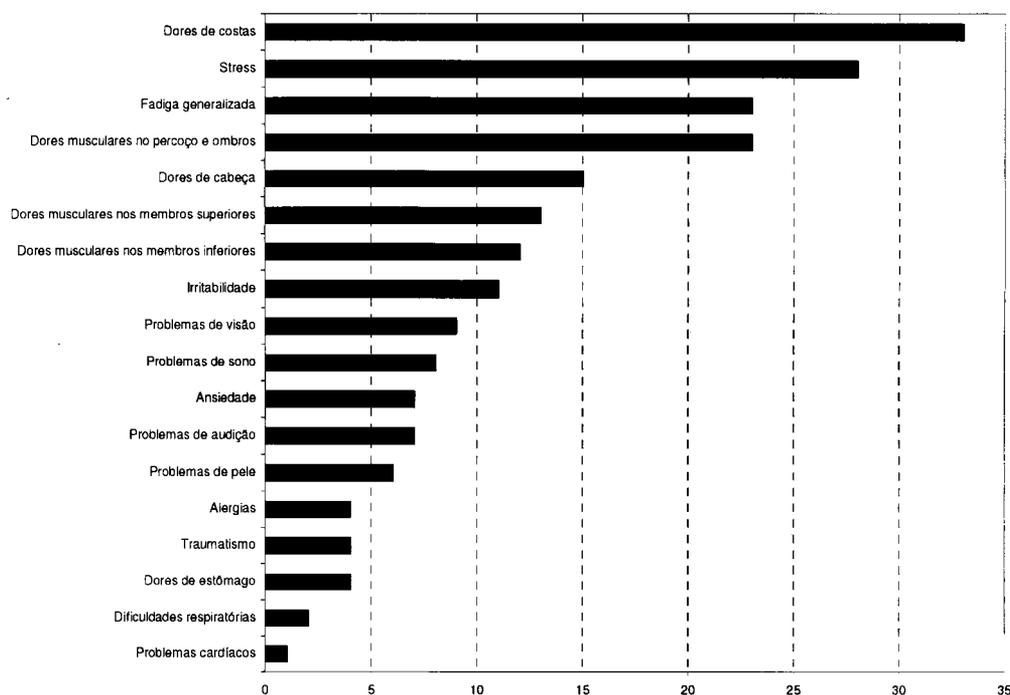
<sup>4</sup> Os dados oficiais mais recentes correspondem ao ano de 2000, não estando ainda estatisticamente tratados os anos de 2001 e 2002.

<sup>5</sup> 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).

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

<sup>7</sup> 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).

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)

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.

Parece por isso, evidente a necessidade de uma abordagem complementar, atenta aos efeitos concretos do trabalho na saúde e no bem-estar de quem trabalha em determinadas condições.

## **2. Variações sociais das condições de trabalho e consequências para a saúde**

Na realidade, a evolução das condições de trabalho nos últimos dez anos evidencia um crescimento preocupante dos riscos para a saúde dos trabalhadores da União Europeia (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2001). Os riscos profissionais tradicionais continuam a persistir e, simultaneamente, os riscos relacionados com a intensificação do trabalho e com o controlo da produtividade têm vindo a aumentar.

Em Portugal a avaliação das condições de trabalho realça uma situação semelhante, a qual é agravada pela pouca informação e formação no domínio da Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho (DETEFP, 2001a)<sup>8</sup>.

As condições de trabalho, nomeadamente, os constrangimentos físicos, continuam a afectar uma parte significativa da população activa portuguesa: 10.7% dos trabalhadores estão permanentemente expostos a elevados níveis de ruído e 23.8% referem trabalhar em locais de trabalho sujeitos à inalação constante de poeiras, gases e fumos. A realização de trabalhos que obrigam a posturas penosas e dolorosas atinge 20.5% dos trabalhadores e a elevação de cargas pesadas atinge 18.4% dos trabalhadores.

Os constrangimentos físicos permanecem assim elevados e os resultados do último Inquérito Europeu mostram que o problema é geral já que, comparativamente com os resultados de 1990 e 1995, em 2000 não houve melhorias significativas, podendo mesmo assistir-se a algumas deteriorações no caso da exposição ao ruído, no transporte de cargas pesadas e na adopção de posturas dolorosas (quadro 2).

---

<sup>8</sup> Este relatório resultou do Inquérito de Avaliação das Condições de Trabalho dos trabalhadores que decorreu entre Dezembro de 1999 e Janeiro de 2000, tendo sido entrevistados directamente 4252 trabalhadores da maioria dos sectores de actividade económica em Portugal.

Quadro 2: Evolução da exposição aos constrangimentos físicos nos trabalhadores europeus (em percentagem)

	1990	1995	2000
Exposição ao ruído	10 (27)	10 (28)	11 (29)
Transporte de cargas	9 (31)	11 (33)	12 (37)
Adopção de posturas penosas	16 (43)	18 (45)	18 (47)

Os números que figuram entre parênteses correspondem a pelo menos 25% do tempo de trabalho

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

De facto, a exposição ao ruído continua presente no dia-a-dia de trabalho de uma parte significativa dos trabalhadores sendo a causa de problemas de audição e surdez mas igualmente de insónias, problemas digestivos, hipertensão arterial, fadiga e irritabilidade (Teiger et al., 1982; Gollac & Volkoff, 2000).

Também as posturas penosas e a elevação e transporte de cargas pesadas, parecem estar relacionadas com as dores músculo-esqueléticas no pescoço e nos ombros (Monfort, Cassou, Norton & Derriennic, 2001) afectando uma percentagem elevada dos trabalhadores.

Mas, para além destes constrangimentos continuarem a persistir, como já foi referido, os riscos relacionados com a intensificação do trabalho e com as crescentes exigências de produtividade têm vindo a aumentar de forma preocupante.

Em Portugal (DETEFP, 2001a) a falta de autonomia na gestão do tempo de trabalho é referida como um problema por 66% dos trabalhadores que, na verdade, não usufruem de flexibilidade horária e ainda por 19,4% dos trabalhadores que não podem escolher os momentos das pausas.

Os dados referentes ao Inquérito Europeu apresentam os mesmos resultados, sendo mesmo reforçados pelo número de inquiridos que referem o aumento da intensidade e da velocidade no trabalho (quadro 3).

Quadro 3: Evolução da intensidade no trabalho nos trabalhadores europeus (em percentagem)

	1990	1995	2000
Velocidade de trabalho elevada	18 (47)	25 (54)	24 (56)
Trabalhar sob prazos apertados	23 (49)	25 (54)	24 (56)

Os números que figuram entre parênteses correspondem a pelo menos 25% do tempo de trabalho

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

Estes dados não parecem alheios ao desenvolvimento de problemas osteoarticulares mas também de um sentimento de fadiga generalizada, stress, irritabilidade e ansiedade (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2001) que chamam a atenção para os problemas de saúde infrapatológicos que, apesar de não pertencerem a um quadro patológico objectivamente diagnosticado e de não serem necessariamente graves, fragilizam o indivíduo provocando um sentimento de fadiga e de irritabilidade mas também dores osteoarticulares, nomeadamente dores cervicais (Molinié & Volkoff, 2000).

A justaposição dos riscos profissionais clássicos e dos constrangimentos de tempo e de produtividade revela uma evolução preocupante. Contudo,

se esta persistência dos riscos profissionais é estatisticamente conhecida, pelo contrário, os mecanismos pelos quais ela se tornou possível não estão precisamente identificados e as consequências para a saúde que daí resultam são numa larga medida mantidos invisíveis pelas próprias formas de organização do trabalho e pela transformação das relações sociais no trabalho e na sociedade (Daubas-Letourneux & Thébaud-Mony, 2002, p.3, tradução livre).

E, por isso, é necessário utilizar indicadores mais específicos que nos permitam uma análise mais contextualizada, ou, como sublinha Vogel (1997), há necessidade de integrar determinantes sociais essenciais na interpretação dos dados, como o tipo de ocupação, o género e a idade do trabalhador – que são, aliás, dimensões fundamentais, analisadas em vários momentos desta pesquisa.

De facto, a população activa não se encontra distribuída de forma homogénea (Rodrigues, 1996) pelos diferentes sectores de actividade, postos de trabalho e níveis de responsabilidade, o que conduz obviamente a uma diferenciação na

exposição às condições de trabalho e a uma distribuição das consequências para a saúde que não é fruto do acaso.

## **2.1. Variações nas condições de trabalho e ocupação profissional**

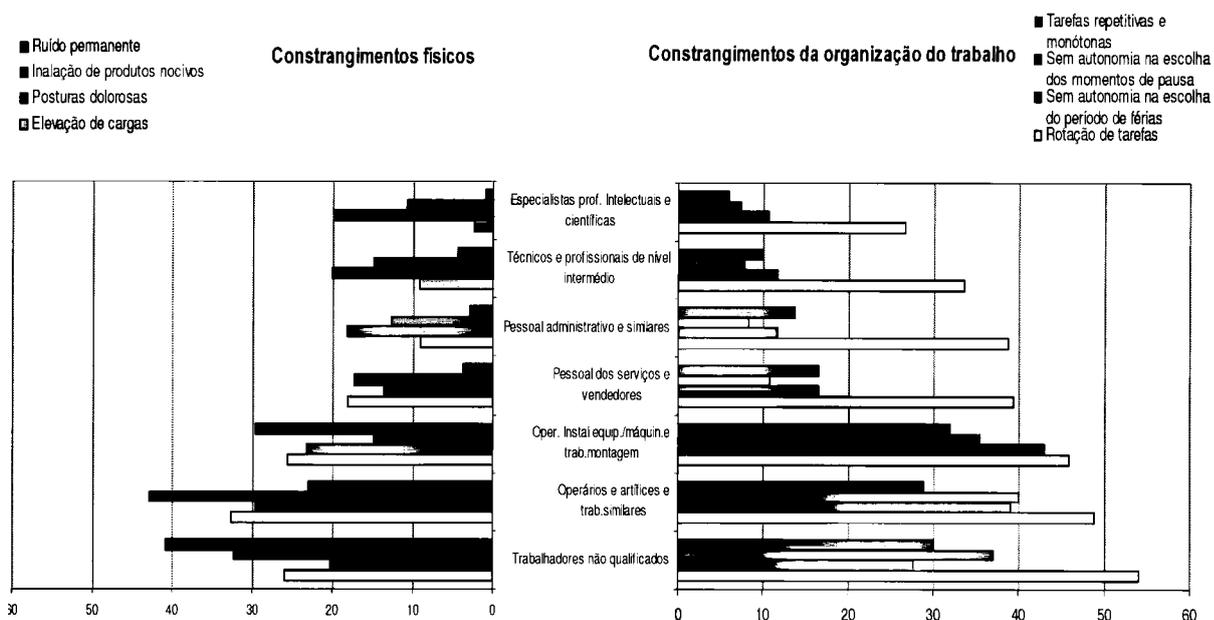
As condições de trabalho não são idênticas para todos pelo que, dependendo do tipo de ocupação profissional, os riscos e as consequências para a saúde são diferentes. Se a identificação, para a população activa, de valores médios de exposição a determinados factores de risco é um indicador importante, este deve ser completado por uma análise mais específica das características da população mais afectada de forma a atingir uma melhor compreensão das consequências das condições de trabalho para a saúde e das intervenções que permitiriam a redução do seu impacto.

Mas, se é certo que a exposição aos factores de risco varia (DETEFP, 2001a) conforme o tipo de ocupação profissional, o gráfico 3 mostra que certas categorias da população activa acumulam, mais do que outras, vários tipos de riscos: os trabalhadores afectos directamente à produção industrial<sup>9</sup>, além de estarem mais expostos ao ruído e aos produtos tóxicos assim como à adopção de posturas dolorosas e ao deslocamento e elevação de cargas pesadas, desenvolvem também um trabalho mais repetitivo e monótono e possuem menos autonomia na gestão do tempo de trabalho.

---

<sup>9</sup> Usualmente designados de trabalhadores manuais ou *colarinho azul* por oposição aos trabalhadores não-manuais ou *colarinho branco*.

Gráfico 3: Exposição aos constrangimentos físicos e aos constrangimentos da organização do trabalho segundo as diferentes ocupações profissionais (em percentagem)



Fonte: Relatório sobre as Condições de Trabalho (DETEFP, 2001a)

Uma situação idêntica é divulgada pelos números do Terceiro Inquérito Europeu sobre as Condições de Trabalho, revelando igualmente uma clivagem acentuada entre as diferentes ocupações, sendo os trabalhadores designados por *colarinhos azuis* os que estão mais expostos a este conjunto de riscos.

A exposição a estes factores de risco produz inevitavelmente diferenças ao nível das consequências para a saúde o que, realmente, se traduz numa maior frequência, nos trabalhadores designados de *colarinho azul*, de lesões traumáticas cumulativas, problemas auditivos e efeitos da inalação de produtos nocivos (DETEFP, 2003a)<sup>10</sup>.

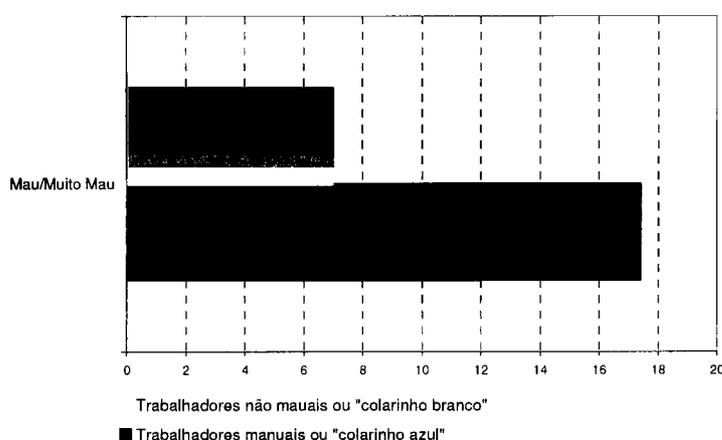
Dos problemas de saúde mais frequentemente reportados pelos trabalhadores da UE (gráfico 2), são também os trabalhadores manuais que, à excepção do stress, sofrem mais de dores de costas, fadiga generalizada e dores musculares, o que explica, igualmente a maior incidência, neste grupo de trabalhadores, de absentismo por acidente e de problemas de saúde devidos ao trabalho.

<sup>10</sup> Dados solicitados ao Departamento de Estatística do Trabalho, do Emprego e da Formação (DETEFP, 2003a) com vista ao apuramento específico das doenças profissionais por sector de actividade, por profissão, por género e por grupo etário.

Aliás, em Portugal (DETEFP, 2001a), as ausências ao trabalho revelaram que nos 21,6% da população inquirida que declarou ter faltado ao trabalho<sup>11</sup>, os trabalhadores designados de colarinhos azuis são os que registaram maiores níveis de ausência, nomeadamente os “operadores de instalações de equipamentos e máquinas e trabalhadores de montagem” (28,9%) e os “trabalhadores não qualificados” (28,7%).

Estes resultados reforçam as diferenças encontradas por Luís Graça (Graça, 2002a)<sup>12</sup> na caracterização do estado de saúde da população activa portuguesa, a partir da auto-percepção do seu estado de saúde. Os dados apresentados no gráfico 4 revelam efectivamente que os trabalhadores manuais ou *colarinhos azuis* avaliam o seu estado de saúde mais desfavoravelmente que os trabalhadores não manuais ou *colarinhos brancos*: cerca de 17,4% dos primeiros avaliam o seu estado de saúde como Mau/Muito mau comparativamente com 7% dos outros.

Gráfico 4: Auto-percepção do estado de saúde como Mau/Muito Mau da população de trabalhadores activos (em percentagem), de 15 ou mais anos de idade, por tipo de funções (Graça, 2002a)



Fonte: INS 1998/1999 (Observatório Nacional de Saúde, 2001)

Luís Graça relaciona igualmente as diferenças constatadas com as piores condições de trabalho a que estão sujeitos os trabalhadores manuais (Graça,

<sup>11</sup> Ausências verificadas nos três meses anteriores à data de realização do inquérito que correspondem a pelo menos um dia de ausência ao trabalho.

<sup>12</sup> Estudo desenvolvido, a partir dos resultados do Inquérito Nacional de Saúde 1998/1999 (Observatório Nacional de Saúde, 2001) à população activa portuguesa.

2002a) que são ainda mais numerosos a formularem queixas de problemas de saúde ou de alterações de saúde e referirem incapacidades temporárias para o trabalho, comparativamente com os trabalhadores não-manuais (Graça, 2002b).

Mas, se os dados apresentados reúnem um conjunto de informações que, gradualmente, definem o grupo de trabalhadores designados de *colarinhos azuis* como aqueles que, além de estarem expostos, de uma forma geral, a condições de trabalho mais desfavoráveis, são também aqueles que apresentam mais lesões profissionais e maiores problemas de saúde devido ao trabalho, a pergunta que se coloca é a seguinte: será que são estes os trabalhadores que têm mais acesso à informação e à formação no domínio da protecção e prevenção da saúde no trabalho?

O inquérito do DETEFP (2001a) refere que apenas 9.7% dos inquiridos participam em cursos de formação em Higiene e Saúde no Trabalho sendo nas empresas com mais de 250 trabalhadores que se regista a maior taxa de participação (17%). Ora, do conjunto de trabalhadores que frequentaram este tipo de cursos, são os Profissionais Especialistas das Ciências da Vida e os Profissionais de Saúde (inseridos na Categoria Profissional 2 – Especialistas das profissões intelectuais e científicas) que revelam uma taxa de participação mais elevada (58,7%) cabendo aos Operários, artífices e trabalhadores similares a taxa de frequência mais baixa (6,5%).

A situação parece, neste aspecto, particularmente preocupante em Portugal tendo em conta os dados do Inquérito Europeu: 76% dos inquiridos pensam que estão “bem” ou “muito bem” informados sobre os riscos profissionais, 73% referem terem a possibilidade de discutir as suas condições de trabalho e 71% participam em discussões sobre mudanças na organização do seu trabalho. Contudo, de forma geral, também o diálogo e a discussão são mais frequentes junto dos *trabalhadores qualificados*, sendo os *trabalhadores não qualificados* aqueles que menos possibilidade têm de discutir.

Neste plano da dinâmica participativa, os dados revelam que, comparativamente com os outros Estados-Membros, Portugal é o país que apresenta os valores

mais baixos (46% quando a média total é de 71%) no que se refere à possibilidade de os trabalhadores discutirem as mudanças organizacionais.

Aliás, no inquérito do DETEFP (2001a) acima referido, não há qualquer informação relativamente à consulta e a participação dos trabalhadores na análise e melhoria das suas condições de trabalho.

Duas questões sobressaem, então, destas análises.

A primeira é de uma contradição: se são os trabalhadores manuais ou habitualmente designados de *colarinho azul* que, de forma geral, estão mais expostos aos riscos profissionais, não seriam eles os que deveriam conhecer e compreender melhor os riscos a que estão sujeitos no dia-a-dia do seu trabalho?

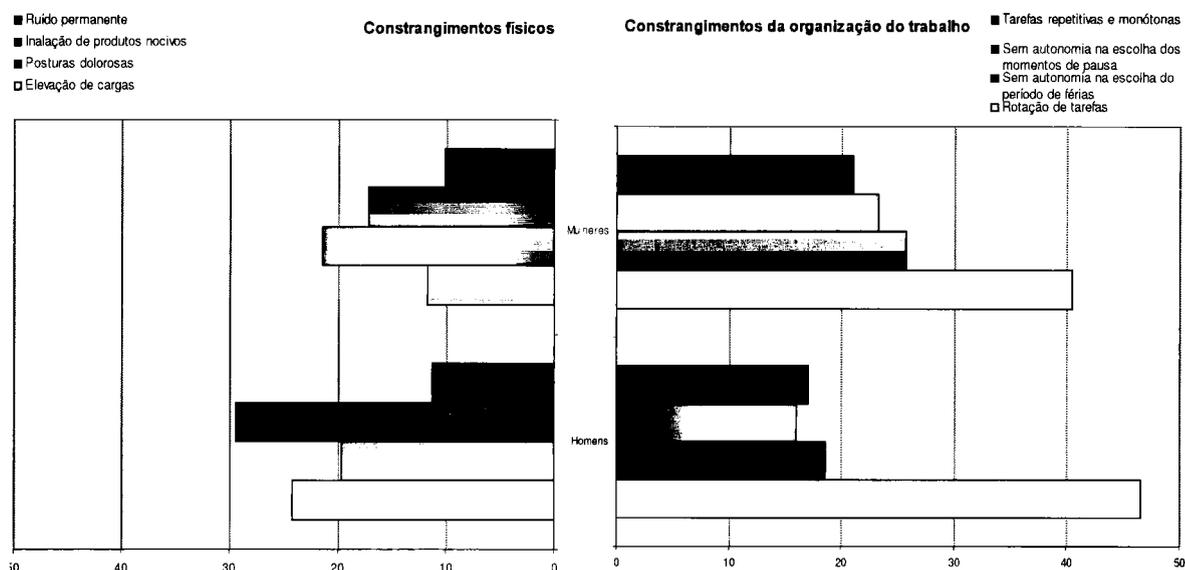
E no seguimento desta primeira questão, perguntar-se-á ainda: mas se, sendo os trabalhadores *colarinho azul* mais expostos aos riscos profissionais, porque é que são os trabalhadores *colarinho branco* os que possuem mais informação e formação em Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho (SH&ST)? Não seria de esperar o contrário? Não seria de esperar que aqueles que estão mais expostos aos riscos profissionais tivessem mais acesso à informação/formação neste domínio?

Do ponto de vista das ocupações profissionais, as variações das condições de trabalho testemunham realidades diferentes que não são suficientemente analisadas quando questionamos a saúde no trabalho. As diferenças de género justificam, igualmente, uma análise mais cuidadosa.

## **2.2. Variações nas condições de trabalho e diferenças de género**

As diferenças encontradas entre géneros traduzem-se, de uma maneira geral, numa situação mais desfavorável para os homens relativamente aos constrangimentos físicos sendo que, relativamente aos constrangimentos da organização do trabalho (gráfico 5), é já mais desfavorável a situação das mulheres.

Gráfico 5: Exposição aos constrangimentos físicos e aos constrangimentos da organização do trabalho segundo o género (em percentagem)



Fonte: Relatório sobre as Condições de Trabalho (DETEFP, 2001a)

Os factores físicos do trabalho, nomeadamente a inalação de produtos nocivos, o levantamento e deslocamento de objectos pesados e a exposição ao ruído parecem atingir particularmente os trabalhadores masculinos<sup>13</sup> com excepção da adopção de posturas dolorosas (mais presentes no trabalho feminino). A nível europeu confirmam-se as mesmas diferenças com a excepção de uma semelhança em relação aos valores encontrados para posturas dolorosas entre os homens e as mulheres (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2001).

Relativamente à organização do trabalho, a situação parece globalmente mais desfavorável para as mulheres com a excepção da rotação de tarefas que, embora elevada, é mais baixa que a dos homens (gráfico 5). As tarefas repetitivas e monótonas são ainda realizadas preferencialmente pelas mulheres acrescidas pelos constrangimentos de tempo de trabalho e pela falta de autonomia e de controlo dos processos de fabrico. Apenas 19,4% das mulheres possuem flexibilidade horária comparativamente com 33,5% dos homens e a falta de

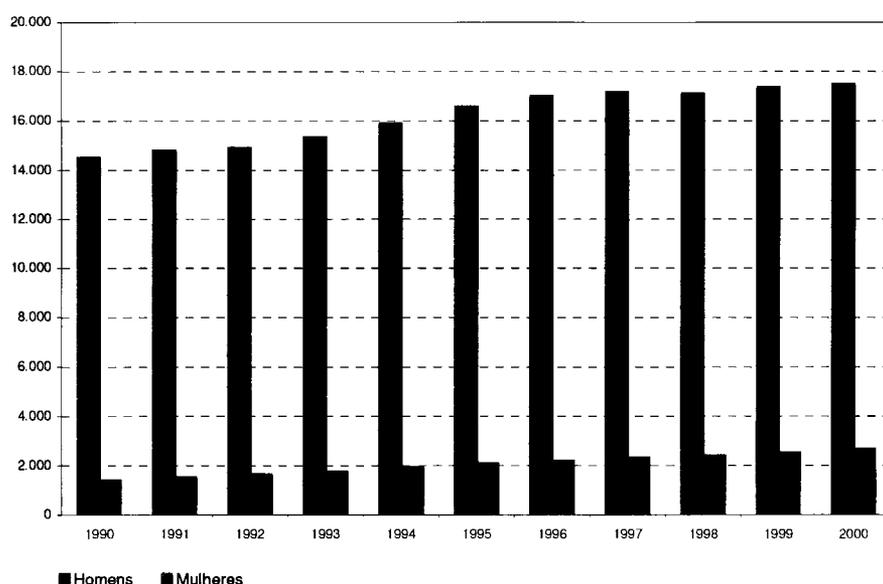
<sup>13</sup> Embora os valores relativamente à exposição ao ruído sejam muito próximos dos valores encontrados para as mulheres, 11,2% comparativamente com 10,1%.

autonomia na escolha dos momentos de pausa é sentida por 23,3% das trabalhadoras comparativamente com 16% dos trabalhadores.

Os valores europeus (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2001) mostram que, apesar de as mulheres realizarem, tradicionalmente, um trabalho mais repetitivo e mais monótono, verifica-se, neste campo, uma situação idêntica entre homens e mulheres. Contudo, no plano da autonomia na escolha das pausas e das férias a situação parece ainda significativamente mais desfavorável para as mulheres.

Confrontando esta tendência com os dados oficiais das doenças profissionais em Portugal (IIES, 1999, 2003a) constatamos que são os homens que parecem sofrer mais de doenças profissionais<sup>14</sup> sendo a diferença encontrada muito elevada, conforme retrata o gráfico 6.

Gráfico 6: Evolução do número total de pensionistas com incapacidade permanente segundo o género (1990-2000)



Fonte: IIES (1999, 2003a)

No ano de 2000 apenas 13,3% do número total de pensionistas com incapacidade permanente eram mulheres embora no mesmo ano, 45,1% da população empregue fosse do sexo feminino (INE, 2003).

<sup>14</sup> A análise destes dados refere-se apenas ao número de doenças profissionais com incapacidade permanente.

Apesar de os homens estarem, globalmente, mais expostos aos factores físicos do ambiente de trabalho (gráfico 5) os valores identificados parecem não ser suficientes para explicar as variações encontradas em termos de doenças profissionais, nomeadamente em relação à exposição ao ruído. Sendo a exposição ao ruído praticamente idêntica (DETEFP, 2001a) para os homens e para as mulheres (11,2% e 10,1%, respectivamente) parece que os seus efeitos são menores para a mulher, revelando que apenas em 3,8% das mulheres foi reconhecida<sup>15</sup> surdez profissional comparativamente com 96,2% de homens (IIES, 2003b). Além da disparidade destes valores, as consequências da adopção de posturas penosas e os efeitos da exposição aos constrangimentos da organização do trabalho não transparecem no registo das doenças profissionais oficialmente reconhecidas embora as ausências ao trabalho por motivos de doença sejam mais elevados nas mulheres (DETEFP, 2001a, Graça, 2002b).

Na verdade, a maioria das doenças profissionais oficialmente reconhecidas (quadro 1) é, na sua maioria, atribuída a factores de risco incluídos nos factores físicos do meio ambiente. As outras doenças profissionais diluem-se (nomeadamente os problemas músculo-esqueléticos) na categoria *Outras* (quadro 1) ou, então, por não serem oficialmente reconhecidas permanecem invisíveis. Ora, vários estudos (Messing, 1999; Molinié, 2000) já demonstraram que são sobretudo as tarefas que necessitam de pouca força muscular mas que se caracterizam por movimentos muito repetitivos, associados a posturas penosas, realizados sob fortes constrangimentos de tempo que são frequentemente realizados por mulheres e que parecem estar relacionados com o desenvolvimento de problemas músculo-esqueléticos (Teiger, 1987, Teiger & Frontini, 1996; Vézina, Tierney, Messing, 1992, Grönkvist & Lagerlöf, 1999).

Esta invisibilidade - ou não-reconhecimento - dos riscos profissionais de certas actividades de trabalho desenvolvidas especialmente pelas mulheres, esconde, na realidade, os efeitos reais de determinados constrangimentos sobre o seu estado de saúde (Messing, 1999, Vogel, 1999), o que, aliás, se revela numa auto-apreciação do seu estado de saúde em geral mais desfavorável do que a dos homens (Graça, 2002a).

---

<sup>15</sup> Valor obtido através do número total de pensionistas com incapacidade permanente no ano de 2000.

Kergoat (2000) considera mesmo que, se por um lado são as mulheres que mais se queixam dos seus problemas de saúde, por outro lado, são as que mais têm dificuldade em “incriminar” directamente o trabalho como responsável dos seus problemas de saúde. Como outros investigadores (Brito, 1999; Dessors, 2000; Messing, 1999; Molinié, 2000; Vogel, 1999) a autora realça o efeito potencial do não-reconhecimento dos riscos profissionais do trabalho das mulheres e a “benevolência” com que são tratados os seus problemas de saúde no trabalho, apresentados como consignados à sua própria natureza. Como refere Dessors (2000, p.23) “ ...há uma espécie de bloqueio que as leva a considerar que os seus problemas são inerentes àquilo que elas são e não àquilo que elas fazem”.

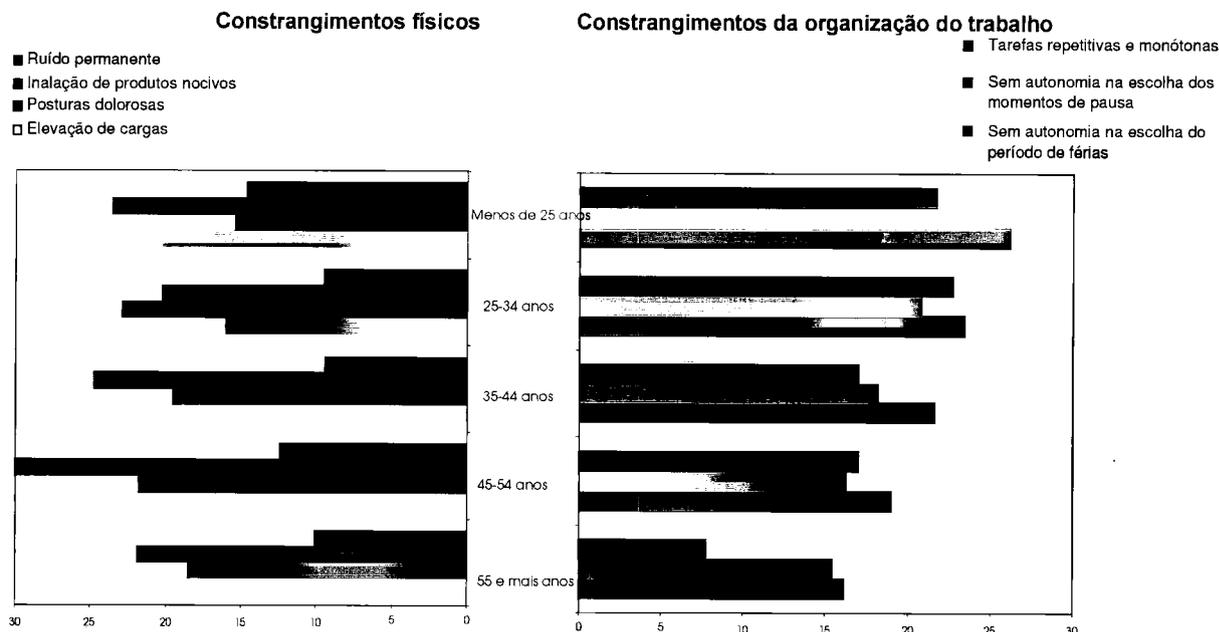
Parece então que estamos perante outro paradoxo: “as condições de trabalho estão muito presentes nas preocupações das mulheres, mas a visibilidade social deste problema permanece ainda largamente por construir” (Kergoat, 2000) revelando a necessidade de uma análise que integre a dimensão género no estudo da saúde no trabalho.

Relativamente às variações nas condições de trabalho encontradas ao longo da vida activa, as diferenças assinaladas permitem também avançar algumas explicações relativamente à sua evolução com a idade.

### **2.3. Variações nas condições de trabalho e evolução da idade**

De uma forma geral, a exposição aos constrangimentos físicos do trabalho parece atingir todos os grupos etários, sendo a inalação de produtos tóxicos o factor mais importante (gráfico 7). A exposição permanente ao ruído e a elevação de cargas parece atingir sobretudo o grupo etário mais novo, e apesar de haver uma ligeira diminuição nos grupos etários seguintes, os valores voltam a crescer a partir dos 45-54 anos. A adopção de posturas dolorosas é mais frequente no grupo etário dos 25-34 anos de idade embora esteja presente ao longo de toda a vida activa.

Gráfico 7: Exposição aos constrangimentos físicos e aos constrangimentos da organização do trabalho segundo os grupos etários (em percentagem)



Fonte: Relatório sobre as Condições de Trabalho (DETEFP, 2001a)

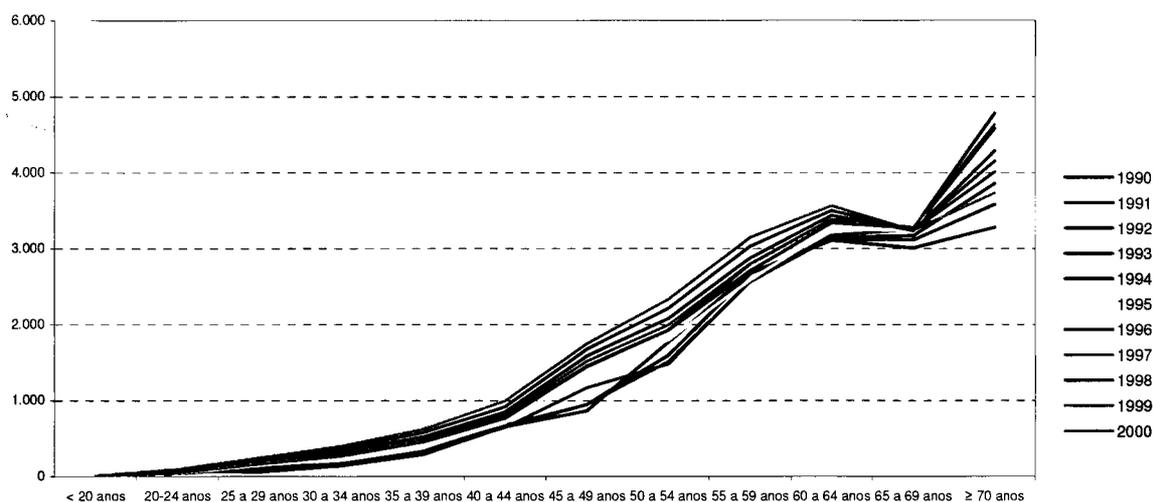
Relativamente aos constrangimentos da organização do trabalho, constata-se que são os grupos etários mais novos que estão sujeitos às condições mais desfavoráveis. São, de uma maneira geral, os que executam as tarefas mais repetitivas e monótonas sob fortes constrangimentos de tempo comparativamente com os trabalhadores mais velhos. A flexibilidade horária é também mais baixa - 15,7% - para os trabalhadores com menos de 25 anos de idade (comparativamente com 40% para os trabalhadores de 55 anos ou mais), o que é agravado por uma menor autonomia na escolha do período das pausas e das férias quando comparada com a dos seus colegas mais velhos.

Contudo, as consequências em termos de saúde não são instantâneas. Por isso, a evolução das doenças profissionais<sup>16</sup> (gráfico 8) revela um aumento gradual do número de doenças profissionais com a idade. Há ainda que salientar que este aumento quase duplica na passagem do grupo etário dos 40-45 anos para os 45-49 anos de idade para sofrer um ligeiro decréscimo aos 65-69 anos de idade e

<sup>16</sup> A análise destes dados refere-se apenas ao número de doenças profissionais com incapacidade permanente.

depois voltar a aumentar a partir dos 70 anos de idade (correspondendo ao período de reforma).

Gráfico 8: Evolução do número total de pensionistas com incapacidade permanente segundo a idade (1990-2000)



Fonte: IIES (1999, 2003a)

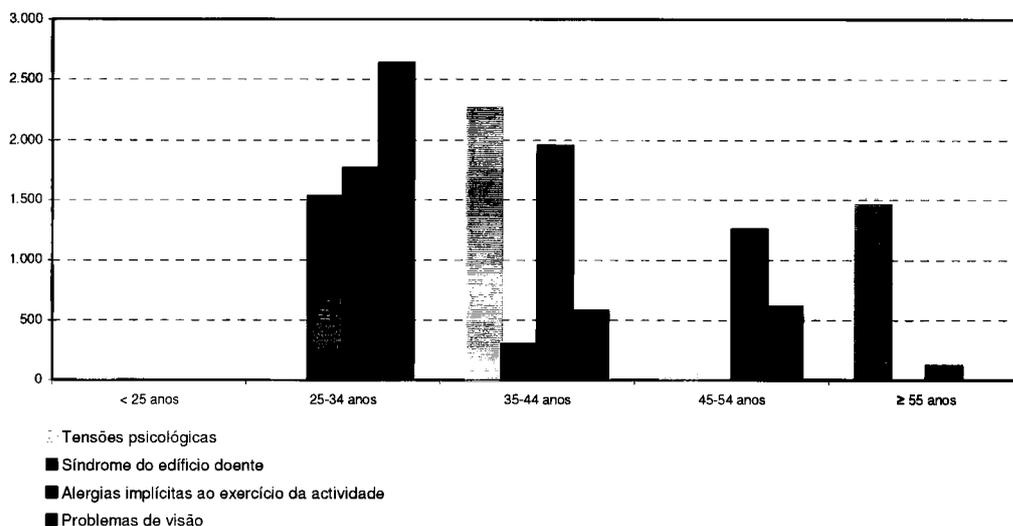
Estes valores poderão indicar não só um aumento efectivo de doenças profissionais a partir dos 45 anos de idade como também um aumento de participações de doença profissional que reflectem, provavelmente, que a partir de uma certa idade as marcas deixadas pelo trabalho sensibilizam mais os médicos e trabalhadores para a atribuição dos problemas de saúde não só ao avanço da idade mas também às condições em que se trabalhou.

De facto, e como de resto já foi sublinhado, as doenças profissionais oficialmente reconhecidas traduzem sobretudo os efeitos da exposição a um conjunto de riscos físicos, nomeadamente o ruído e as poeiras, que frequentemente parecem acompanhar os trabalhadores desde muito cedo da sua vida activa sendo que as suas consequências não são imediatas apenas se reflectindo, muitas vezes, a médio e a longo prazo.

Mas se, por um lado, as grandes patologias profissionais (oficialmente reconhecidas) têm sobretudo expressão nos grupos etários mais velhos, sendo, por vezes, associadas ao aumento da idade, por outro lado, os inquéritos realizados mostram que os problemas de saúde relacionados com o trabalho

aparecem desde muito cedo (gráfico 9) revelando que, apesar de não serem reconhecidos nem declarados, deterioram progressivamente o equilíbrio psicofisiológico dos trabalhadores (DETEFP, 2003a).

Gráfico 9: Número de trabalhadores por grupo etário e tipo de problema de saúde relacionado com o trabalho



Fonte: DETEFP (2003a)

É que as relações entre o trabalho e a saúde não são instantâneas (Gollac & Volkoff, 2000) e a evolução do estado de saúde resulta das condições de trabalho actuais e passadas que, desde o início da vida activa, podem ter contribuído para a sua deterioração podendo, progressivamente, conduzir a problemas de saúde graves e mesmo patológicos (Teiger, 1989, Laville, 1989; Marquié, Paumès & Volkoff, 1995).

Realmente, o trabalho tem um papel essencial na produção de desigualdades sociais na saúde não só porque determina o lugar que ocupamos na sociedade e por isso as próprias condições de vida e do acesso à saúde mas também porque determina a exposição a determinadas condições e a organização do trabalho e, deste modo, os seus efeitos na saúde (Volkoff & Thébaud-Mony, 2000).

Os dados oficiais sugerem todavia que, apesar de grande parte da população activa estar exposta a um conjunto de riscos profissionais capazes de suscitar problemas de saúde relacionados com o trabalho, o número de casos com

doença profissional declarada é pouco preocupante e atinge sobretudo os trabalhadores mais velhos ou então os que já se encontram reformados.

Ora esta interpretação, além de negligenciar os factos acima realçados também não considera todos os casos dos trabalhadores que, por terem sofridos os efeitos de uma actividade profissional penosa, acabaram por mudar de actividade ou até, deixaram de trabalhar – sem passar pela via do reconhecimento da doença profissional. Trata-se de mecanismos de selecção, habitualmente designados pelos epidemiologistas de *healthy worker effect* (efeito trabalhador de boa saúde) que explica a selecção gradual e progressiva dos trabalhadores com melhor estado de saúde, ou seja, “os trabalhadores com más condições de saúde afastam-se, ou são afastados, das situações de trabalho com que não podem mais confrontar-se” (Gollac & Volkoff, 2000, p.24, tradução livre), mecanismos estes que parecem ser mais acentuados quanto mais as condições de trabalho são difíceis de suportar (Goldberg, 1995).

Note-se que o impacto das condições de trabalho na saúde ultrapassa a simples ausência de doença e pode mesmo traduzir-se numa série de fenómenos e estados que, embora não patológicos, constituem sinais reveladores de sofrimento que poderão estar associados ao trabalho (Marquié, 1999) e que, sendo “determinantes na construção ou desconstrução da saúde” (Vieira & Araújo, 2003, p.151), devem ser analisados e integrados no estudo da saúde no trabalho.

De facto, as consequências do trabalho na saúde são difíceis de caracterizar e analisar, o que levanta dificuldades metodológicas.

### **3. Compreender a saúde no trabalho: uma metodologia a construir**

Os efeitos das condições de trabalho na saúde e no bem-estar são, na verdade, pouco transparentes e apesar de os dados estatísticos confirmarem que uma grande parte da população activa está exposta a constrangimentos no trabalho capazes de provocar problemas de saúde, dor e sofrimento, os estudos existentes

neste domínio têm sido insuficientes para compreender a dinâmica dessas relações.

Na verdade, a análise em questão caracteriza-se por uma grande complexidade. Além do seu carácter diferido no tempo, as relações entre a saúde e o trabalho não são simples nem unívocas (Gollac & Volkoff, 2000). Uma mesma característica do trabalho pode ter várias consequências na saúde, assim como um determinado problema de saúde pode ter diversas causas profissionais, com as quais se cruzam os factores não profissionais e, por outro lado, o próprio estado de saúde influencia o trabalhador na realização da sua actividade profissional e, em consequência, interfere com os efeitos potenciais das condições em que desempenha a sua actividade.

Por ser assim, a saúde no trabalho apela a uma definição abrangente e multidimensional em que interagem as dimensões física, psicológica e social, já há muito tempo referidas pela OMS e, mais recentemente, intencionalizadas pelo Comité Misto da OIT/OMS (INRS, 1996, p.91) ao “promover e manter o mais alto grau de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores”.

Contudo, a dificuldade em traduzir este conceito 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).

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, 1995a, Clot, 1995a, 1999a; Torres & Davezies, 2002) assumindo então, deliberadamente, uma perspectiva científica mais construtivista – afastando-se deste modo do paradigma positivista que tem sobredeterminado a maioria dos estudos até há pouco realizados.

Esta evolução enquadra-se numa tomada de consciência mais generalizada de muitos investigadores que, em vários domínios, acabaram por duvidar da certeza de Descartes de que a realidade, tida como independente do seu observado, pode ser explicada por longas cadeias de razões, todas simples e fáceis (Damásio, 2000).

Assim, Curie (1995) apelou para uma maior transparência da “maquinaria estatística”, salientando a necessidade de aprofundar a análise, reflectir nomeadamente na construção de factos e na inteligibilidade desses factos, sendo, deste modo, mais correcto falar de “constructos” embora, geralmente, se fale de “dados”.

Um outro ideal de pesquisa está então a delinear-se; o de idas e voltas entre os “dados” e as observações – de modo a que a produção de dados estatísticos permita activar uma série de questões em que algumas só poderão ser analisadas através das observações de tipo monográfico ou de estudos qualitativos ou de experiências-piloto (Volkoff, 2002) revelando uma preocupação centrada na compreensão dos “dados”.

Nesta abordagem, é, de facto, fundamental a compreensão dos processos utilizados para a preservação e construção da saúde no trabalho tendo em conta as especificidades do contexto de vida e de trabalho, partilhando então os seus princípios teórico-metodológicos com as epistemologias construtivistas (Le Moigne, 1995): o processo de construção do conhecimento é activo e operacional, decorrente da experiência do sujeito que procura progressivamente adequar a sua análise à realidade que o envolve.

Neste sentido, a “inseparabilidade” do conhecimento e da representação, a experiência intencional do sujeito conhecedor e a construção por tentativas e erros da representação do conhecimento, constituem sem dúvida a hipótese fundadora de uma abordagem que, por isso, se distingue radicalmente do “claro e nítido” cartesiano:

a inteligência (e, portanto, a acção de conhecer) não se inicia nem pelo conhecimento do eu nem pelo conhecimento das coisas como tais, mas pela descoberta da sua interacção; é na orientação simultânea para os dois pólos desta interacção que ela vai organizando o mundo, organizando-se a si própria (Piaget, 1937 citado por Le Moigne, 1995, p.71, tradução livre).

Mas, se esta outra concepção da prática científica orientou, decididamente, o processo de construção desta tese, ela tem sido também o suporte fundamental da abordagem da vivência do indivíduo, na sua situação de trabalho, em relação ao seu estado de saúde.

Esta perspectiva, prolonga aliás a centralidade atribuída à acção do homem por Canguilhem (2002):

(...) para o homem, viver é também conhecer. Eu sinto-me bem na medida em que me sinto capaz de assumir as responsabilidades dos meus actos, de trazer as coisas à existência e de criar entre as coisas relações que não existiriam sem mim, mas que não seriam o que são sem elas. E, por isso, eu tenho necessidade de aprender a conhecer o que elas são para as mudar (p.68, tradução livre).

E, da mesma forma, o reconhecimento da saúde como produto de uma construção pessoal e subjectiva, também evocada por Davezies, (1998),

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),

e completado por Clot (1999a) quando refere que esta história reflecte um poder de agir sobre si e sobre o mundo.

Desta forma, convém sublinhar desde já que esta postura epistemológica não faz referência a uma *norma de verdade* mas a uma *norma de exequibilidade* (Le Moigne, 1995) que depende do sujeito, da relação com o objecto de investigação e do contexto onde é produzida. Ou, ainda, como refere Geertz (1999), as formas de conhecimento são sempre locais, inseparáveis dos seus instrumentos e do seu

contexto; a verdade é sempre fugaz e efémera. Mas os resultados das pesquisas, assumindo um papel de modelização provisória, são tidas como potenciais suportes para as pesquisas posteriores.

Estas questões epistemológicas têm vindo a ser colocadas também nos meios científicos da psicologia do trabalho e da ergonomia da actividade<sup>17</sup>, advogando uma metodologia indutiva que privilegia o terreno como local de investigação e de produção de conhecimentos (Guérin, Laville, Daniellou, Duraffoug, & Kerguelen, 1991; Teiger, 1993, 1995; Wisner, 1995; Abrahão et al. & 1997, Lacomblez, 1997).

Neste sentido, para certos autores, o projecto da psicologia do trabalho e da ergonomia da actividade passou a privilegiar uma metodologia construída a partir da articulação contínua entre o trabalho de terreno e os momentos de formalização e conceptualização recorrendo assim, a “uma bagagem teórica que constitui para nós, actualmente, um vasto campo de referências, de modelos, de reflexões” (Lacomblez, 2002, p.7, tradução livre)

Nesta abordagem a prática científica corresponde a um processo de construção (Curie & Cellier, 1987) em que estão envolvidas as posições do investigador, os meios disponíveis e o próprio contexto onde é desenvolvida a investigação: o método de construção do conhecimento resulta então da articulação sucessiva entre os momentos de pesquisa empírica e os momentos de reflexão teórica assumindo deliberadamente um carácter de “investigação-acção”, atravessada por uma dinâmica de *dupla hermenêutica* (Giddens, 1996).

Mas estas questões reflectem também uma preocupação central destas abordagens em dar resposta aos “problemas reais, do mundo real, em tempo real” (Singleton et al., 1967 citado por Teiger, 1993, p.77) assumindo assim, deliberadamente, uma ruptura com outras tradições científicas e acreditando

---

<sup>17</sup> Tradicionalmente referida como Ergonomia de tradição francófona (em contraposição com a Ergonomia de origem anglosaxónica) é, actualmente utilizada esta designação (Guérin et al., 1991, Volkoff, 2002) de modo a sublinhar a importância atribuída a análise das situações reais de trabalho e à compreensão da actividade de trabalho e às formas de regulação da actividade humana, especificidade esta que encontra que se desenvolveu de forma articulada como a evolução histórica de uma certa tradição da psicologia do trabalho.

por um lado, que a análise do ser humano em situação real de trabalho pode e deve constituir um objecto da disciplina científica denominada psicologia, e por outro lado, que uma psicologia com este objecto pode contribuir para um enriquecimento significativo das ciências do homem (Lacomblez, 1997, p.4).

Assim, estes princípios teórico-metodológicos orientaram as opções e escolhas realizadas neste trabalho e, sobretudo, foram determinantes na preocupação em integrar no domínio do estudo da saúde no trabalho o discurso do indivíduo e o do colectivo em que está inserido, procurando, assim, *quebrar o silêncio da descrição das relações sociais* onde é construída a saúde.

## **CAPÍTULO II**

---

### **Indústria Têxtil e do Vestuário: caracterização e condições de trabalho**



O estudo do impacto do trabalho na saúde assume uma dimensão particular quando se dirige a um nível de análise mais concreto, revelador da especificidade de uma dinâmica produtiva em particular já que, como já foi referido, o trabalho e as suas condições de realização determinam, em parte, a evolução do estado de saúde e o sentimento de bem-estar.

Atendendo a tal realidade, o objectivo deste capítulo é descrever o sector onde foi realizado o estudo de investigação – o Sector da Indústria Têxtil e do Vestuário - salientando os principais aspectos que caracterizam os seus trabalhadores e as condições em que realizam o seu trabalho de modo a esboçar os primeiros indicadores do seu estado de saúde e bem-estar.

## **1. O sector Têxtil e do Vestuário em Portugal**

Numa perspectiva global, o desenvolvimento da Indústria Têxtil e do Vestuário, em Portugal, tem sido sobredeterminado, nos últimos anos pela adaptação às novas condições macroeconómicas que, caracterizadas por tendências de mercado pouco estáveis, exigem cada vez mais uma estrutura produtiva flexível (APT, 2000).

A introdução e a aplicação de novas tecnologias e a procura de outras formas de organização do trabalho no desenvolvimento de produtos, que se exigem de grande qualidade e com design, têm contribuído para esta instabilidade, dificultando a competitividade das empresas portuguesas que, tradicionalmente, têm apostado na fabricação de produtos em série e na redução dos custos salariais (APT, 2000; INOFOR, 2000).

Com efeito, os factores que caracterizam a evolução desta indústria em Portugal foram, por um lado, o seu carácter de trabalho intensivo e, por outro lado, a sua ligação ao mercado externo (APT, 2000). A política de baixos custos salariais e uma especialização em produtos de pouco valor acrescentado, reduzida tecnologia e mão-de-obra intensiva, proporcionou a expansão deste sector até aos anos 90. Contudo, a adesão à União Europeia, a moeda única e a crescente globalização dos mercados contribuíram para a necessidade de uma nova estratégia que, respondendo às flutuações de mercado, procure, por um lado,

criar novos produtos e novos nichos de mercado, concebendo para isso novas estruturas produtivas e, por outro lado, responder a pedidos específicos criando para isso “soluções à medida” em curto espaço de tempo, respondendo assim ao desafio da flexibilidade (Totterdill, 2001).

É neste contexto que as nossas empresas, especialmente constituídas por pequenas e médias empresas, têm que enfrentar a forte concorrência internacional mantendo elevados níveis de exigência e competitividade. Contudo, se é apostando na introdução de novas tecnologias e na flexibilização das estruturas produtivas que as novas estratégias se orientam, convém no entanto reflectir nas características e especificidades do sector em Portugal.

### **1.1. Características e especificidades do sector**

No contexto europeu, a Indústria Têxtil e do Vestuário assume um papel fundamental do ponto de vista económico e social, constituindo o sétimo maior sector produtor da União Europeia (IDICT, 1998, 1999), sendo responsável por 3,2% do valor acrescentado na indústria transformadora e empregando 1,3 milhões de trabalhadores em cerca de 60 000 empresas, principalmente, de pequena e média dimensão (INOFOR, 2000). Comparativamente com a maioria dos parceiros europeus, Portugal é o país que apresenta o maior índice de especialização na indústria têxtil e representa cerca de 4% da produção da União Europeia (UE) e 12% do emprego têxtil europeu (INOFOR, 2000; APT, 2000).

A Indústria Têxtil e do Vestuário (ITV) sempre assumiu um lugar de destaque no panorama económico nacional<sup>18</sup>, tendo sido, essencialmente após a II Guerra Mundial que sofreu um maior desenvolvimento em virtude do aproveitamento de alguns avanços tecnológicos (Oliveira Marques, 1986). Actualmente constitui, ainda, o maior sector industrial nacional, representando cerca de 21% da totalidade das empresas que integram o conjunto da Indústria Transformadora e emprega cerca de 28% dos trabalhadores da população activa sendo ainda responsável por 22% das exportações globais (IDICT 1999).

---

<sup>18</sup> No início do século XX, a indústria têxtil ocupava o primeiro lugar na indústria portuguesa empregando cerca de um terço dos seus trabalhadores fabris, localizados, na sua grande maioria, no Porto e arredores (Oliveira Marques, 1986).

A ITV caracteriza-se, essencialmente, por uma indústria produtora de bens de consumo onde coexistem vários subsectores<sup>19</sup> que se diferenciam, essencialmente, pelo tipo de produtos fabricados e pela estrutura organizacional predominante.

Com efeito, apesar de na última década a ITV ter sofrido um esforço de reestruturação e modernização de forma a responder às exigências do mercado internacional e a aumentar a qualidade dos produtos ainda se assiste, particularmente em certos subsectores, a modos de organização do trabalho baseados no modelo taylorista (INOFOR, 2000), ou melhor taylorista-fordista, predominando, ainda, o que Maria João Rodrigues (1996) identificou no sector como *processos de produção de massa com fracas taxas de enquadramento técnico*.

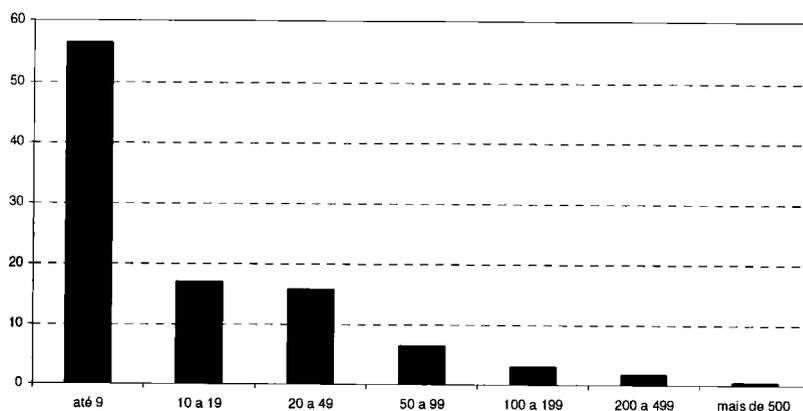
É um sector dominado por empresas privadas, na sua grande maioria de pequena dimensão (DETEFP, 2002a)<sup>20</sup>, já que as empresas com menos de 10 trabalhadores constituem a grande maioria das unidades de produção (gráfico 10).

---

<sup>19</sup> A ITV, em Portugal, é composta por vários subsectores (INOFOR, 2000): os *Têxteis Convencionais* que apresentam como principais produtos, os fios e os tecidos; os *Têxteis-Lar* cujos principais produtos são os atoalhados turcos, os lençóis, os cobertores e a roupa de mesa e os artigos de decoração; as *Malhas*, orientadas para a produção de tecidos e artigos confeccionados em malha; *Têxteis Técnicos*, estes produtos são aplicados em áreas onde o desempenho técnico é essencial, nomeadamente nos telhados e paredes de casas, no mobiliário, nos aparelhos de ar condicionado, nos equipamentos médicos, entre outros; *Cordoaria e Redes*, produtora de cordas, cabos e redes; *Passamanarias, Sirgarias e Rendas*, utilizadas na produção de vestuário e têxteis-lar, designadamente as fitas, as etiquetas, os emblemas, os elásticos e as rendas industriais.

<sup>20</sup> Os dados apresentados foram retirados dos Quadros de Pessoal 1999 - QP/99, do DETEFP (2002a) e são relativos ao Continente Português.

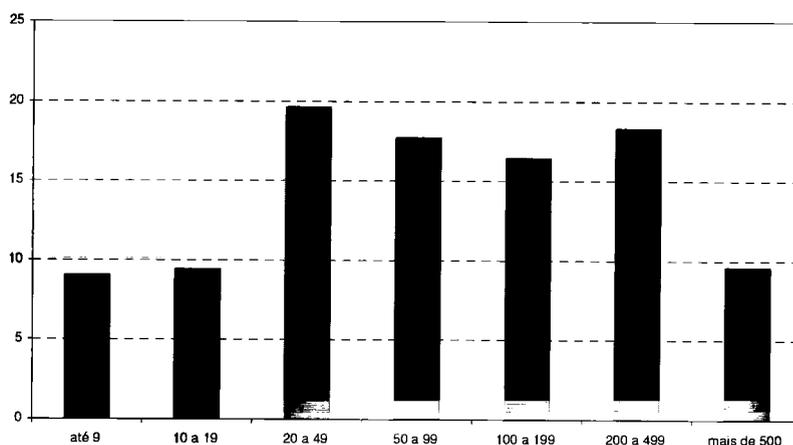
Gráfico 10: Número de empresas da ITV segundo a dimensão da empresa (em percentagem)



Fonte: QP/99 (DETEFP, 2002a)

No entanto, são as empresas com mais de 50 trabalhadores que empregam a maior percentagem de trabalhadores no sector, concretamente, 62% dos trabalhadores (gráfico 11).

Gráfico 11: Número de pessoas ao serviço na ITV segundo a dimensão da empresa (em percentagem)



Fonte: QP/99 (DETEFP, 2002a)

Convém ainda realçar que os trabalhadores desta indústria concentram-se, sobretudo, na região norte litoral do país, sendo de destacar os distritos de Braga e Porto que, além, de concentrarem a maior percentagem da população activa do sector (41,7% e 32,5%, respectivamente) alojam o maior número de

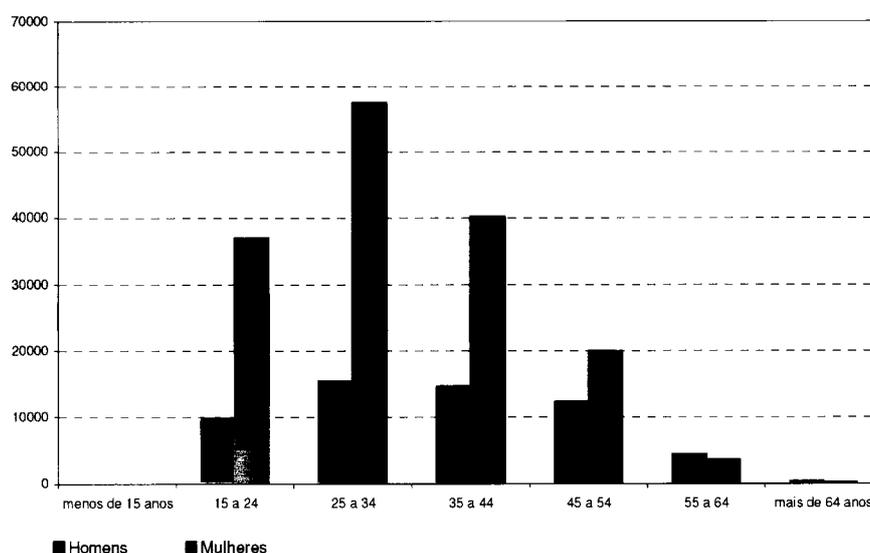
estabelecimentos<sup>21</sup> do mesmo sector, 49,7% e 28%, respectivamente (DETEFP, 2002a).

É, portanto, um sector onde ainda persistem modos de organização do trabalho baseados na produção em massa, favorecendo, como se irá ver, uma forte presença da classe operária bastante jovem, propiciando aos trabalhadores deste sector condições de trabalho com características próprias.

## 1.2. Quem são os trabalhadores da ITV?

As condições específicas subjacentes ao desenvolvimento deste sector em Portugal favoreceu a concentração nas empresas de trabalhadores designados de colarinhos azuis<sup>22</sup>, os quais representam cerca de 86,8% do número de pessoas ao serviço nas empresas da ITV (DETEFP, 2002c), predominando ainda uma mão-de-obra feminina e jovem (DETEFP, 2002a), (gráfico 12).

Gráfico 12: Número de Trabalhadores por Conta de Outrem por grupo etário e género



Fonte: QP/99 (DETEFP, 2002a)

<sup>21</sup> É de salientar que os dados estatísticos relativos à distribuição geográfica por distritos são baseados no número de estabelecimentos (e não no número de empresas, como se tem vindo a analisar até aqui), por não estarem disponíveis os dados a partir do número de empresas. Este facto deve-se à metodologia utilizada pelo DETEFP (2002a) que, evitando a possível identificação das empresas, optou por identificar e analisar o número de estabelecimentos (abarcando um número superior e diminuindo o risco de identificação das empresas e dos respectivos empresários).

<sup>22</sup> A que correspondem, mais concretamente: os operários, artífices e trabalhadores similares, operadores de instalações e máquinas, trabalhadores da montagem e trabalhadores não qualificados (DETEFP, 2002c).

De facto, os trabalhadores da ITV são, globalmente, trabalhadores jovens, maioritariamente mulheres, prevalecendo o grupo etário dos 25-34 anos de idade (33,9%). Contudo, a maior parte desses trabalhadores iniciou a sua actividade de trabalho muito cedo (14/15 anos de idade<sup>23</sup>), exercendo-a, por isso, há cerca de 10/20 anos, constituindo assim um grupo de trabalhadores que, sendo cronologicamente jovem, já do ponto de vista dos anos e da vivência no trabalho o é menos.

No que diz respeito à maioria esmagadora de mulheres no sector, cerca de três vezes superior aos homens (designadamente 73,7% e 26,3%, respectivamente), convém realçar que as diferenças são, sobretudo, identificadas até ao grupo etário dos 25-34 anos - começando a esbater-se à medida que a idade avança e invertendo-se no grupo etário dos 55-64. De facto, a presença das trabalhadoras diminui para menos de metade a partir dos 45 anos de idade, o que parece indicar que à medida que a idade avança o número de mulheres no sector vai diminuindo, acabando, mesmo, por ser ultrapassadas em números pelos homens nos grupos etários mais velhos.

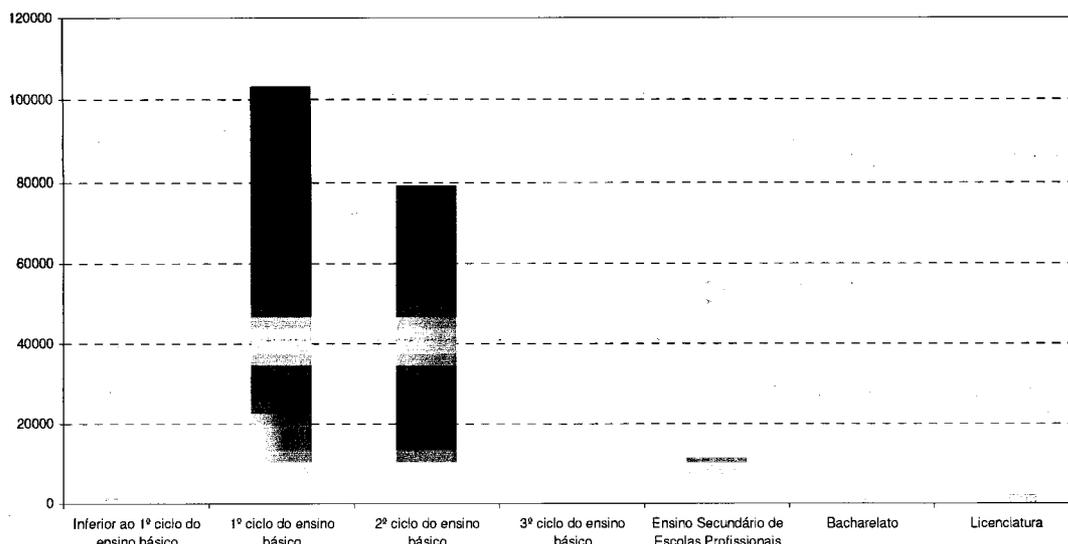
Realmente, num sector onde ainda predomina uma organização do trabalho baseada no *modelo taylorista-fordista*, onde os processos de automatização vieram reforçar o carácter repetitivo e intensivo dos trabalhos (INOFOR, 2000), os quais são realizados em contextos e ambientes de trabalho bastante exigentes, a mão-de-obra jovem e feminina continua a ser a aposta na gestão dos recursos humanos.

Para a grande maioria dos trabalhadores, a actividade de trabalho inicia-se efectivamente muito cedo, repercutindo-se ao nível da duração do período de escolaridade: 47% possuem o 1º ciclo do ensino básico e 36% o 2º ciclo do ensino básico (gráfico 13), embora a grande maioria (51,8%) sejam designados de profissionais qualificados (DETEFP, 2002a), o que segundo Rodrigues (1996) se prende com as classificações definidas pelas convenções colectivas de trabalho e não com as habilitações literárias.

---

<sup>23</sup> Conforme identificado no Inquérito SIT, apresentado no capítulo III.

Gráfico 13: Número de Trabalhadores por Conta de Outrem por habilitações literárias



Fonte: QP/99 (DETEFP, 2002a)

Contudo, apesar de a escolaridade ser limitada a 4/6 anos, o número de participantes em acções de formação profissional no sector é, ainda, muito reduzido<sup>24</sup>, ocorrendo, na sua grande maioria, em empresas de maior dimensão (DETEFP, 2002b) e abrangendo sobretudo os profissionais de nível intermédio e o pessoal administrativo, pessoal dos serviços e vendedores (DETEFP, 2002c) sendo precisamente os trabalhadores designados de colarinho azul os que menos participam em acções de formação profissional.

É interessante referir ainda que as circunstâncias do mercado de trabalho e as características dos Trabalhadores por Conta de Outrem (TCO) do sector acabaram por favorecer uma gestão dos recursos humanos baseada em salários muito baixos (DETEFP, 2002a), sendo Portugal o país da UE com custo de mão-de-obra mais baixo (APT, 2000) - o que não deixou de se reflectir na presença do que Maria João Rodrigues (1996) designa de trabalhadores assalariados *impuros*, que asseguram duas actividades profissionais e/ou mantêm ligações com a agricultura, de modo a puderem complementar os seus salários.

Mas por outro lado, a manutenção de salários baixos e a persistência de uma relação salarial precária (já que, em nome da flexibilidade da produção, tem

<sup>24</sup> Do número de participantes em acções de formação profissional no conjunto das Indústrias Transformadoras apenas 6,4% pertenciam à Indústria Têxtil (DETEFP, 2002b).

aumentado o recurso a esquemas de subcontratação), tem também vindo a remeter as questões relativas à segurança e saúde no trabalho para um plano secundário (Huez, 1998; Thébaud-Mony, 2001) dificultando a visibilidade das consequências das condições de trabalho na saúde e no bem-estar dos trabalhadores neste sector.

## **2. Condições de trabalho e indicadores de saúde: características e especificidades**

### **2.1. Das características do trabalho às características da saúde**

Os constrangimentos normalmente apontados para caracterizar o trabalho desenvolvido neste sector prendem-se sobretudo com a exposição ao ruído e às poeiras, com a manipulação de substâncias químicas e com a realização de um trabalho monótono e repetitivo (IDICT, 1999). É, de facto, um sector onde persistem os riscos profissionais tradicionais clássicos que, associados aos riscos relativos à intensificação do trabalho e ao controlo da produtividade, têm vindo a afectar de forma particular a saúde e o bem-estar os trabalhadores.

Contudo, a visibilidade das consequências das condições de trabalho na saúde e no bem-estar destes trabalhadores nem sempre se traduz de forma clara nos dados estatísticos relativos às doenças profissionais oficialmente reconhecidas pelo CNPRP, apesar de o Relatório sobre as Condições de Trabalho (DETEFP, 2001a) apontar o sector “Têxteis, Vestuário e Calçado” como um dos sectores onde a prevalência de doenças profissionais é mais elevada<sup>25</sup>.

As conclusões desse Relatório justificaram, então, uma análise mais cuidadosa do sector da “Indústria Têxtil e do Vestuário”<sup>26</sup> (ITV) o que foi possível graças à desagregação do sector do Calçado (que no referido Relatório se encontrava associado à ITV).

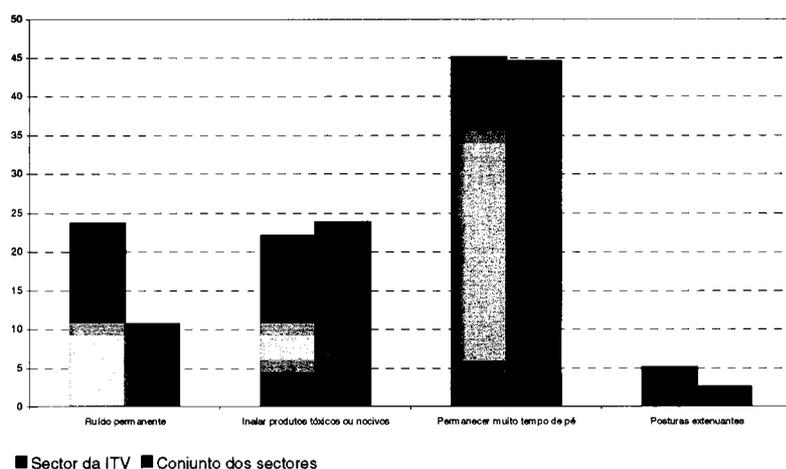
---

<sup>25</sup> A referência feita às diferenças entre sectores de actividade (DETEFP, 2001a) indica que dos 44,3% dos trabalhadores que sofrem de doenças profissionais, 15,4% pertencem ao sector dos “Têxteis, Vestuário e Calçado”, 11,6% ao sector do “Comércio”, 10,3% ao sector da “Hotelaria e Restauração” e 7% ao sector das “Indústrias Alimentares e do Tabaco”.

<sup>26</sup> Dados solicitados, em Junho de 2003, ao Departamento de Estatística do Trabalho, do Emprego e da Formação Profissional) com vista ao apuramento específico das condições de trabalho e doenças profissionais no sector de actividade da Indústria Têxtil e do Vestuário (DETEFP, 2003b). No conjunto global da amostra (4252 sujeitos) inquirida no Relatório sobre as Condições de Trabalho (DETEFP, 2001a), 10,4% pertencem ao sector da “Indústria Têxtil e do Vestuário” (5,7% homens e 15,7% mulheres), sendo para além do sector do “Comércio” (20,3%) o mais representado.

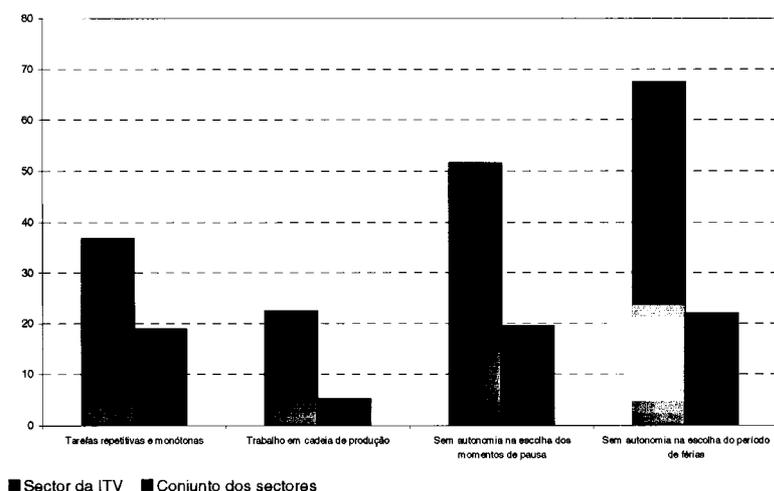
A comparação dos factores de risco no sector da ITV com os valores médios encontrados na totalidade dos sectores, confirmou que, de forma geral, quer ao nível dos constrangimentos físicos (gráfico 14) quer ao nível dos constrangimentos da organização do trabalho (gráfico 15) a situação para o sector é mais preocupante que a das restantes áreas de actividade relativamente à maioria dos riscos referidos.

Gráfico 14: Exposição aos constrangimentos físicos no sector da ITV comparativamente com a média global dos sectores de actividade económica (em percentagem)



Fonte: DETEFP (2003b)

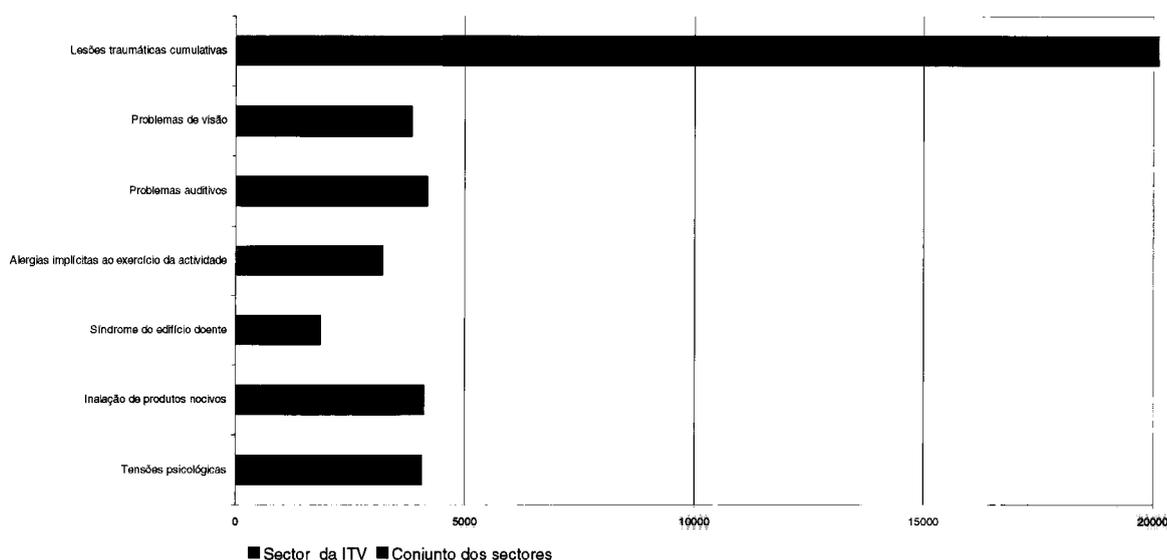
Gráfico 15: Exposição aos constrangimentos da organização do trabalho no sector da ITV comparativamente com a média global dos sectores de actividade económica (em percentagem)



Fonte: DETEFP (2003b)

Quanto aos dados relativos às doenças profissionais<sup>27</sup> identificadas para o conjunto dos sectores, apenas os casos de lesões traumáticas cumulativas, de inalação de produtos nocivos e de alergias implícitas ao exercício da actividade foram registadas no sector da ITV, estando curiosamente ausentes casos de problemas auditivos ou de tensões psicológicas (gráfico 16).

Gráfico 16: Número de trabalhadores por tipo de doença profissional no sector da ITV comparativamente com o conjunto dos outros sectores de actividade económica



Fonte: DETEFP (2003b)

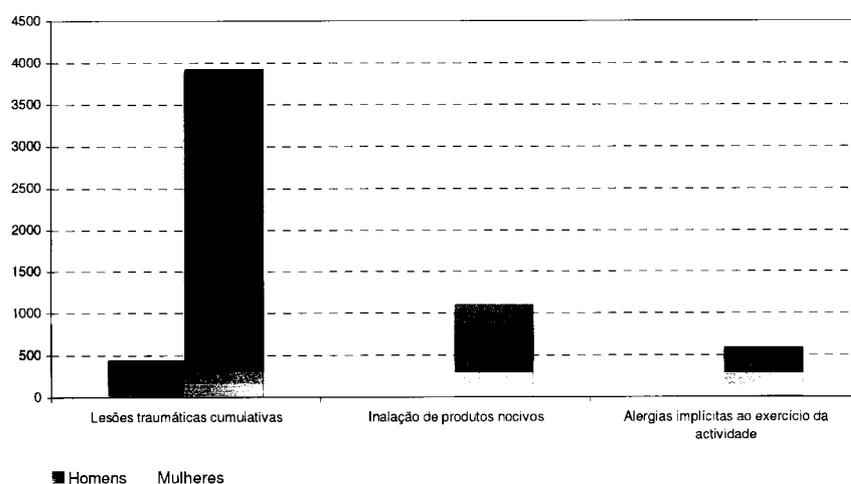
Assim, apesar de cerca de metade dos trabalhadores da ITV estarem permanentemente ou, pelo menos, com alguma frequência, expostos a ruídos fortes e agudos (DETEFP, 2003b), a ocorrência de problemas auditivos não transparece nos dados disponíveis. Muitas razões podem ser apontadas para tal aparente paradoxo, nomeadamente: as resistências de vária ordem em desencadear um processo de declaração de doença profissional; a dificuldade em atribuir os problemas de saúde a causas profissionais; a existência de mecanismos de selecção progressiva (Volkoff, Laville & Maillard, 1996) que contribuem para o afastamento dos trabalhadores com problemas de saúde, designadamente problemas auditivos.

<sup>27</sup> No anexo 1 é apresentado a lista das doenças incluídas em cada tipo de doença profissional identificado no Relatório sobre as Condições de Trabalho (DETEFP, 2003b).

A ausência de casos registados com problemas de foro psicológico no sector da ITV, vem reforçar esta mesma ideia: as consequências do trabalho na saúde e no bem-estar parecem ainda mais difíceis de serem relacionadas com as características do trabalho (Thébaud-Mony, 1998, Gollac & Volkoff, 2000) quando se situam no plano dos efeitos da organização do trabalho e dizem respeito à saúde mental, mesmo se vários autores já demonstraram claramente os efeitos dos fortes constrangimentos ao nível da organização do trabalho e ao nível da saúde mental e do bem-estar (Teiger, 1987; Davezies, Cassou & Laville, 1993; Huez, 1998; Marquié, Niezborala & Delgoulet, 2001, Daubas-Letourneux & Thébaud-Mony, 2002).

Contudo, os efeitos dos constrangimentos ao nível da organização do trabalho manifestam-se através dos casos encontrados com “lesões traumáticas cumulativas” (gráfico 17): o trabalho repetitivo, a permanência de pé e as posturas penosas contribuem sem dúvida para esta doença profissional ter maior expressão (DETEFP, 2001a), embora a sua visibilidade, nos dados oficiais, permaneça ainda pouco consistente (IIES, 1999, 2003).

Gráfico 17: Número de trabalhadores por tipo de doença profissional no sector da ITV segundo o género



Fonte: DETEFP (2003b)

Estas ditas lesões traumáticas cumulativas, correspondem na ITV, em concreto, às tendinites, aos problemas de coluna, às artroses e às varizes e atingem,

sobretudo, as mulheres (gráfico 17) de todos os grupos etários, sendo a incidência mais elevada no grupo dos 35 aos 44 anos de idade (DETEFP, 2003b).

Por fim, além das lesões traumáticas cumulativas, regista-se um número significativo de casos de doenças que resultaram da inalação de produtos nocivos e ainda casos de alergias implícitas ao exercício da actividade. São dados que não surpreendem tendo em conta que, a exposição a poeiras e a outros produtos nocivos<sup>28</sup> assim como a manipulação de substâncias químicas, favorece o aparecimento de problemas respiratórios, bronquites e pneumatoses como também a manifestação de problemas alérgicos e de dermatoses (Teiger et al., 1982; Gollac & Volkoff, 2000).

Os dados apresentados reflectem uma realidade de trabalho preocupante em que aos riscos profissionais mais clássicos (físicos e químicos) se associam os riscos relacionados com a intensificação do trabalho e com o aumento das exigências de produtividade, colocando particularmente em risco a saúde e o bem-estar dos trabalhadores da ITV.

Como se referiu anteriormente, as lacunas que, de forma geral, caracterizam o acesso à formação em matéria de higiene e segurança para os “Operários, artífices e trabalhadores similares” é ainda mais grave no caso da ITV (DETEFP, 2003b), o que se traduz no facto de a maioria dos trabalhadores deste sector desconhecer os riscos a que está exposta no seu dia-a-dia.

Efectivamente, a frequência de cursos de formação em Higiene e Saúde no trabalho<sup>29</sup> (DETEFP, 2003b) abrange apenas 6,3% dos trabalhadores da ITV (comparativamente com 9,7% da média global dos sectores), sendo, mesmo, o sector com valores mais baixos de participação.

Ao considerar o sexo dos participantes as diferenças revelam-se ainda mais flagrantes: apesar de as mulheres constituírem 73,7% dos trabalhadores deste sector e manifestarem mais problemas de saúde relacionados com o trabalho (92,8%), a sua participação em cursos de formação em Higiene e Saúde no Trabalho é significativamente inferior à dos homens (4% e 11,8%,

---

<sup>28</sup> 22,1% dos trabalhadores da ITV estão expostos a produtos tóxicos ou nocivos à saúde (DETEFP, 2003b).

<sup>29</sup> Valores dos dois anos anteriores ao período de referência do inquérito (Jan99-Dez00).

respectivamente). Por fim, há ainda que salientar que, tal como já foi referido, são as categorias profissionais designadas de “colarinhos brancos” as que mais frequentam este tipo de acções (DETEFP, 2001a), diminuindo, desta forma, a participação efectiva dos trabalhadores realmente expostos aos riscos profissionais do sector.

Note-se, deste modo, a questão já realçada a um nível geral, mas que assume agora um cariz mais concreto: se nesta indústria a maior parte dos seus trabalhadores são de sexo feminino e as categorias profissionais designadas de colarinho azul são as que têm maior peso, parece-nos que, mantendo-se este estado de coisas, quer a informação sobre os riscos profissionais quer a formação em higiene e saúde no trabalho, dificilmente se efectivarão junto dos trabalhadores que, paradoxalmente, no dia-a-dia, têm que gerir os riscos do seu trabalho.

## **2.2. Perspectivas e desafios**

Na conjuntura actual, atravessada pelas preocupações decorrentes da liberalização do comércio mundial dos têxteis e vestuário prevista para 2005, impõe-se às empresas da ITV a necessidade de uma nova estratégia que, respondendo às flutuações de mercado, procure criar novos produtos e “soluções à medida” em curto espaço de tempo, concebendo para isso novas estruturas produtivas que permitirão responder ao desafio da flexibilidade (APT, 2000).

É neste contexto, de grandes mudanças, que as empresas do sector em Portugal têm que enfrentar a forte concorrência internacional mantendo elevados níveis de exigência, qualidade e competitividade.

Todavia essas opções nem sempre são acompanhadas por uma análise cuidadosa das características dos seus recursos humanos e das condições de trabalho que acabam por oferecer.

De facto, se, por um lado, os riscos relacionados com o ruído, com as poeiras e com o trabalho repetitivo e monótono continuam a persistir, por outro lado, as transformações operadas a nível da organização do trabalho e do controlo da

produtividade trouxeram consigo a emergência de “novos constrangimentos, novos medos e novos riscos” (Lacomblez, 2000, p.7), nomeadamente a hipersolicitação, permanecendo reduzida a sua visibilidade e o seu reconhecimento social, bem como as respectivas consequências para a saúde e o bem-estar dos trabalhadores.

Desta forma, as questões relacionadas com a saúde no trabalho não devem ser encaradas apenas como uma questão meramente técnica ou económica: também levantam debate de valores, de interesses e de ideologia política (Benach, Muntaner, Benavides, Amable & Jódar, 2000).

### **CAPÍTULO III**

---

## **Saúde e trabalho: relações e evoluções**



A investigação no domínio da saúde no trabalho tem ganho, cada vez mais, um lugar de destaque nos estudos desenvolvidos no âmbito da epidemiologia e demografia do trabalho (Cassou et al., 2001; Molinié & Volkoff, 2002; Derriennic, Touranchet & Volkoff, 1996) procurando realçar a complexidade da análise das relações entre o trabalho e a saúde, designadamente ao nível do impacto das condições de trabalho.

A diversidade e a variabilidade que caracterizam as relações entre saúde e trabalho envolvem a compreensão de um conjunto de factores que interagem mutuamente e a diferentes níveis nos vários momentos da vida do indivíduo solicitando, assim, uma abordagem global e multifacetada.

O objectivo deste capítulo situa-se na sequência desta reflexão e pretende investigar a especificidade das relações entre a saúde e o trabalho através do desenvolvimento de um estudo de tipo epidemiológico protagonizado pelo Inquérito SIT - Saúde, Idade e Trabalho - no qual foi possível não só identificar os principais riscos profissionais e os problemas de saúde mais frequentes na ITV mas, sobretudo, realçar as consequências menos visíveis das condições de trabalho na saúde e no bem-estar – o que não deixa de considerar a importância de uma abordagem centrada no trabalhador, valorizando por isso uma dimensão mais pessoal e singular da saúde.

## **1. As relações entre saúde e trabalho: diversidade e variabilidade**

Como já foi realçado, as consequências do trabalho na saúde não têm, normalmente, uma expressão imediata e linear e, embora acompanhem todo o ciclo de vida do indivíduo, manifestam-se frequentemente de forma diferida e singular (Gollac & Volkoff, 2000).

De facto, as relações entre saúde e trabalho são raramente explicáveis numa base monocausal. 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, & 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.

O domínio da saúde no trabalho remete, por isso, para um conceito de saúde complexo e dinâmico onde interagem as dimensões física, psicológica e social, estabelecendo-se relações diversas e recíprocas com o trabalho (Gollac & Volkoff, 2000), que não são vivenciadas da mesma maneira por todos os trabalhadores.

### **1.1. Envelhecimento no trabalho e pelo trabalho**

Esta reflexão sobre o estudo do impacto das condições de trabalho na saúde e no bem-estar seria insuficiente se se limitasse a uma análise sincrónica e não integrasse também o percurso profissional do indivíduo contribuindo, assim, para uma melhor compreensão da evolução das condições da sua saúde no trabalho.

Isto significa que só reconstruindo o percurso e a história profissional do indivíduo, integrando as condições de trabalho actuais mas também as vividas anteriormente (Volkoff, Molinié & Jolivet, 2000) será possível apreender a complexidade que caracteriza as relações entre saúde e trabalho. É através da análise do factor tempo, nomeadamente da variável idade, que se pode então explicar e compreender melhor as características do trabalho que mais influenciam a saúde e o bem-estar.

A idade constitui um indicador fundamental neste estudo e tem sido alvo de preocupação por parte dos investigadores neste domínio (Laville, Teiger & Wisner, 1975; Teiger, 1989; Marquié, Paumès, & Volkoff, 1995, 1998; Derriennic, Touranchet & Volkoff, 1996; Volkoff, Molinié & Jolivet, 2000), contribuindo para completar e enriquecer uma análise que se tornou mais dinâmica, tendo em consideração a evolução do trabalho e da saúde, e integrando o passado

profissional assim como os antecedentes patológicos (Volkoff, Touranchet, Derriennic, 1995).

O estudo do efeito da idade nas relações entre saúde e trabalho prende-se naturalmente com o processo de envelhecimento, analisado sob a perspectiva de um processo complexo e multidimensional (biológico, psicológico e social), onde interagem continuamente os diversos constrangimentos de trabalho (Cassou & Laville, 1996).

Porém, as condições de realização do trabalho influenciam não só a qualidade de vida no trabalho mas também a própria qualidade do envelhecimento, tendo em atenção o processo de envelhecimento que pode ocorrer *no* e *pelo* trabalho (Teiger, 1989).

O *envelhecimento no trabalho* (Teiger, 1989) refere-se ao processo de envelhecimento propriamente dito, ou seja, ao envelhecimento natural, que é a tradução funcional de um conjunto de modificações operadas no sujeito durante a vida e que terão lugar sem serem desencadeadas por factores externos, embora estes possam influenciar este processo. Estas modificações podem alterar a forma de trabalhar e ter implicações ao nível do trabalho na medida em que podem por um lado, criar dificuldades acrescidas e, por outro lado, corresponder a novas potencialidades (fundadas em saberes e saberes-fazer da experiência), para fazer face aos constrangimentos da actividade de trabalho (Volkoff, Laville & Maillard, 1996).

Já o *envelhecimento pelo trabalho* (Teiger, 1989) resulta dos efeitos, a médio e a longo prazo, das condições de trabalho no estado de saúde dos trabalhadores. A exposição a determinados constrangimentos e o tipo de organização do trabalho podem deixar sequelas e influenciar o processo de envelhecimento.

Se, numa perspectiva mais tradicional, o processo de envelhecimento é encarado como uma redução das capacidades física e intelectual e uma diminuição do desempenho no trabalho, traduzindo-se, por vezes, em mecanismos silenciosos de selecção e exclusão das situações de trabalho (Volkoff, 1989, Volkoff, Laville & Maillard, 1996), é importante reflectir em que medida as condições de trabalho, nomeadamente os constrangimentos físicos e a organização do trabalho com que

o indivíduo se vai confrontando ao longo de toda a vida de trabalho, contribuíram para a aceleração de determinados mecanismos relacionados com o processo de envelhecimento.

De facto, o aparecimento de certos “declínios” das capacidades física e intelectual, frequentemente associados ao envelhecimento pode não ser nem generalizado nem uniforme; a sua manifestação pode ser acelerada ou atenuada sob o efeito das condições de trabalho vivenciadas anteriormente (Derriennic, Touranchet, & Volkoff, 1996) e a sua evolução é muito variável, dependendo dos próprios indivíduos e do tipo de trabalho em questão. De facto, cada trabalhador tem os seus próprios ritmos de envelhecimento (Molinié & Volkoff, 2002).

Deste modo, e numa perspectiva mais construtivista, o processo de envelhecimento passa a ser encarado como um processo dinâmico que envolve modos de compensação desses “declínios” construídos a partir da experiência e dos saberes e saberes fazer desenvolvidos ao longo da vida.

Contudo, as condições e a organização do trabalho podem dificultar ou facilitar o desenvolvimento destas estratégias compensatórias, criando condições facilitadoras ou, pelo contrário, dificultando a sua utilização, nomeadamente através da imposição de uma lógica de gestão baseada no cumprimento de normas e regulamentos rígidos sob ritmos de produção intensivos, não permitindo, por isso, qualquer “margem de manobra” aos trabalhadores.

O envelhecimento parece, assim, bem mais complexo do que um processo linear e contínuo de redução de capacidades, impondo-se, portanto, uma atenção cuidadosa na identificação dos factores aceleradores do envelhecimento, nomeadamente os relativos ao trabalho, que intervêm no *envelhecimento pelo trabalho* e que podem modelar o *envelhecimento no trabalho* (Cassou & Laville, 1996).

## **1.2. Da análise do trabalho à análise das condições de trabalho**

As preocupações em estudar os efeitos das condições concretas de trabalho na saúde e no bem-estar dos trabalhadores chamaram a atenção de vários

investigadores, durante os anos 60 e 70 (Faverge, 1967a; Guélaud, Beauchesne, Gautrat & Roustang, 1975; Laville, Teiger & Wisner, 1975), para a importância da análise do trabalho real.

Esta preocupação, já preconizada na obra de Ombredane e Faverge, “L’analyse du travail” (Ombredane & Faverge, 1955), contribuiu de forma decisiva para um novo olhar sobre o trabalho e para os contributos da psicologia do trabalho e da ergonomia da actividade no estudo das condições de trabalho.

Partindo da ideia central, partilhada por ambas as disciplinas, de distinguir o trabalho prescrito do trabalho real, preconiza-se “a análise do trabalho no terreno, único local onde é verdadeiramente possível conhecê-lo” (Noulin, 1992, p.25). O significado desta distinção fundamenta o olhar específico que quer a psicologia do trabalho quer a ergonomia adoptam perante o trabalho, diferenciando-se a análise da tarefa (trabalho prescrito) da análise da actividade (trabalho real).

O conhecimento do trabalho real “relativo às características concretas do dia-a-dia da confrontação do operador com a sua situação de trabalho” (Lacomblez, 1997, p.3), possibilita uma melhor compreensão do ser humano no trabalho: as suas condutas, os seus modos operatórios, as suas posturas mas também os seus raciocínios, as suas maneiras de pensar, as explicações que encontra, os afectos, o prazer, o desprazer que sente no trabalho, afastando qualquer pretensão de considerar o trabalho como mera aplicação de conhecimentos e capacidades.

Nesta perspectiva, a análise da actividade de trabalho assume um papel fundamental e determinante para a compreensão do comportamento do homem em situação de trabalho na medida em que constitui o elemento integrador e estruturante da situação de trabalho (Guérin et al., 1991), nomeadamente na forma como concilia os constrangimentos vividos no trabalho e a preservação da sua saúde.

Desta maneira, a análise das condições de trabalho permaneceria incompleta se não permitisse a análise desta singularidade e especificidade que caracteriza a actividade de trabalho de forma a compreender os “saberes-fazer” e as estratégias utilizadas pelos trabalhadores para se prevenirem contra os riscos do seu trabalho e as suas consequências.

Os contributos da análise do trabalho têm-se mostrado fundamentais no estudo das relações entre saúde e trabalho, proporcionando, por um lado, o enriquecimento desta análise e, por outro lado, a emergência dos efeitos menos visíveis de determinados constrangimentos de trabalho que, embora não tenham consequências patológicas, dificultam a preservação da saúde e do bem-estar.

### **1.3. Dos grandes aos pequenos problemas de saúde no trabalho: os aspectos mais invisíveis**

As “condições de trabalho manifestam-se através das suas consequências” (Gollac & Volkoff, 2000, p.7, tradução livre), sendo vividas de forma diferente por cada indivíduo, dependendo do seu percurso profissional e do seu contexto de trabalho mas também da percepção dos efeitos do trabalho sobre o seu organismo.

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 & 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 não patológicos ou “infra-patológicos”, indicarem 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, 1995a; Davezies, 1994; Thébaud-Mony, 1998; Vogel, 1999, 2001; & Volkoff, 2002) mas que, na realidade, podem constituir indicadores de “alerta” (Volkoff & Thébaud-Mony, 2000) para determinadas situações.

Estudos mais recentes desenvolvidos no âmbito da epidemiologia e da demografia do trabalho (Cassou et al., 2001; Molinié & Volkoff, 2002; Derriennic, Touranchet, & 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 (Gollac & Volkoff, 2000).

Nesta perspectiva, 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, as queixas e os problemas ditos “infra-patológicos” nas suas relações com o trabalho.

Foi com esta perspectiva que se pretendeu contribuir para o desenvolvimento da investigação sobre as relações entre saúde, idade e trabalho. Neste sentido, foi concebido um instrumento que fosse suficientemente lato para abranger as várias dimensões e as várias relações entre saúde e trabalho e suficientemente fino e pertinente de modo a abarcar a especificidade que caracteriza estas relações: o Inquérito SIT – Saúde, Idade e Trabalho.

## **2. O inquérito SIT – Saúde, Idade e Trabalho**

O Inquérito SIT – Saúde, Idade e Trabalho – cuja lógica de base se enquadra nos estudos de tipo epidemiológico foi construído a partir dos contributos dos

inquéritos ESTEV<sup>30</sup> (1990, 1995) e VISAT<sup>31</sup> (1996, 2001) que, fora de Portugal, já demonstraram as suas potencialidades no estudo das relações entre saúde, idade e trabalho.

O objectivo principal deste tipo de instrumento é o de compreender como e em que medida as condições de trabalho actuais e passadas influenciam, favorável ou desfavoravelmente, a qualidade do processo de envelhecimento e a saúde, de forma a contribuírem para o desenvolvimento de medidas preventivas e promotoras da saúde no trabalho.

Foi no âmbito de uma participação<sup>32</sup> na Campanha para a Melhoria das Condições de Trabalho na Indústria Têxtil e do Vestuário promovida pelo Instituto de Desenvolvimento e Inspeção das Condições de Trabalho (IDICT), que o Inquérito SIT – Saúde, Idade e Trabalho teve o seu espaço de concepção, aplicação e primeira análise.

## 2.1. Os inquéritos precursores: ESTEV e VISAT

Os inquéritos ESTEV<sup>33</sup> – Inquérito Saúde, Trabalho e Envelhecimento (1990, 1995) e VISAT<sup>34</sup> – Inquérito Envelhecimento, Saúde e Trabalho (1996, 2001) surgiram a partir da constatação da insuficiência de conhecimentos científicos sobre as relações entre a saúde, a idade e o trabalho: a concepção de um instrumento susceptível de responder à complexidade da problemática através de uma avaliação quantificada destas relações foi vista pelos seus autores como sendo de extrema valia para permitir um salto qualitativo das análises neste domínio.

---

<sup>30</sup> ESTEV - Enquête Santé, Travail & Vieillesse (1990; 1995) France: Mutualité Française

<sup>31</sup> VISAT - Vieillesse, Santé, Travail (1996; 2001) Midi-Pyrénées : CRAM

<sup>32</sup> Barros-Duarte, C., Ramos, S., Cunha, L. & Lacomblez, M. (no prelo). *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 Têxtil. Porto: IDICT, conduzido pelo Centro de Psicologia da Universidade do Porto, sob a coordenação científica da Professora Doutora Marianne Lacomblez

<sup>33</sup> O inquérito ESTEV foi elaborado, em França, em 1988 por uma equipa de médicos do trabalho com a colaboração de investigadores franceses, entre eles, Francis Derriennic, Annie Touranchet e Serge Volkoff, com o objectivo de estudar as relações entre idade-trabalho-saúde. As tarefas de concepção, preparação e adaptação do questionário foram asseguradas por uma equipa piloto e de coordenação constituída por médicos do trabalho e investigadores de vários domínios, nomeadamente, medicina, epidemiologia, ergonomia, gerontologia, estatística.

<sup>34</sup> O inquérito VISAT, à semelhança do ESTEV, foi elaborado, em França em 1994 (VISAT, 1994) por uma equipa de médicos do trabalho e por uma equipa de investigadores especializados nos domínios do envelhecimento, da ergonomia e da saúde no trabalho, entre eles Jean-Claude Marquié.

Convém referir ainda que como “pano de fundo”, favorável à concepção desses instrumentos, estão as preocupações que hoje transparecem igualmente em Portugal (Pestana, 2003) relativas ao envelhecimento contínuo e durável da população activa ou aos processos de selecção e exclusão das situações de trabalho em que o critério idade passa a ser decisivo na tomada de decisão (Volkoff, 1989; Volkoff, Laville, & Maillard, 1996) – o que não deixa de reactivar a reflexão já desenvolvida em torno do envelhecimento no e pelo trabalho.

O objectivo central destes questionários era o de, a partir da recolha de uma quantidade diversa de informações, quer no domínio da saúde quer no domínio do trabalho, analisar uma grande diversidade de factores do contexto profissional e extra-profissional, mostrando os efeitos das exposições actuais e passadas de diversos constrangimentos do trabalho na evolução da saúde e do bem-estar.

Desta forma, como já foi referido, a análise do percurso profissional torna-se fundamental para compreender em que medida as condições de trabalho influenciam o estado de saúde. De facto, uma vez que as relações entre saúde e trabalho não são nem lineares nem instantâneas, só reconstruindo a história profissional do trabalhador é que conseguimos apreender as dimensões que podem influenciar o seu estado de saúde.

As grandes opções metodológicas dos referidos inquéritos basearam-se em três princípios base:

1. Identificar os factores profissionais que intervêm no envelhecimento pelo trabalho (envelhecimento extrínseco) e que podem modelar o envelhecimento intrínseco, influenciando a evolução da saúde no trabalho.
2. Avaliar as condições de trabalho a partir de indicadores mais pertinentes provenientes dos estudos já conduzidos no âmbito da Psicologia do Trabalho, da Ergonomia da Actividade e da Medicina do Trabalho de forma a não serem esquecidos os aspectos essenciais do trabalho que influenciam e determinam a actividade profissional.
3. Analisar as várias dimensões da saúde integrando a avaliação dos seus aspectos patológicos mas também os outros problemas de saúde que, embora não sejam diagnosticados como patológicos, influenciam o estado de saúde e o

bem-estar - os aspectos ditos infra-patológicos - quer do ponto de vista do especialista (médico) quer do ponto de vista do trabalhador (percepção do estado de saúde).

As relações saúde-idade-trabalho são, pela sua natureza, extremamente diversas e o interesse destes inquéritos é ilustrar a sua multiplicidade e a sua complexidade graças às análises comparativas entre sujeitos ao nível das condições de trabalho e das suas consequências ao nível da saúde e do bem-estar (Cassou & Laville, 1996).

Neste sentido, estes instrumentos afastam-se dos objectivos da tradicional epidemiologia na medida em que, na sua concepção e formulação, integraram conhecimentos de outras disciplinas, nomeadamente da gerontologia, da medicina do trabalho ou da demografia, mas ainda outros conhecimentos provenientes dos estudos mais qualitativos da ergonomia ou da psicologia do trabalho que realçaram a variabilidade e a diversidade das relações entre a saúde e o trabalho.

Estes inquéritos procuram articular a abordagem transversal e a abordagem longitudinal de modo a comparar grupos de sujeitos e ainda por forma a analisar a influência das condições de trabalho na evolução do estado de saúde dos trabalhadores inquiridos.

O Inquérito ESTEV (1990) constituiu a primeira referência dos estudos desenvolvidos neste domínio, abrindo caminho para o aparecimento de outros instrumentos, nomeadamente o Inquérito VISAT (1996)<sup>35</sup> e, por isso, têm características comuns sob o ponto de vista dos conteúdos e dos aspectos metodológicos. Contudo, o inquérito ESTEV privilegiou sobretudo a análise das reacções físicas aos constrangimentos de trabalho, enquanto que o VISAT procurou integrar as dimensões psicológica e psicofisiológica das reacções dos trabalhadores aos constrangimentos de trabalho.

Nesta perspectiva o conceito de saúde adoptado ultrapassa a visão clássica que a identifica como um estado de ausência de doença, referindo-se, antes, a um “conjunto de recursos biológicos, psíquicos e intelectuais que permitem ao

---

<sup>35</sup> E, mais recentemente, em Portugal, do Inquérito SIT (2001)

indivíduo fazer face, de maneira autónoma, aos constrangimentos da vida e satisfazer as suas necessidades fundamentais” (VISAT, 1994, p.3) ficando assim explícita a necessidade de passar a conhecer outros estados de saúde que embora não patológicos, indiciam dor e sofrimento e perturbam o bem-estar dos sujeitos.

Todavia esta opção, clara do ponto de vista teórico, levanta dificuldades no plano metodológico: expressos sob a forma de queixas pouco específicas, estados como a fadiga, a astenia, o desgaste, a depressão ou o sofrimento psicológico são difíceis de relacionar com as dificuldades no trabalho pela inexistência de uma relação clara e objectiva entre um risco e uma patologia. Por isso, os autores do inquérito optaram pelo recurso a um conjunto amplo de questões quer ao nível da caracterização do trabalho e avaliação das condições de trabalho quer ao nível das várias dimensões da saúde e do bem-estar.

Os Inquéritos ESTEV e VISAT são compostos por três tipos de questionários de resposta fechada que são aplicados a cada um dos sujeitos:

1. *Questionário de características gerais e profissionais*: é constituído por questões relativas às condições de trabalho actuais e passadas, às dificuldades e aos constrangimentos de trabalho na sua evolução com a idade. Este questionário é preenchido pelo próprio trabalhador com ajuda do serviço médico, caso seja necessário.

2. *Questionário médico*: é constituído por um inventário de patologias actuais e passadas e por um conjunto de exames complementares relativos ao estado de visão, audição, pressão arterial e algumas medidas antropométricas, entre outros. No caso do inquérito VISAT, este questionário é completado por um conjunto de provas psicológicas, nomeadamente uma prova de memória imediata e diferida e uma prova de atenção selectiva. Este questionário é preenchido pelo médico do trabalho assim como as referidas provas psicológicas.

3. *Questionário sobre as condições de vida*: é constituído por um conjunto de questões relativas às condições de vida fora de trabalho, nomeadamente os aspectos sociais, as actividades domésticas e as actividades de lazer. Além destas questões figura ainda um questionário de auto-apreciação do seu estado

de saúde, a versão francesa<sup>36</sup> do Perfil de Saúde de Nottingham (NHP). No inquérito VISAT a avaliação da auto-apreciação do estado de saúde figura na última parte do primeiro questionário. Este questionário é preenchido pelo próprio trabalhador.

Em ambos os inquéritos foram elaborados guias práticos de orientação ao preenchimento dos questionários, tendo sido entregues a todos os médicos do trabalho que participaram nos projectos, procurando desta forma esclarecer dúvidas pontuais que surgissem ao longo do preenchimento dos referidos questionários e uniformizar os procedimentos utilizados.

A análise e a interpretação dos resultados basearam-se sobretudo em análises estatísticas adaptadas aos objectivos e necessidades específicas de cada estudo. As análises mais frequentes incidiram em comparações entre as várias modalidades de uma variável (ex. anos de exposição ao ruído) e a frequência de ocorrência de um determinado fenómeno (ex. problemas auditivos), recorrendo-se ao teste do “qui-quadrado” e, por outro lado, em análises multivariadas, nomeadamente a regressão logística<sup>37</sup>, de forma a determinar a probabilidade de ocorrência de um determinado fenómeno a partir de um conjunto de variáveis predictoras (Derriennic, Touranchet & Volkoff, 1996; Molinié & Volkoff, 2002).

Apesar das potencialidades estatísticas deste tipo de estudos, os autores costumam realçar o quanto as interpretações dos resultados deverão ser acompanhadas por uma reflexão prudente e cuidadosa na sua compreensão, tendo em consideração a complexidade de que se revestem as relações entre saúde, idade e trabalho. Por isso, o recurso às pesquisas qualitativas assume

---

<sup>36</sup> A versão francesa do NHP encontra-se descrita no estudo de Bucquet, D., Condon, S. (1992). L'Indicateur de Santé Percéptuelle de Nottingham. In European Group for Quality of Life and Health Measurement (Eds.). *European Guide to the Nottingham Health Profile* (pp.105-182). Montpellier: Escubase.

<sup>37</sup> A regressão logística determina a probabilidade de ocorrência de um determinado fenómeno (variável a explicar) a partir de um conjunto de variáveis predictoras (variáveis explicativas). Desta forma, de um lado temos a variável a explicar, variável dependente, (por ex. a presença ou ausência de um problema de saúde) e, do outro lado, um conjunto mais ou menos importante de variáveis, à partida explicativas desse fenómeno, cada uma com (ou sem) o seu efeito próprio e susceptíveis de apresentar entre elas uma interacção no sentido em que a presença de uma modifica o efeito da outra variável a explicar (Derriennic, Touranchet & Volkoff, 1996).

Na regressão logística a variável dependente (a variável a explicar) é nominal e dicotómica e as variáveis independentes (ou explicativas) nominais ou categóricas. Os coeficientes de regressão logística podem ser utilizados para estimar os Odds Ratio (OR) para cada uma das variáveis independentes do modelo. 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) (Daniel, 1999).

uma importância crucial nas análises dos resultados estatísticos (Derriennic, Touranchet, & Volkoff, 1996), nomeadamente os estudos de terreno que recorrendo a análise da actividade de trabalho completam, enriquecem e confirmam os resultados obtidos (Volkoff, 1998)<sup>38</sup>.

Foi com o espírito destes instrumentos que o Inquérito SIT – Inquérito Saúde, Idade e Trabalho – nasceu procurando, contudo, responder à especificidade do país e do sector em que teve a sua primeira aplicação<sup>39</sup>.

## 2.2. A composição do Inquérito SIT

O Inquérito SIT (2001) (anexo 2) compreende cinco grandes domínios de análise que correspondem aos cinco questionários que o estruturam (Barros-Duarte & Ramos, 2002), sumariamente apresentados no quadro 4 e, a seguir, descrito de forma sucinta.

Quadro 4: Composição do Inquérito SIT

---

QUESTIONÁRIO I – <i>CARACTERÍSTICAS GERAIS E PROFISSIONAIS</i>
QUESTIONÁRIO II – <i>QUESTIONÁRIO MÉDICO</i>
QUESTIONÁRIO III – <i>CONDIÇÕES DA VIDA FORA DO TRABALHO</i>
QUESTIONÁRIO IV – <i>EXAMES COMPLEMENTARES</i>
QUESTIONÁRIO V – <i>TESTES PSICOTÉCNICOS</i>

---

### QUESTIONÁRIO I – *CARACTERÍSTICAS GERAIS E PROFISSIONAIS*

A primeira parte do questionário é constituída por questões gerais sobre o trabalhador e a profissão. Em seguida é apresentado um conjunto de características relativas às condições de trabalho actuais e passadas (nomeadamente, o tipo e a duração da exposição), permitindo avaliar não só as condições de trabalho actuais mas também as passadas de modo a abarcar todo o percurso profissional do trabalhador. Na terceira parte são analisadas de forma mais pormenorizada as características do trabalho actual, nomeadamente o

---

<sup>38</sup> Aliás, e como já referido anteriormente, uma das preocupações presentes na formulação e concepção dos inquéritos, foi a de escolher e seleccionar questões que tivessem sido já analisadas e debatidas nos estudos de terreno, cujo método de análise assenta no conhecimento e na compreensão dos problemas reais em contexto real de trabalho (Volkoff, 1998).

<sup>39</sup> Além do sector Têxtil e do Vestuário, o Inquérito SIT já foi aplicado ao Sector da Cerâmica (Cunha, Costa & Lacomblez, 2003) e actualmente está a ser aplicado ao Sector dos Transportes.

conteúdo do trabalho, a organização do trabalho e a satisfação profissional. Na quarta parte são avaliadas as principais dificuldades sentidas pelo trabalhador na realização do seu trabalho. Os aspectos relacionados com o “trabalho e repouso” compõem a quinta parte do questionário, sendo também analisados alguns aspectos mais específicos, relativos ao período de sono, susceptíveis de influenciar a realização dos testes psicotécnicos (integrados no questionário V). Na sexta e última parte do questionário é descrito um conjunto de questões de (auto)apreciação do estado de saúde, que correspondem à aplicação da versão portuguesa do Perfil de Saúde de Nottingham<sup>40</sup>.

#### QUESTIONÁRIO II – *QUESTIONÁRIO MÉDICO*

A primeira parte deste questionário é constituída por um inventário de patologias actuais e passadas de forma a poder reconstruir a história de patologias do trabalhador. Na segunda parte são contemplados os elementos de identificação e caracterização dos acidentes e doenças profissionais assim como uma descrição dos medicamentos consumidos. Na terceira parte é incluído um questionário dirigido especificamente às mulheres, relativo a informações sobre a gravidez, a contracepção e a menopausa. Na última parte do questionário são avaliados diferentes indicadores clássicos nos exames médicos.

#### QUESTIONÁRIO III – *CONDIÇÕES DA VIDA FORA DO TRABALHO*

Este questionário aborda um conjunto de questões gerais sobre as características do indivíduo e da sua vida fora do trabalho, de modo a analisar os aspectos da vida do sujeito que podem influenciar o seu percurso profissional e o modo de reagir a acontecimentos marcantes da sua vida.

#### QUESTIONÁRIO IV – *EXAMES COMPLEMENTARES*

Esta parte integra exames de medição de diferentes índices fisiológicos (capacidade pulmonar, visão e audição) com recurso a aparelhos médicos específicos para cada domínio.

---

<sup>40</sup> Versão portuguesa, adaptada 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.

## QUESTIONÁRIO V – TESTES PSICOTÉCNICO

Reuniu-se aqui um conjunto de provas psicotécnicas para obtenção de dados acerca da memória e atenção do indivíduo, à semelhança do Inquérito VISAT, valorizando assim também o balanço dos aspectos cognitivos, e não apenas os aspectos biológicos da saúde. Relativamente à “Prova de Memória”, e dadas as particularidades da língua portuguesa, foram realizadas algumas alterações. Na construção da prova, o processo de selecção das palavras foi definido a partir do grau de imaginabilidade<sup>41</sup>, da frequência, da extensão e da conotação<sup>42</sup> presentes na língua portuguesa.

Além dos cinco questionários, o Inquérito SIT engloba, ainda, duas folhas suplementares: a *Folha de Apresentação do Inquérito SIT*, que corresponde a uma síntese dos principais objectivos e metodologia utilizados no estudo, entregue a cada um dos trabalhadores participantes e uma *Ficha de Identificação do Trabalhador* justificada pela necessidade de possibilitar o contacto com os participantes, caso se pretenda esclarecer alguma dúvida ou, então, actualizar os dados recolhidos num momento futuro.

### **2.3. A metodologia utilizada: o processo de construção e aplicação do SIT**

Como já foi referido, o Inquérito SIT foi construído a partir dos contributos dos Inquéritos ESTEV (1995) e VISAT (1996) tendo sido, sobretudo, o VISAT que, pela sua maior abrangência (valorização das dimensões psicológica e psicofisiológica das reacções aos efeitos das condições de trabalho), orientou o seu processo de construção.

O processo de construção<sup>43</sup> e aplicação do SIT articulou-se em vários momentos que corresponderam à necessidade de, por um lado, o adaptar ao campo específico de aplicação prevista – o Sector do Têxtil e do Vestuário – e, por outro lado, definir as condições de aplicação mais favoráveis para que, em conjunto

---

<sup>41</sup> A partir do estudo cedido pela Professora Doutora São Luís de Castro e pelo Dr. Rui Alves da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

<sup>42</sup> A partir de: Beato, M., Serra, A. & Fernández, A. (1999). Índices Psicolinguísticos de 480 Palavras em Português. *Psiquiatria Clínica*, 20, 1, 21-31.

<sup>43</sup> O processo de construção e aplicação do Inquérito SIT encontra-se descrito, de forma mais exaustiva, no anexo 3.

com as empresas, os trabalhadores e os médicos, fosse delineada uma abordagem pluridisciplinar e integrada.

Desta forma, a utilização do SIT em Portugal revestiu-se de algumas características peculiares:

1. Os objectivos subjacentes à construção do SIT, além dos que lhe são comuns ao ESTEV e ao VISAT, assumiram uma perspectiva transversal, orientando-se para preocupações interventivas, nomeadamente a de contribuir para a melhoria das condições de trabalho na ITV.
2. A sua estrutura contempla, como já foi referido, cinco questionários: em comparação com os três questionários presentes no Inquérito VISAT, o SIT proporcionou, deste modo, uma divisão temática mais especializada o que facilitou a sua aplicação. Por outro lado, embora os conteúdos presentes no Inquérito SIT sejam muito semelhantes aos dos Inquéritos ESTEV e VISAT, foram introduzidos novos conteúdos<sup>44</sup> assim como ligeiramente alteradas algumas formas de resposta<sup>45</sup>, procurando responder à especificidade da organização da saúde no trabalho em Portugal e às características do sector (características da amostra e da metodologia utilizada).
3. Em termos metodológicos, foi assumida uma prática diferente da utilizada nos Inquéritos ESTEV e VISAT tendo em atenção os objectivos já referidos e tendo em conta que a amostra se reporta exclusivamente a trabalhadores activos do sector da ITV da região Norte de Portugal. Assim, a aplicação do SIT foi realizada em situação de entrevista individual conjugando os contributos de uma equipa composta por três psicólogas do trabalho e dos médicos das empresas participantes<sup>46</sup>. Procedeu-se, por isso, à construção de um guião de entrevista baseado nos temas contemplados no questionário que serviu de apoio à verbalização do trabalhador assim como ao estabelecimento de uma relação de

---

<sup>44</sup> Todas as questões assinaladas com as letras i e ii no Inquérito SIT (anexo 2), correspondem a novas questões que foram incluídas.

<sup>45</sup> No questionário 1, no conjunto de características sobre as condições de trabalho actuais e passadas, foi questionado o número de anos de exposição a cada uma das características evitando a resposta a um intervalo temporal pré-definido. Na quarta parte, na resposta às dificuldades sentidas no trabalho foi introduzida a resposta NA, que corresponde à situação em que a dificuldade analisada não é aplicada à situação de trabalho, e foi retirada a questão da evolução das dificuldades sentidas no trabalho com a idade. O questionário médico foi também adaptado tendo em vista os conteúdos e os procedimentos normalmente utilizadas pela medicina em geral e pela medicina do trabalho em particular.

<sup>46</sup> Os questionários I e V foram aplicados pelo grupo de psicólogas e os questionários II, III e IV foram aplicados pelos médicos de cada uma das empresas participantes.

confiança favorável à expressão da sua vivência no trabalho. A participação dos médicos garantiu um olhar atento na análise dos fenómenos associados à saúde: a sua posição privilegiada para a recolha sistemática de informações sobre a evolução da saúde tem sido, efectivamente, uma mais valia para este estudo (Molinié & Volkoff, 2002).

4. Todavia, os contributos de uma análise mais qualitativa do trabalho e das condições de trabalho neste sector mostrou-se essencial para a melhor compreensão dos dados do SIT: as visitas e os contactos *in loco* com todas as empresas participantes permitiram um conhecimento mais aprofundado das características dos processos produtivos, das especificidades da organização do trabalho e das particularidades das condições de trabalho. Na verdade, este contacto directo com os contextos de trabalho revelou-se essencial para a compreensão das verbalizações dos trabalhadores acerca das características do seu trabalho e das condições em que é realizado.

#### **2.4. Análise e tratamentos dos dados**

Após o inevitável trabalho de preparação e codificação dos inquéritos<sup>47</sup> para a construção da matriz dos dados, realizada com o contributo da equipa VISAT e de investigadores especialistas em programas de análise estatística, optou-se pelo recurso ao programa SPSS<sup>48</sup>, e procedeu-se aos primeiros tratamentos estatísticos do Inquérito SIT<sup>49</sup> (Barros-Duarte, Cunha, Ramos & Lacomblez, 2001/2002; Barros-Duarte, & Ramos, 2002) que se situam, como vimos anteriormente, ao nível das análises descritivas e das análises indutivas, com maior recurso ao teste do “qui-quadrado”<sup>50</sup> e às análises multivariadas, através da análise de regressão logística<sup>51</sup>.

---

<sup>47</sup> O que implicou a análise individual de cada inquérito a fim de proceder à codificação de todas as variáveis a partir dos parâmetros previamente estabelecidos pelo Inquérito. Em alguns itens houve necessidade de criar uma codificação mais específica, nomeadamente na atribuição de um código à actividade exercida pelo trabalhador.

<sup>48</sup> Ao contrário da matriz francesa construída noutra programa informático.

<sup>49</sup> Contudo, é de salientar que, no âmbito deste trabalho, foram apenas analisadas os dados do SIT que respondem aos objectivos delineados, não se esgotando as análises da globalidade dos dados recolhidos.

<sup>50</sup> Os resultados apresentados foram seleccionados tendo como critério o nível de significância obtido, o qual corresponde a  $p \leq .05$ , com um nível de confiança de 95%.

<sup>51</sup> A probabilidade foi calculada através da *Regressão Logística* com Intervalos de Confiança para o Exp. B de 95%, método Forward LR.

### **3. Caracterização da amostra**

#### **3.1. Caracterização da amostra das empresas**

A amostra acabou por ser constituída por doze empresas do sector da Indústria Têxtil e do Vestuário localizadas no Norte do país, nos concelhos de Braga, Barcelos, Guimarães e Porto. A dimensão das empresas foi variável: 2 PE, 8 ME e 2 GE<sup>52</sup>, cobrindo toda a fileira produtiva pertencendo aos subsectores dos têxteis convencionais, têxteis-lar e malhas.

Foi utilizado o Instrumento de Análise para Estudos de Caso (IAEC) na recolha de dados relativos às empresas da amostra embora esta caracterização tenha ficado muito aquém do inicialmente previsto já que os responsáveis não possuíam grande parte dos dados solicitados e a sua recolha ficou dependente da sua disponibilidade em os fornecer.

Em cada uma destas empresas foram aplicados os Inquéritos SIT a cerca de 25% de trabalhadores no caso das PE e ME e a 10% de trabalhadores nas GE – optando-se por entrevistar pessoas com actividades directamente ligadas ao processo produtivo.

#### **3.2. Caracterização da amostra dos trabalhadores**

Procurou-se assegurar na amostra dos sujeitos uma “aproximada” representatividade dos trabalhadores da Indústria Têxtil e do Vestuário, estando-se particularmente atento aos critérios do sexo, da idade, da função desempenhada e da antiguidade na função. Contudo, esta opção foi difícil de assegurar em algumas empresas devido aos constrangimentos relacionados com a produção e com a dificuldade em retirar os trabalhadores dos seus postos de trabalho para a realização da entrevista individual.

A amostra acabou por ser assim constituída por 329 trabalhadores (quadro 5) com actividades exclusivamente ligadas à produção, em que 57% pertencem ao sexo masculino e 43% ao sexo feminino.

---

<sup>52</sup> PE – Pequena Empresa (menos de 50 trabalhadores); ME – Média Empresa (entre 50 a 300 trabalhadores); GE – Grande Empresa (com mais de 300 trabalhadores).

Quadro 5: Número de trabalhadores da amostra em função do género

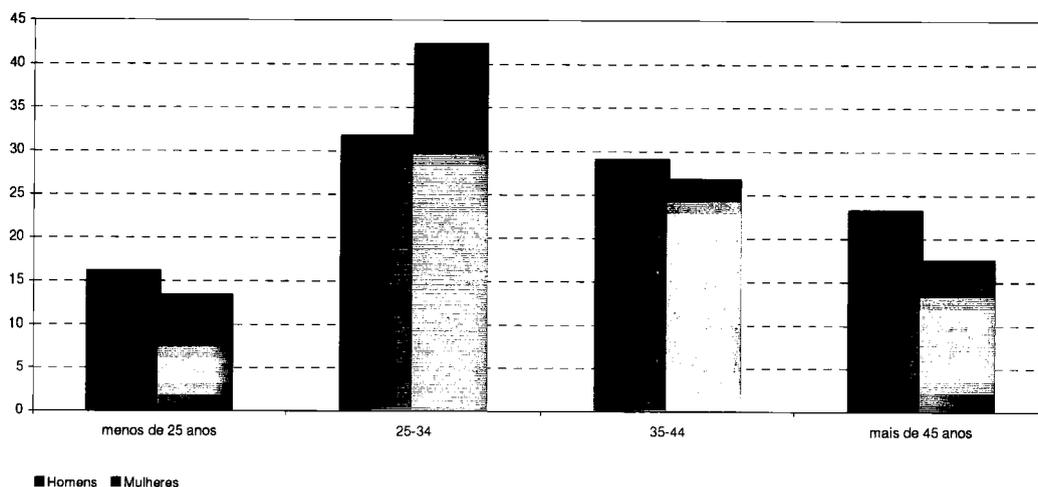
<b>Sexo</b>	<b>Número de trabalhadores</b>
Masculino	187 (56,8%)
Feminino	142 (43,3%)
<b>Total</b>	<b>329 (100%)</b>

As diferenças de género encontradas na nossa amostra não reflectem, claramente, a forte presença da mão-de-obra feminina neste sector (DETEFP, 2002a), o que se explica, em grande parte, pela maior dificuldade na realização das entrevistas já que, dadas as características do seu trabalho e os fortes constrangimentos da organização do trabalho a que estão sujeitas, tinham mais dificuldade em ausentar-se no seu posto de trabalho do que os homens.<sup>53</sup>

A distribuição das idades apresentada no gráfico 18 revela que é no grupo etário dos 25 aos 34 anos de idade que encontramos uma percentagem mais elevada de trabalhadores quer do sexo masculino quer do sexo feminino. À semelhança dos dados dos QP/99 (DETEFP, 2002a), 31,7% (nos homens) e 42,3% (nas mulheres) dos trabalhadores da amostra pertencem a um grupo etário ainda jovem. Contudo, a idade média de início da actividade profissional para ambos os sexos é de 14 anos de idade, o que significa que já possuem, em média, uma experiência e uma vivência de trabalho de entre 10 a 20 anos.

<sup>53</sup> Estes constrangimentos foram mais visíveis na actividade de confecção que, pelos fortes condicionamentos de tempo associados à organização do trabalho, dificultavam a realização das entrevistas. Contudo, é precisamente nesta área da ITV que se encontram maioritariamente as mulheres (FESETE, 1999).

Gráfico 18: Distribuição da amostra por grupo etário e género



Esta análise sugere, igualmente, a clara diminuição das mulheres no sector com a evolução da idade, o que poderá ser revelador de algumas dificuldades na manutenção do posto de trabalho com o avanço da idade associadas à manifestação de alguns problemas de saúde resultantes da acumulação dos efeitos de alguns constrangimentos de trabalho próprios do seu percurso profissional, frequentemente iniciado, como já se referir, aos 14 anos de idade.

De resto, a repartição da amostra por área de actividade e género (quadro 6) confirma que existem áreas predominantemente ocupadas por homens, designadamente a *fiação*, a *tecelagem*, a *tinturaria* e *acabamentos* e a *manutenção* e, pelo inverso, áreas predominantemente ocupadas por mulheres, nomeadamente a *confeção* e a *revista*.

Quadro 6: Distribuição da amostra por área de actividade e género

Área de actividade	Masculino		Feminino		Total	
	Nº sujeitos	%	Nº sujeitos	%	Nº sujeitos	%
Fiação	19	10,2	1	0,7	20	6,1
Tecelagem	42	22,5	14	9,9	56	17,0
Confecção	8	4,3	64	45,1	72	21,9
Tinturaria e Acabamentos	43	23,0	4	2,8	47	14,3
Revista	5	2,7	19	13,4	24	7,3
Armazém e Embalamento	19	10,2	15	10,6	34	10,3
Manutenção	25	13,4	1	0,7	26	7,9
Outros	26	13,9	24	16,9	50	15,2
<b>Total</b>	<b>187</b>	<b>100</b>	<b>142</b>	<b>100</b>	<b>329</b>	<b>29,7</b>

Estas diferenças costumam estar relacionadas com o tipo de trabalho desenvolvido, sendo a confecção e a revista frequentemente designadas como “tipicamente femininas”, já que por um lado, exigem aptidões tidas como mais “femininas” - como é o caso da destreza e agilidade manual - e, por outro lado, prolongam a experiência adquirida na esfera doméstica e familiar (FESETE, 1999).

Em termos de antiguidade na função actual, constatou-se, através do quadro 7, que a distribuição é bastante heterogénea. Embora cerca de 25,7% dos sujeitos se situem no intervalo entre os 2 e os 5 anos de antiguidade, verificamos que os valores sofrem grandes oscilações, assumindo valores de 12,9% quando a antiguidade é superior a 20 anos.

Quadro 7: Distribuição da amostra em função da antiguidade na função (em percentagem)

Antiguidade na Função	Percentagem de Trabalhadores
< 2 anos	15,4%
[2, 5[ anos	25,7%
[5, 10[ anos	16,9%
[10, 15[ anos	23,6%
[15, 19[ anos	5,5%
≥ 20 anos	12,9%
<b>Total</b>	<b>100%</b>

Ao reflectir nestes valores constata-se que a manutenção dos postos de trabalho não é regular, indicando que, se há trabalhadores que mantêm as suas funções há mais de 20 anos, há, por outro lado, outro grupo de trabalhadores (41.1%) cuja experiência na função é inferior a 5 anos. Estes valores parecem indicar que, em certos postos de trabalho, as normas de produção e as condições de trabalho a partir de um certo período, se tornam insustentáveis levando os trabalhadores a mudar de função, embora outras análises mais exaustivas merecessem ser realizadas.

Ao nível das habilitações (quadro 8) a maior parte dos trabalhadores possui ou o 1º ciclo do ensino básico (37,2%) ou o 2º ciclo do ensino básico (39%) sendo, portanto, nestes níveis de escolaridade que se concentra a maioria dos trabalhadores, o que é também revelado pelas estatísticas dos QP/99 (DETEFP, 2002a).

Quadro 8: Distribuição da amostra em função do nível de habilitações literárias (em percentagem)

Habilitações Literárias	Percentagem de Trabalhadores
Inferior ao 1º ciclo do ensino básico	3,1%
1º ciclo do ensino básico	37,2%
2º ciclo do ensino básico	39,0%
3º ciclo do ensino básico	11,3%
11º ano	1,5%
12º ano	7,9%
Total	100,0%

Estas primeiras descrições da amostra permitiram não só situar as características sócio-demográficas dos trabalhadores como sustentar uma reflexão mais contextualizada das características e das condições de realização do trabalho no sector da ITV. Convém, agora, desenhar as grandes tendências em termos do estado de saúde dos sujeitos inquiridos.

#### 4. Das características do trabalho à avaliação do estado de saúde

Nesta análise, o principal objectivo é o de salientar os aspectos mais frequentemente assinalados pelos trabalhadores da amostra. É de lembrar que a recolha de dados efectuou-se em contexto de entrevista individual, possibilitando ao trabalhador explicitar com mais precisão as características do

seu trabalho e, ao investigador, compreender as suas respostas e comentários complementando-as com o conhecimento da realidade de trabalho adquirida anteriormente<sup>54</sup>.

Nos dados apresentados a seguir são descritas as principais características do trabalho desenvolvidas na ITV, procurando reflectir ainda sobre os resultados, tendo em conta os dados estatísticos (DETEFP, 2003b) do sector, já referidos<sup>55</sup>.

#### **4.1. O tempo de trabalho**

O tempo de trabalho é maioritariamente (64.1%) organizado sob a forma de trabalho por turnos em horário fixo<sup>56</sup> abrangendo, de uma maneira geral, todos os trabalhadores da ITV, apesar de 12.2% referir que, actualmente, não pratica este tipo de horário mas tendo feito no passado.

Por outro lado, e mesmo se para a maioria dos trabalhadores, o horário de trabalho não tem sido superior a 48 horas, cerca de 20% possui uma segunda actividade profissional, sobretudo os homens (29.4%). Pelo contrário, são as mulheres que dedicam mais tempo às actividades domésticas e familiares (cerca de 78.8% dedicam 3 ou mais horas diárias) comparativamente com os homens (8.6%).

#### **4.2. Os constrangimentos físicos do trabalho**

A análise dos constrangimentos físicos (gráfico 19) a que está sujeita uma parte significativa dos trabalhadores da ITV vem confirmar e reforçar o carácter penoso da grande maioria das actividades desenvolvidas neste sector.

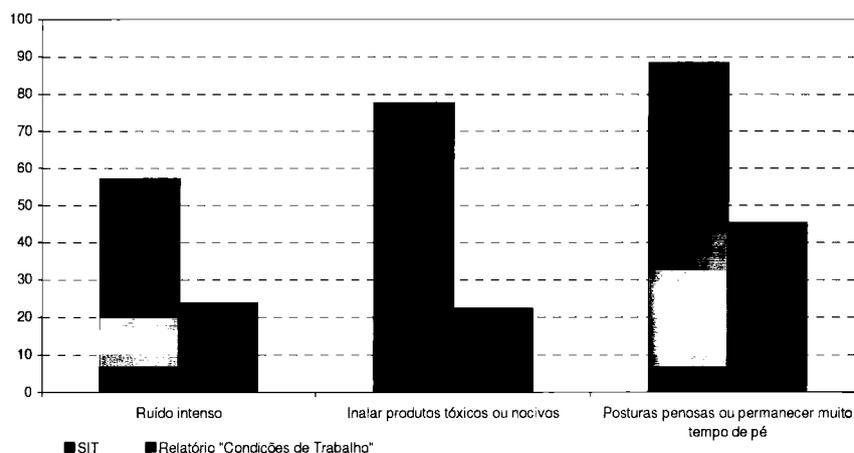
---

<sup>54</sup> O conhecimento da realidade de trabalho só foi possível através das visitas e caracterização das empresas participantes e pelas observações e verbalizações desenvolvidas em contexto real de trabalho.

<sup>55</sup> Dados analisados no capítulo II (ponto 2.1.) a partir das informações disponibilizadas pelo DETEFP (2003b) referentes a análise das condições de trabalho na ITV.

<sup>56</sup> Geralmente distribuídos em três turnos fixos nos seguintes horários: 6h-14h; 14h-22h e 22h-6h.

Gráfico 19: Exposição aos constrangimentos físicos, dados comparativos do SIT e do Relatório das “Condições de Trabalho” (em percentagem)



Fonte: SIT (2001) e DETEFP (2003b)

Os resultados do SIT (quadro 9), ao integrarem a exposição actual e passada dos constrangimentos físicos, realçam de forma clara e incontestável a importância destes factores no dia-a-dia da maior parte dos trabalhadores têxteis, surgindo no entanto algumas diferenças entre homens e mulheres, sendo que, de uma maneira global, a situação parece mais desfavorável para os homens, designadamente na exposição ao ruído ( $p=.000$ ), às poeiras ( $p=.027$ ) e à elevação de cargas pesadas ou a esforços físicos intensos ( $p=.000$ ). Já a execução de um trabalho que obriga a posturas penosas e cansativas é referida sobretudo pelas mulheres (embora as diferenças encontradas não atinjam os valores de significância,  $p=.061$ ), nomeadamente na área da confecção, onde a sua presença é, de facto, maioritária.

Quadro 9: Exposição aos constrangimentos físicos do trabalho actual e passado segundo o género (em percentagem)

Exposição aos constrangimentos físicos do trabalho actual e passado	Sim, actualmente		Não actualmente mas sim no passado		Total	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Barulho intenso	57.8	26.1	12.8	12.7	<b>70.6</b>	38.8
Exposição a poeiras e gases	66.3	55.6	16.6	14.8	<b>82.9</b>	70.4
Trabalho que obriga a posturas penosas ou cansativas	70.6	78.9	12.3	4.9	<b>82.9</b>	<b>83.8</b>
Trabalho que obriga a carregar cargas pesadas ou a esforços físicos intensos	54.5	32.4	17.6	13.4	<b>72.1</b>	45.8

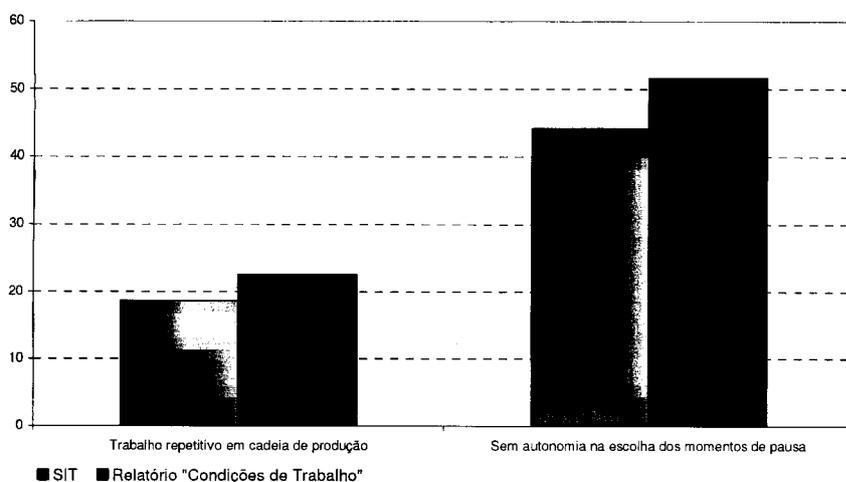
Fonte: SIT (2001)

Convém também sublinhar que, como já foi referido, estes constrangimentos parecem acompanhar os trabalhadores ao longo de todo o seu percurso profissional e até à reforma, com a excepção do trabalho que obriga a posturas penosas ou cansativas que, embora não apresente diferenças significativas, diminui com a evolução da idade, sendo, por isso, os trabalhadores mais novos (com idade inferior a 25 anos de idade) que o asseguram com mais frequência.

### 4.3. Os constrangimentos da organização do trabalho

Os dados comparativos do SIT e do Relatório sobre as Condições de Trabalho (DETEFP, 2001a) apresentam valores semelhantes (gráfico 20) no que diz respeito aos constrangimentos da organização do trabalho, traduzidos pela dificuldade em escolher os momentos de pausa. Este indicador, associado à execução de um trabalho repetitivo em cadeia, explica a impossibilidade de muitos trabalhadores se ausentarem dos seus postos de trabalho, mesmo que apenas por breves momentos.

Gráfico 20: Exposição aos constrangimentos da organização do trabalho, dados comparativos do SIT e do Relatório das “Condições de Trabalho” (em percentagem)



Fonte: SIT (2001) e DETEFP (2003b)

Na análise das diferenças de género (através do SIT) verifica-se que são sobretudo as mulheres que estão sujeitas a este tipo de situações, nomeadamente na referência que fazem ao trabalho repetitivo com constrangimento de tempo e a impossibilidade de escolher os momentos das pausas de trabalho (quadro 10): notar-se-á que as diferenças encontradas, nestes dois factores, revelaram-se altamente significativas ( $p=.000$ ), reforçando o diagnóstico de que esses condicionalismos organizacionais caracterizam sobretudo o trabalho actual e, também, o trabalho passado das mulheres.

Quadro 10: Exposição aos constrangimentos da organização do trabalho actual e passado segundo o género (em percentagem)

Exposição aos constrangimentos físicos do trabalho actual e passado	Sim, actualmente		Não actualmente mas sim no passado		Total	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Trabalho repetitivo com constrangimento de tempo <sup>57</sup>	0.5	18.3	9.1	12.0	9.6	30.3
É-lhe permitido escolher os momentos em que faz as suas pausas de trabalho	77.7	27.2		*	77.7	27.2
A maneira como trabalha é escolhida por si	62.0	66.9		*	62.0	66.9
Os meios que dispõe permitem-lhe executar um trabalho de boa qualidade	74.8	81.0		*	74.8	81.0

\* Valores não disponíveis

Fonte: SIT (2001)

De uma maneira geral, e conforme resulta da análise dos dados do SIT em função da idade, os constrangimentos da organização do trabalho são, sobretudo, referidos pelos trabalhadores mais novos: apesar de as diferenças encontradas não serem significativas, a sua referência é mais frequente nas respostas dos trabalhadores mais novos, decrescendo ao longo da idade e, a partir dos 45 anos de idade, apenas 1.5% dos sujeitos dizem exercer a sua actividade em postos de trabalho com tal constrangimento. Além disso, são os trabalhadores mais novos os que menos possibilidade têm de escolher os momentos de pausa, traduzindo-se de forma significativa ( $p=.015$ ) um aumento, desta possibilidade, com a idade.

<sup>57</sup> Só foi considerado trabalho repetitivo com constrangimento de tempo, o trabalho desenvolvido em cadeia de produção.

Contudo, e se no conjunto das características de trabalho descritas, o trabalho é avaliado pela maioria dos trabalhadores (82,1%) como satisfatório ou muito satisfatório, só 11,3% dos trabalhadores referiram que gostariam que os seus filhos realizassem o seu trabalho enquanto 88,7% desejam um futuro diferente para os seus filhos. Nas análises dos resultados dos inquéritos ESTEV e VISAT este tem sido um indicador privilegiado por parecer corresponder melhor ao balanço global de cada inquirido em relação ao que pensam poder pretender da vida profissional (Marquié & Volkoff, 2000).

Importa agora considerar quais são os principais problemas de saúde detectados nos sujeitos da amostra.

#### 4.4. Os principais problemas de saúde

A reflexão até agora desenvolvida leva, obviamente, a avançar a hipótese que o trabalho desenvolvido na indústria Têxtil e do Vestuário é caracterizado por um conjunto diversificado de actividades que, realizadas sob determinadas condições de trabalho, podem induzir ou reforçar certos desequilíbrios psico-fisiológicos.

Assim, numa primeira análise global, entre os principais problemas de saúde dos sujeitos inquiridos (quadro 11) referem-se:

Quadro 11: Principais problemas de saúde actuais e passados que afectam ou afectaram os trabalhadores (em percentagem)

Principais problemas de saúde actuais e passados <sup>58</sup>	Percentagem
Doenças do sistema osteoarticular e muscular	16.4
Doenças do aparelho digestivo	15.9
Doenças do aparelho cardiovascular	11.7
Doenças do aparelho respiratório	11.2
Doenças do sistema nervoso	7.5
Doenças de Otorrinolaringologia (ORL)	6.7
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	6,0
Pele e anexos	5.0

Fonte: SIT (2001)

<sup>58</sup> É de salientar que os valores apresentados se referem aos problemas de saúde mais importantes para cada um dos sujeitos (resposta à questão nº2 do II Questionário do SIT).

A maior parte dos trabalhadores estão expostos a poeiras, a gases e ao barulho o que parece estar relacionado com as doenças ao nível do aparelho respiratório (11.2%) e ao nível das doenças de Otorrinolaringologia (6.7%) (além das doenças do ORL identificadas pelos médicos, cerca de 18,3% dos trabalhadores referem alterações ao nível da audição). Contudo, estes problemas de saúde são, também, mais frequentes nos homens e ao nível das doenças de ORL, os problemas agravam-se com a evolução da idade.

Para além destas características, a grande maioria das actividades obriga a fortes constrangimentos posturais e a um elevado esforço físico que poderá conduzir ao aparecimento de doenças do sistema osteoarticular e muscular (16.4%) que atingem sobretudo os homens (cerca do dobro, comparativamente com as mulheres) e as doenças do aparelho cardiovascular (11.7%) que parecem atingir preferencialmente as mulheres.

As doenças do sistema nervoso (7.5%) poderão estar relacionadas com todo este conjunto de constrangimentos, agravados pelo facto de grande parte das actividades de trabalho implicarem a realização de um conjunto de tarefas pouco variadas sob ritmos de trabalho elevados em modelos de organização do trabalho pouco flexíveis, o que é mais característico no trabalho das mulheres. De facto e, ao contrário dos outros problemas de saúde, as doenças do sistema nervoso parecem atingir sobretudo as mulheres (cerca de 9%) reflectindo-se, também, na maior frequência de enxaquecas e depressões. É sobretudo nos grupos etários mais novos (com idade inferior a 25 anos de idade) e nos mais velhos (com idade superior 44 anos de idade) que a frequência destes problemas é mais intensa, podendo estar relacionada, por um lado, com a difícil adaptação dos trabalhadores mais novos às exigências e ao ritmo da produção e, por outro lado, com os efeitos da acumulação de diversos constrangimentos do trabalho actual e passado nos trabalhadores mais velhos.

#### **4.5. E os aspectos menos visíveis?**

Tradicionalmente, as análises em termos de saúde no trabalho têm-se desenvolvido exclusivamente no âmbito do contexto médico em que se procura,

sobretudo, estabelecer relações entre uma determinada doença e a exposição a determinado risco. Contudo, e se é relativamente consensual que determinadas condições de trabalho (como a exposição ao barulho intenso e a exposição a poeiras e gases) podem ter um impacto significativo na saúde dos trabalhadores, tal como já foi referido é importante alargar esta análise a outros problemas e dificuldades que, menos visíveis e mais difíceis de relacionar com o trabalho, podem ser vividos de forma penosa no dia-a-dia de trabalho e contribuir para o desgaste físico e psicológico dos trabalhadores.

Tem sido com este espírito que se adoptou um conceito de saúde mais abrangente que não se reduz à simples ausência de doença e que, em termos metodológicos, obriga a ter em conta além da opinião do médico a do próprio sujeito, designadamente

as perturbações, as dores, o consumo de medicamentos, as queixas, as dificuldades, as limitações, interessando-se por eles mesmos, independentemente do diagnóstico, complexo e incerto, ao qual estes «sinais» poderão estar associados. Eles designam aspectos do estado de saúde, sensações de bem-estar ou de mal-estar que o trabalho pode reforçar ou atenuar... (Molinié & Volkoff, 2002, p.54, tradução livre)

De facto, os indicadores mais tradicionais, embora fundamentais, não são suficientes para traduzir a realidade complexa que envolve as relações entre saúde e trabalho, mascarando determinadas dificuldades do indivíduo que só a partir da utilização de outros indicadores (de saúde) é que se poderão tornar visíveis.

No Inquérito SIT foram, por isso, incluídos outros indicadores, designadamente, um conjunto de itens relativos às dificuldades sentidas no trabalho e o Perfil de Saúde Percebida de Nottingham (NHP).

A análise mais aprofundada destes indicadores permitirá destacar outras relações entre a saúde e o trabalho que, embora não refiram situações patológicas, perturbam o bem-estar dos trabalhadores e dificultam a sua vivência do dia-a-dia.

## 5. Relações e variações na saúde no trabalho

### 5.1. Variações nas dificuldades sentidas no trabalho

A sistematização das principais características do trabalho permitiu obter um primeiro retrato daquelas que parecem ser mais frequentes. Contudo, a análise das principais dificuldades sentidas no trabalho abre efectivamente uma perspectiva diferente, evocando uma dimensão mais pessoal e vivida, centrada no sujeito.

Os trabalhadores inquiridos relacionam as suas principais dificuldades (quadro 12) com o uso do seu corpo no trabalho (55.8%) e com um ambiente ruidoso (34%). Mas a presença de riscos 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 & Guiho-Bailly, 1996).

Quadro 12: Principais dificuldades sentidas pelos trabalhadores no seu trabalho actual (em percentagem)

<b>Principais dificuldades sentidas no trabalho<sup>59</sup></b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não aplicável</b>
Fazer grandes esforços físicos, permanecer muito tempo de pé, adoptar ou manter posições desconfortáveis	<b>55.8</b>	41.2	3
Trabalhar com barulho	<b>34.0</b>	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...)	<b>25.2</b>	69.9	4.9
Ser obrigado a fazer várias coisas ao mesmo tempo	20.1	69,3	10.6

Fonte: SIT (2001)

É ainda de referir, sempre relacionando com a organização do trabalho, a percentagem relativamente importante dos que referem dificuldades por serem

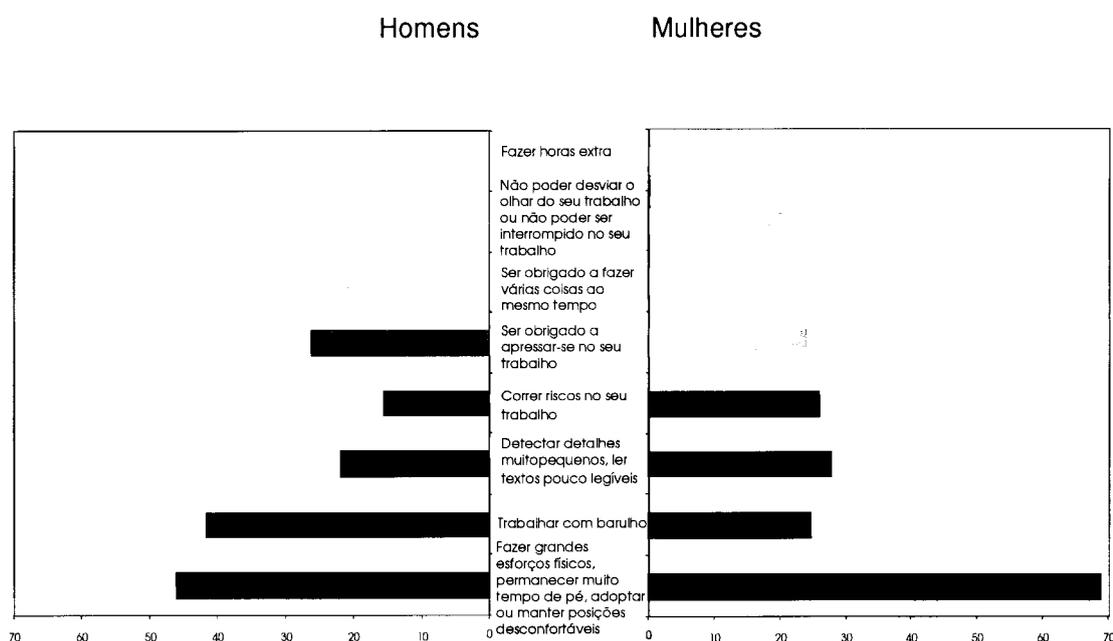
<sup>59</sup> A selecção dos itens apresentados no quadro teve como critério uma frequência de pelo menos 20%. No quadro estão assinaladas as características de trabalho mais frequentemente percebidas como fonte de dificuldade (em que pelo menos 20% dos sujeitos assinalou positivamente). A alternativa 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.

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.

### 5.1.1. Relações entre o trabalho, as dificuldades sentidas e o género

As dificuldades no trabalho são referidas de maneira diferente pelos homens e pelas mulheres (gráfico 21) o que parece estar, também, relacionado com as diferenças de actividade de trabalho que, maioritariamente, desenvolvem.

Gráfico 21: Principais diferenças nas dificuldades sentidas no trabalho segundo o género



Fonte: SIT (2001)

São as mulheres que referem ter mais dificuldade em fazer grandes esforços físicos, permanecer muito tempo de pé, adoptar ou manter posições desconfortáveis ( $p=.000$ ), o que parece estar de acordo com o seu trabalho, já que incide sobretudo na realização de actividades na área da confecção e da revista que, pelas observações realizadas, se constatou tratar-se efectivamente de actividades que obrigam a esforços físicos e posturas penosas (carga física

estática elevada) assim como a um elevado grau de concentração durante períodos de tempo prolongados, o que também pode estar relacionado com as dificuldades sentidas em detectar detalhes muito pequenos, ler textos pouco legíveis, não poder desviar o olhar do seu trabalho ou não poder ser interrompida no seu trabalho – conjunto de factores associado a elevados ritmos de produção e a um forte controlo e vigilância (sobretudo na confecção). O quadro geral é, então, propício ao desenvolvimento deste conjunto de dificuldades.

Na realidade, as mulheres (da amostra) que realizam um trabalho que obriga a posturas penosas e cansativas têm uma probabilidade 16 vezes mais elevada ( $OR^{60}=16.4$ ;  $p=.000$ ), de relatarem dificuldades em realizar esforços físicos e em adoptarem posturas desconfortáveis comparadas com as que nunca realizaram um trabalho com estas características.

Quanto aos homens, ao contrário das mulheres, é a dificuldade em trabalhar com o barulho que prevalece (41.5%,  $p=.007$ ), o que se pode igualmente relacionar com a actividade de trabalho que, para além de exigir, em geral, um grande esforço físico é realizada num ambiente caracterizado por um barulho intenso e permanente (57.8% comparativamente com 26.1% das mulheres).

De facto, os homens têm uma probabilidade duas vezes superior ( $OR=2.0$ ;  $p=.012$ ) às mulheres de relatarem dificuldades em trabalhar com barulho e esses resultados são congruentes com o facto dos homens revelarem mais doenças do ORL (8.2% comparativamente com 5.1% nas mulheres) e mais alterações auditivas (26.5% comparativamente com 7,1% nas mulheres).

Todavia, a atenção que se pode atribuir às variações destes dados em função do género não pode mascarar que os homens apresentam também dificuldades em fazer grandes esforços físicos, permanecer muito tempo de pé, adoptar ou manter posições desconfortáveis (46%). E, de facto, comparativamente com as mulheres, foi identificada nos homens uma maior frequência de doenças do sistema osteoarticular e muscular (quadro 11) que parecem estar associadas a uma actividade de trabalho que obriga a carregar cargas pesadas e a realizar esforços físicos intensos.

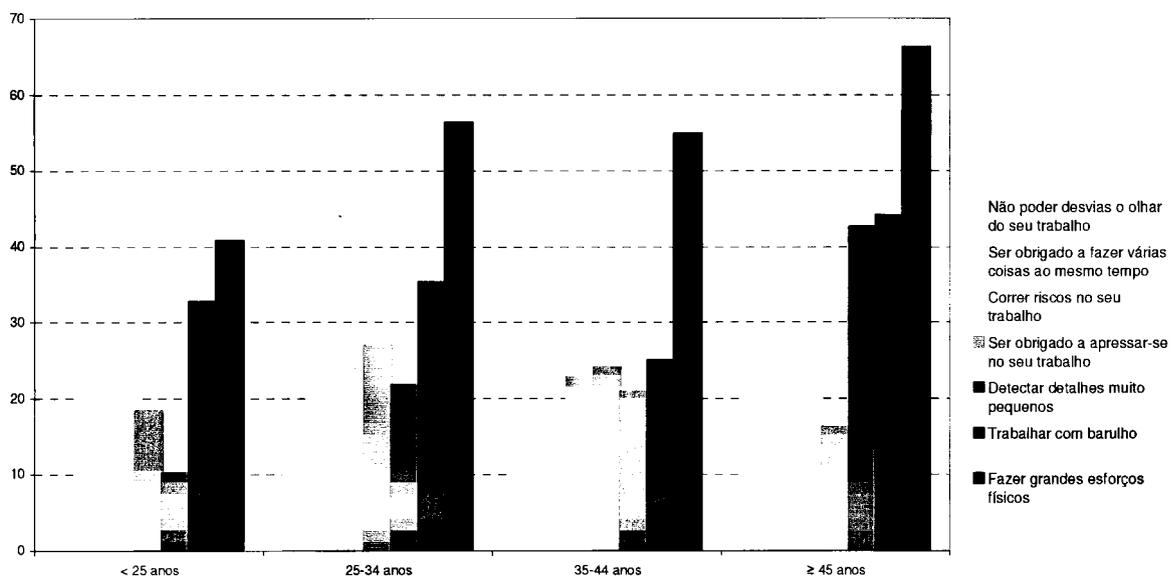
---

<sup>60</sup> Ver, neste capítulo, página 94.

### 5.1.2. Relações entre o trabalho, as dificuldades sentidas e a idade

As dificuldades sentidas no trabalho apresentam também algumas variações com a idade, apesar das diferenças encontradas não predizerem um aumento linear das dificuldades com o avanço da idade (figura 22).

Gráfico 22: Principais diferenças nas dificuldades sentidas no trabalho segundo a idade



Fonte: SIT (2001)

Apesar de terem sido apenas encontradas diferenças significativas relativamente à dificuldade em “trabalhar com barulho” ( $p=.006$ ) e em “detectar detalhes muito pequenos, ler textos pouco legíveis” ( $p=.001$ ), de facto, são os trabalhadores mais velhos que sentem mais dificuldade em trabalhar com o barulho (44.1%), em detectar detalhes muito pequenos (42.6%) e em fazer grandes esforços físicos (66.2%).

Contudo a evolução destas dificuldades caracteriza-se por uma variabilidade importante: há um aumento na faixa etária dos 25-34 anos de idade que decresce no grupo dos 35-44 anos de idade (sendo no caso da dificuldade “trabalhar com o barulho” bastante acentuada) para aumentar, de novo, no grupo etário mais velho. Qual a razão destas diferenças?

Obviamente, tratando-se de uma análise transversal e não longitudinal há que considerar os diferentes subgrupos em questão enquanto *cohorte* não

necessariamente submetidos na sua história profissional às mesmas situações de trabalho. Mas, mesmo assim, não se pode deixar de referir aqui os estudos (Teiger, 1995) que já demonstraram a emergência, com a idade, de estratégias que, adquiridas com a experiência e os saberes acumulados, ajudam o trabalhador “mais velho” a fazer face aos constrangimentos impostos pelo trabalho que por isso deixam de ser percebidos como dificuldades.

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 13).

Quadro 13: Dificuldade em “fazer grandes esforços físicos, permanecer muito tempo de pé, adoptar ou manter posições desconfortáveis

		OR	[ 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

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 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 relatarem 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.

## **5.2. Variações na 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, como já foi dito, ao Perfil de Saúde de Nottingham (NHP) que é considerado, segundo a literatura (VISAT, 1994; Derriennic, Touranchet, & 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 14), pode-se desde já sublinhar a elevada frequência das respostas<sup>61</sup>, particularmente as *reações emocionais*.

Quadro 14: Análise das dimensões de saúde do NHP<sup>62</sup> (em percentagem)

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

Fonte: SIT (2001)

Na verdade, as *reações 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.

Contudo, a percepção do estado de saúde apresenta variações que, analisadas sob o ponto de vista das diferenças de género e de idade, permitem dar outros passos na compreensão das características da amostra.

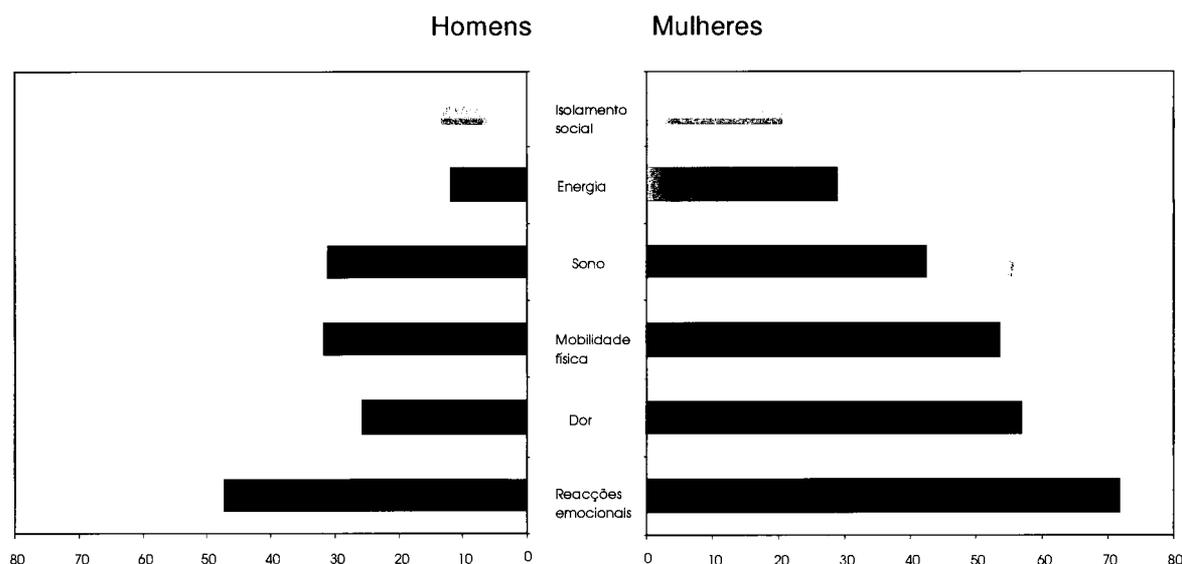
<sup>61</sup> Que comparativamente com os estudos realizados em França (Derriennic, Touranchet, & Volkoff, 1996; Cassou et al., 2001) com as mesmas normas de tratamento de dados - “Pelo menos uma queixa” ou “Nenhuma queixa” - se mostram, de uma maneira geral, bem mais elevados.

<sup>62</sup> Correspondência das dimensões de saúde aos itens do NHP – Energia: 1, 12, 26, Dores: 2, 4, 8, 19, 24, 28, 36, 38; Reacções Emocionais: 3, 6, 7, 16, 20, 23, 31, 32, 37; Sono: 5, 13, 22, 29, 33; Isolamento Social: 9, 15, 21, 30, 34; Mobilidade Física: 10, 11, 14, 17, 18, 25, 27, 35.

### 5.2.1. Relações entre o trabalho, a percepção da saúde e o género

Na análise das diferenças em função do género constata-se que são as mulheres que apresentam um estado de saúde mais fragilizado em todas as dimensões do NHP (gráfico 23).

Gráfico 23: Diferenças no Perfil de Saúde de Nottingham segundo o género



Fonte: SIT (2001)

Além da referência às *reações emocionais* constituir a dimensão mais sensível para todos, as diferenças encontradas entre os homens e as mulheres são altamente significativas ( $p=.000$ ), sendo as mulheres que apresentam mais queixas (71.8% comparativamente com 47.1% nos homens). Este valor, bastante elevado, poderá estar relacionado não só com as exigências, o conteúdo e a organização do trabalho que habitualmente realizam mas provavelmente também com a dificuldade em conciliar a vida de trabalho com a vida fora do trabalho.

Estas divergências entre homens e mulheres na expressão do sofrimento psíquico não são específicas a este estudo; de facto, de forma muito regular, as mulheres mostram-se mais inclinadas a exprimirem um mal-estar emocional:

Várias interpretações podem ser referidas: a primeira, “naturalista”, menciona uma maior fragilidade psíquica das mulheres; mas as duas outras hipóteses parecem-nos mais adequadas: por um lado, uma maior tendência dos homens em negar o sofrimento psíquico e, por outro lado, uma maior dificuldade das mulheres em conseguirem um reconhecimento pelo trabalho realizado. (...) Além disso, não pertencer ao pessoal de chefia, não ter um trabalho variado, nem um trabalho que permita aprender, parecem corresponder a factores de sofrimento psíquico mais frequentemente expressos pelas

mulheres. Mas não serão esses factores mais frequentemente característicos nas suas situações de trabalho? (Bidron, Derriennic, Dubre, Gasseau & Guiho-Bailly, 1996, p.241, tradução livre)

Efectivamente, várias pesquisas sociológicas (Hirata & Senotier, 1996. Krzeslo, 1998) já realizaram quanto a divisão do trabalho acaba por, não raras vezes, atribuir às mulheres funções e tarefas que justificam as queixas que a partir daí vão emitindo.

Todavia este tipo de olhar sobre o trabalho feminino não pode deixar na sombra os riscos a que estão expostos os trabalhadores masculinos.

Esta vigilância interpretativa tem que ser convocada, por exemplo, quando se pretende compreender as diferenças encontradas na *mobilidade física* ( $p=.000$ ) e na *dor* ( $p=.000$ ), já que aqui também, as queixas das mulheres são mais numerosas – embora, como tem sido sublinhado, os homens padeçam de uma maior frequência de doenças do sistema osteoarticular e muscular.

Na realidade se os homens provavelmente negam mais facilmente qualquer tipo de sofrimento, por outro lado, as mulheres vivenciam, acrescidas às condições de trabalho, os efeitos do desempenho das suas actividades domésticas<sup>63</sup>.

De facto, a especificidade desta dupla jornada de trabalho das trabalhadoras da amostra contribui igualmente para que sejam também as mulheres que, na dimensão *energia*, exprimam um cansaço generalizado e uma falta de energia permanente ( $p=.000$ ) e refiram ainda distúrbios e as alterações no *sono* – necessitando por vezes de ajuda medicamentosa.

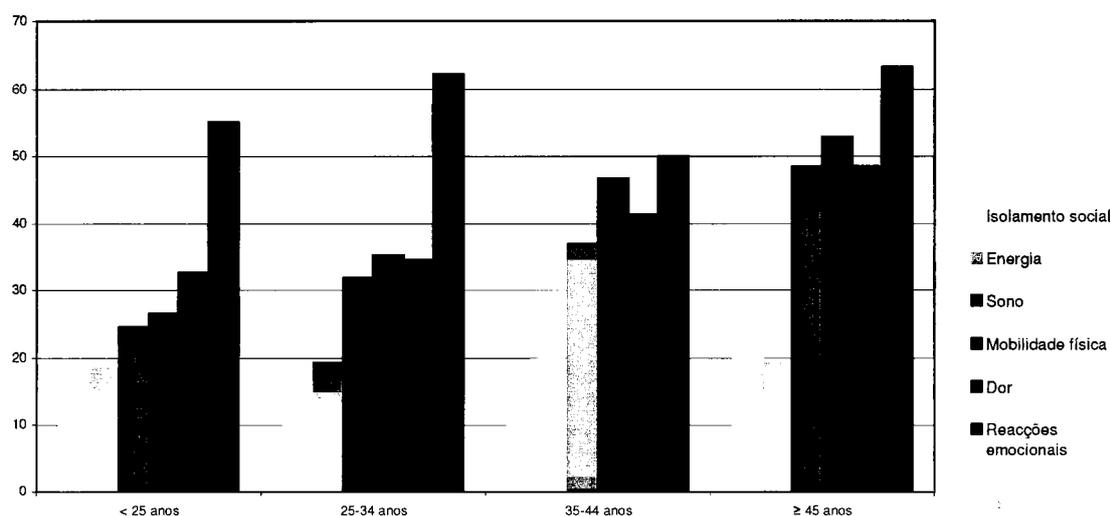
### **5.2.2. Relações entre o trabalho, a percepção da saúde e a idade**

De uma maneira geral a percepção do estado de saúde é mais desfavorável à medida que a idade aumenta (gráfico 24) e este resultado global não surpreende.

---

<sup>63</sup> Cerca de 60% das mulheres dedicam pelo menos 2 horas diárias de trabalho doméstico (comparativamente com 15% dos homens) - valores retirados do Questionário III – Questionário das Condições da Vida Fora do Trabalho.

Gráfico 24: Diferenças no Perfil de Saúde de Nottingham segundo a idade



Fonte: SIT (2001)

Uma análise mais atenta destes dados realça dois fenómenos que parecem desde já interessantes: o primeiro está relacionado com o facto de as diferenças entre os vários grupos etários parecerem particularmente associadas à *mobilidade física* ( $p=.011$ ); e o segundo resulta da importância e relativa constância nas referências às *reações emocionais*.

No que diz respeito às queixas na mobilidade física, a probabilidade de ocorrência de problemas a este nível aumenta com a idade: os trabalhadores do grupo etário dos 35-44 anos de idade têm uma probabilidade três vezes mais elevada ( $OR=2.5$ ;  $p=.021$ ) de se queixarem do que os trabalhadores mais novos e os trabalhadores mais velhos ( $\geq 45$  anos de idade) uma probabilidade três vezes superior ( $OR=3.4$  vezes mais;  $p=.003$ ) aos mais novos de apresentarem este problema.

Ou seja, parece que esta dimensão constitui o mais claro “marcador” do envelhecimento na ITV, tendo um maior peso na evolução da saúde com a idade, reflectindo-se numa maior dificuldade em permanecer em postos de trabalho que obrigam a posturas penosas ou cansativas.

Quanto à dimensão mais assinalada (*reações emocionais*) que não apresenta diferenças significativas com a idade, volta-se a constatar um comportamento que

parece próprio ao grupo etário dos 35-44 anos de idade: com efeito, se, de uma maneira geral há uma tendência em ver o número de queixas aumentarem com a idade, assistimos a uma “quebra” deste número no grupo etário dos 35-44 anos de idade, para depois voltar a aumentar a partir dos 45 anos de idade. Mais uma vez, as interpretações merecem aqui os cuidados já mencionados – contudo neste grupo etário os problemas parecem ser percebidos como menos problemáticos, podendo estar associados a determinados mecanismos de compensação e preservação do estado de saúde.

É precisamente no seguimento da hipótese de que as *reações emocionais* podiam ser relacionadas com determinadas condições de trabalho que se decidiu verificar o peso potencial da experiência de uma exposição ao barulho intenso (quadro 15).

Quadro 15: Perfil de Saúde de Nottingham (NHP): reações emocionais

		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

Fonte: SIT (2001)

Os trabalhadores que estão expostos actualmente ao “barulho intenso” têm maior probabilidade (OR=3.3; p=.000) de relatarem 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.

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 de 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 exigências 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.

## **6. Perspectivas e contradições nos discursos sobre saúde no trabalho**

As análises efectuadas a partir do SIT permitiram não só uma melhor identificação dos principais riscos profissionais do sector e dos principais problemas de saúde que afectam os seus trabalhadores mas, sobretudo, analisar as relações, menos

visíveis, entre determinados estados de saúde e de bem-estar e certas características do trabalho.

A atenção às relações menos visíveis entre a saúde e o trabalho abriu uma nova perspectiva, uma nova forma de olhar a saúde no trabalho, direccionada para uma abordagem centrada no trabalhador. A integração da perspectiva do trabalhador traduzida nas percepções, nas queixas e nos sentimentos acerca da sua saúde, possibilitou uma abordagem mais global e mais dinâmica das questões que levantam preocupação no contexto deste trabalho.

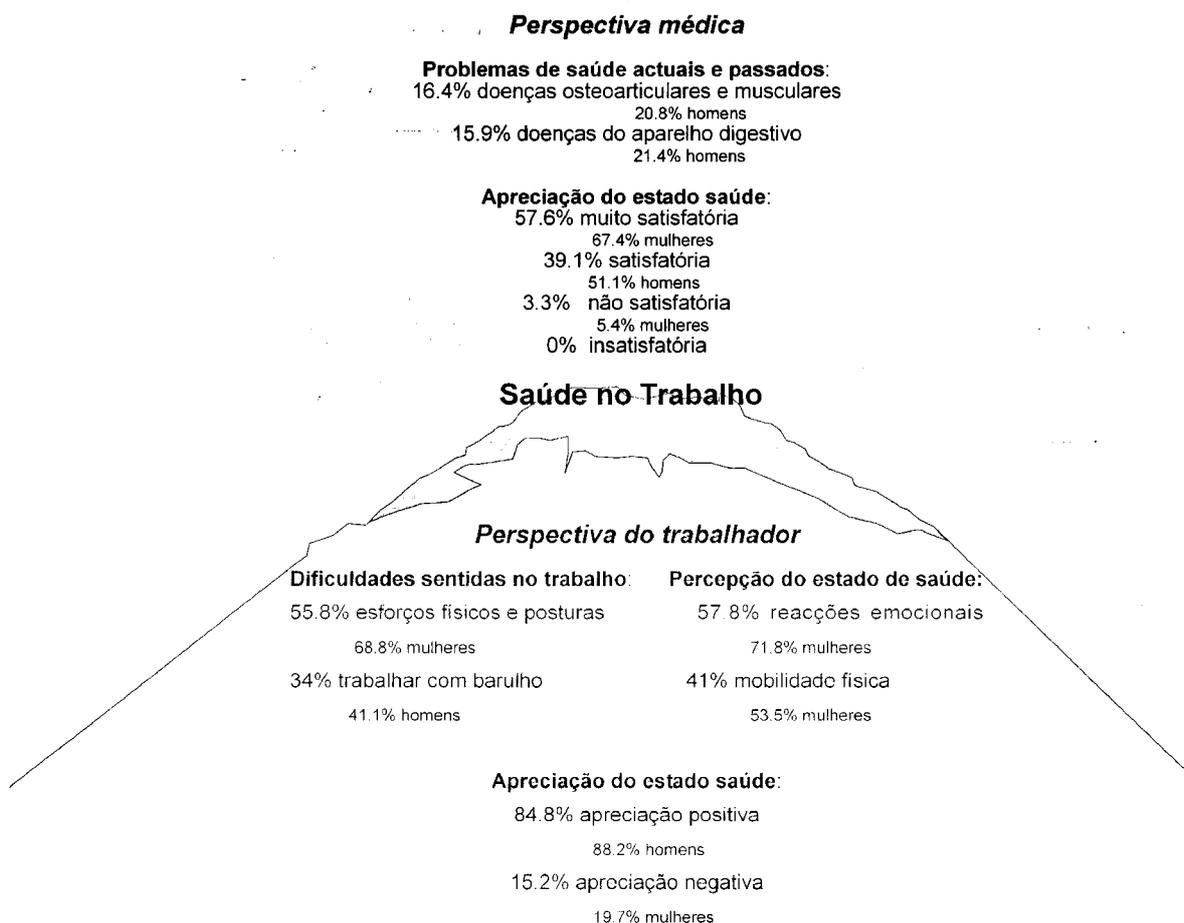
Recorre-se, assim, a uma metodologia de análise, não exclusivamente médica, que corresponde a uma outra forma de perspectivar a saúde no trabalho e que engloba todo o percurso profissional do trabalhador.

Quer isto dizer que se optou por contrapor ao saber medicalizado – produzido por um especialista, um perito, o médico – a perspectiva do trabalhador, embora menos visível, mas que se considera essencial para completar ou mesmo interpelar as análises e os diagnósticos emitidos, chamando a atenção para a necessidade de uma análise mais atenta às diferenças e variações das consequências do trabalho na saúde.

Deste modo, procurou-se realçar o balanço possível, graças ao SIT, desta confrontação das análises e dos diagnósticos emitidos pelo médicos, por um lado, e pelos trabalhadores por outro lado – integrando numa mesma abordagem o que constitui a análise dos médicos – em geral a única usufruindo de visibilidade – e a dos trabalhadores – que costuma manter-se invisível.

Procurou-se também modelizar a especificidade e a complexidade desta abordagem recorrendo à metáfora de um vulcão (figura 1):

Figura 1: Vulcão integrador dos principais resultados do SIT



Fonte: SIT (2001)

Assim sendo, que tipo de semelhanças e de contradições transparecem deste vulcão?

1. Os problemas de saúde mais frequentemente diagnosticados pelos médicos parecem estar relacionados com as doenças osteoarticulares e musculares (16.4%)<sup>64</sup> que, na perspectiva do trabalhador, traduzem-se nas dificuldades em realizar esforços físicos intensos e em assumir posturas penosas e cansativas (55.8%) assim como nas queixas expressas quanto à mobilidade física (41%). Notar-se-á aqui a proporção particularmente importante dos trabalhadores que

<sup>64</sup> As doenças do aparelho digestivo são também assinaladas pelos médicos (15.9%) não sendo, contudo, referidas pelos inquiridos da amostra.

referem problemas desta ordem – quando comparada com a avaliação dos médicos.

Além disso, apesar de as doenças osteoarticulares e musculares serem, na perspectiva médica, mais frequentes nos homens (20.8%), a dificuldade em realizar esforços físicos intensos e em assumir posturas penosas e cansativas é sobretudo referida pelas mulheres (68.8%).

2. Os dados relativos à exposição ao barulho intenso não deixam também de ser curiosos: trata-se de um dos riscos mais frequentes no sector que atinge cerca de metade dos trabalhadores (44.1%) em especial os homens (57.8%, quadro 9) mas que, sob o ponto de vista médico, se traduz, apenas, em 6.7% de doenças do ORL (quadro 11).

Contudo, a exposição ao barulho intenso é percebida por 34% dos trabalhadores como geradora de dificuldades sentidas no trabalho, sendo referida, sobretudo, pelos homens (41.1%, gráfico 21).

3. De uma maneira geral, a avaliação do estado de saúde dos trabalhadores é, na opinião do médico responsável, muito satisfatória e satisfatória para 96.7% dos trabalhadores, o que, em parte, é confirmado pelos próprios trabalhadores quando avaliam o seu estado de saúde<sup>65</sup> – 84.8% têm uma percepção positiva da sua saúde.

Ora, quer pela análise das dificuldades sentidas no trabalho quer pelos resultados obtidos no NHP, outros diagnósticos não deixam se transparecer os quais, de resto, são traduzidos pelo consumo regular de psicotrópicos (14.9%) referido pelos médicos.

4. As consequências do trabalho a nível psicológico traduzem-se, sobretudo, ao nível da percepção da saúde, mais concretamente nas reacções emocionais (57.8%). Como já foi referido, estes problemas parecem estar relacionados com determinadas características de trabalho, quer ao nível dos constrangimentos físicos quer ao nível dos constrangimentos da organização do trabalho que, em

---

<sup>65</sup> Esta variável corresponde à questão 25 do questionário 1 e foi analisada de forma contínua assumindo valores entre 1 e 10. Os valores próximos de 1 correspondem a percepções positivas e os valores próximos de 10 correspondem a percepções negativas. De forma a dicotomizar esta variável procedemos ao agrupamento dos valores que se encontrem no intervalo [1,5], expressando percepções positivas, e os valores que se encontrem no intervalo ]5, 10] traduzem percepções negativas.

certos casos, poderão explicar algumas doenças do sistema nervoso diagnosticadas pelos médicos para 7.5% dos sujeitos da amostra. É grande a distância entre o que vem a ser referido pelos trabalhadores e o que transparece na avaliação dos médicos. E a verdade é que, na maior parte das vezes, essas dificuldades manifestam-se de forma silenciosa.

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 & Volkoff, 2002) e provocam, pouco a pouco, um desgaste físico e psicológico sendo vividos, pelos trabalhadores, de forma dolorosa e penosa.

De facto, e se por um lado a *cratera do vulcão* (perspectiva médica) revela que, apesar de existirem alguns problemas de saúde associados às condições de trabalho actuais e passadas, o estado de saúde dos trabalhadores é bastante satisfatório (e por isso os seus problemas são pouco significativos), por outro lado, o *interior do vulcão* (perspectiva do trabalhador), povoado pela vastidão das condições e constrangimentos de trabalho, além de traduzir a verdadeira dimensão das consequências do trabalho na saúde assume formas peculiares, disfarçadamente adormecidas, mas que reflectem a diversidade e a variabilidade dos seus efeitos na saúde e no bem-estar dos trabalhadores.

As contradições emergentes dos seus discursos traduzem, em parte, o diálogo, nem sempre fácil, entre os trabalhadores, divididos entre a vontade de se *queixarem* e a de se manterem na *discrição das relações sociais* e os médicos do trabalho (Davezies, 2000), divididos entre o projecto de uma transformação das situações de trabalho e a prática habitual e consensual dos exames médicos obrigatórios.

Esta reflexão exige, nomeadamente, uma análise mais específica e aprofundada da perspectiva do trabalhador de forma a melhor compreender o que não é visível através dos resultados estatísticos.

## 7. Síntese

A análise das relações entre saúde e trabalho incidiu, sobretudo, na análise dos resultados do Inquérito SIT que contribuíram para a caracterização das condições de trabalho actuais e passadas de uma amostra de trabalhadores no sector ITV, sublinhando os efeitos não só das características físicas do trabalho mas, também, do conteúdo e da organização do trabalho no estado de saúde, realçando a importância dos *pequenos problemas de saúde* associados ao trabalho.

A análise das relações (menos visíveis) entre a saúde e o trabalho abre uma nova perspectiva, uma nova forma de olhar a saúde no trabalho, direccionada para uma abordagem centrada no trabalhador. A integração da perspectiva do trabalhador, traduzida nas percepções, nas queixas e nos sentimentos acerca da sua saúde, possibilita uma abordagem mais global e mais dinâmica da saúde no trabalho.

Recorrendo, como se irá ver, aos contributos da psicologia do trabalho e da ergonomia da actividade, a análise centrada na actividade de trabalho irá revelar-se fundamental na compreensão das estratégias e dos processos de regulação desenvolvidos pelos trabalhadores nas situações concretas de trabalho que, na realidade, revelam a procura, frequentemente silenciosa, de um equilíbrio frágil entre o cumprimento das normas de produção e a preservação da sua saúde no trabalho.

Procurando, assim, encontrar em cada indivíduo a especificidade que caracteriza as relações singulares entre a sua saúde e o seu trabalho e compreender as estratégias utilizadas na construção do seu bem-estar, assume-se claramente uma perspectiva mais construtivista da saúde (no trabalho) em que

o corpo vivo é, então, esta existência singular na qual a saúde exprime a qualidade dos poderes que o constituem, enquanto corpo que vive sob a imposição de tarefas, e por isso em contacto com um ambiente no qual, à partida, ele não tem escolha (Canguilhem, 2002a, p.58)

mas que acaba, por vezes, por criar o seu próprio espaço, o seu próprio *poder pensar e poder agir*, traduzido nas vivências e no significado dado ao trabalho.

É, na verdade, o que uma trabalhadora referiu da seguinte forma:

Ai, eu às vezes até canto... outras vezes até rezo, às vezes eu ando, começo a cantar e elas às vezes dão por ela, que eu ando a cantar e dizem, você hoje anda contente, anda a cantar, mas, sabe Deus, não andamos a cantar por andar contentes, às vezes é até para espalhar outras coisas, não é? Porque é assim, faz bem (comunicação pessoal, Fevereiro 19, 2002<sup>66</sup>).

---

<sup>66</sup> Excerto de uma entrevista individual realizada a uma tecedeira, desenvolvida no capítulo IV.



## **CAPÍTULO IV**

---

### **Preservação e construção da saúde no trabalho: processos de regulação**



O estudo dos processos de regulação da saúde no trabalho suscita uma reflexão que, centrada na perspectiva do trabalhador, pretende traduzir a variabilidade e a diversidade de comportamentos que resultam do confronto singular e permanente com o vivido na situação de trabalho.

Nesta perspectiva e retomando a dimensão subjectiva da saúde de Canguilhem (1999) sentir-se em boa saúde é sentir-se “mais do que normal, (...) capaz de perseguir as novas normas de vida” (p.132, tradução livre). A saúde traduz-se, assim, num poder agir sobre si e sobre o mundo que o rodeia (Clot, 1999a) que se concretiza na forma como cada um gere as suas vivências no contexto de trabalho (Davezies, 2002).

O objectivo deste capítulo é compreender os processos de regulação utilizados pelos trabalhadores na gestão e preservação da sua saúde, envolvendo, para isso, a compreensão dos seus modos de agir mas, também, os seus modos de pensar e de sentir que explicam e justificam os seus comportamentos, por vezes contraditórios, na prevenção e promoção da sua saúde no trabalho.

## **1. A regulação humana no trabalho**

### **1.1. Da variabilidade às regulações no trabalho: bases e princípios da regulação da actividade de trabalho**

O estudo dos aspectos qualitativos do comportamento do homem no trabalho marcou um período do desenvolvimento da psicologia do trabalho (Ombredane & Faverge, 1955; Faverge, Olivier, Delahaut, Stephaneck, & Falmagne, 1966; Faverge, 1967b; Leplat, 1975; Pacaud, 1975; Wisner 1975; estudos desenvolvidos no âmbito da CECA no início dos anos 60) que, em articulação com a afirmação do projecto da ergonomia, sublinharam a importância da diversidade interindividual encontrada nas situações de trabalho.

Após um período marcadamente orientado pela Psicologia Experimental (Bertelson & Mousty, 1982) e pela consolidação do Movimento da Psicotecnia (Huteau, 1996), a compreensão da especificidade do trabalho humano na situação concreta de trabalho (Ombredane & Faverge, 1955) veio realçar a

complexidade e a variabilidade dos comportamentos, dos modos operatórios e das estratégias utilizadas pelos trabalhadores no desenrolar da sua actividade de trabalho.

Este novo olhar sobre o trabalho humano que passou a definir uma nova abordagem para a psicologia do trabalho, ao centrar-se na análise dos processos cognitivos do ser humano face à complexidade técnico-organizacional de uma situação de trabalho, orientou as preocupações dos investigadores para a singularidade e a subjectividade dos processos de regulação, desenvolvidos em função das condições de trabalho e dos condicionalismos temporais impostos pelo sistema de produção (Lacomblez, 1997).

Esta análise dos aspectos menos visíveis da actividade de trabalho que Faverge (1966) também integrou no que designou “ergonomia da regulação” ultrapassa uma análise do trabalho baseada na tradicional separação entre os elementos técnicos e humanos e, retomando os termos utilizados por Cesai-Bianchi e Mantovani (1982), orienta-se para uma *abordagem implicitamente cognitiva* que deve “procurar na observação dos trabalhadores os seus modos de pensar” (Faverge, 1966, p. 38, tradução livre).

O conhecimento do processo de produção passa então a ser visto como construído pelo trabalhador através de uma actividade de regulação que, dependendo da situação de trabalho poderá traduzir-se em vários tipos de regulações: individuais por “paragem instantânea” (*regulation par coup d’arrêt*), quando existe incerteza sobre uma variável; “regulação em somatório” (*régulation en sommation*), quando o indivíduo vai gerindo a sua produção de modo a atingir uma norma de produção previamente definida para um certo período; ou “regulações estruturais” quando existe um esforço em manter um certo equilíbrio entre as exigências em princípio contraditórias provenientes de serviços diferentes da organização (Faverge, 1966).

Na realidade, a hipótese fundadora desta abordagem é que a variabilidade das diferentes estratégias utilizadas resultam mais dos factores situacionais do que da classificação das aptidões dos indivíduos (Cesa-Bianchi & Marangoni, 1967;

Faverge, 1967c), realçando a ideia central de que existem muitas maneiras de se ser eficaz (Faverge, 1966).

Os estudos desenvolvidos no âmbito da CECA testemunham os primeiros passos desta preocupação ao introduzir a importância da perspectiva do trabalhador e ao privilegiarem a compreensão do comportamento do homem no trabalho e a sua procura em manter um *certo equilíbrio* face às exigências técnico-organizacionais.

Mais tarde, De Keyser (1972) mostrou que a regulação humana permite integrar dois pólos, aparentemente contraditórios - o pólo técnico e o pólo humano - num conjunto de significados, nem sempre visíveis, mas que sustentam a elaboração de hipóteses acerca da passagem ao acto. Na verdade, “o homem fez, do mundo incoerente que o rodeava, um universo ordenado. Ele assinalou pontos de referência. Ele construiu o seu jogo: ele vai, então, agir no mesmo com toda a sua destreza seguindo as regras que ele próprio se definiu” (p.114, tradução livre), adaptando-se, activamente, a uma realidade complexa.

As estratégias adoptadas têm, por isso, uma função de adaptação dinâmica a esta realidade complexa podendo mesmo traduzir-se em regulações catacréticas<sup>67</sup>, pela alteração do objectivo previsto para um determinado instrumento ou método de trabalho (De Keyser, 1972) mas que, não podem ser vistas,

como uma manifestação isolada, mas sim como integradora de toda a experiência do trabalhador. Se é a descoberta de uma nova dimensão do real, e a experiência, a tentativa de ordenar e de tornar coerente o meio de trabalho, é natural que toda a visão inédita sobre o meio envolvente, toda a visão surpreendente, solicite a exploração...A criação de um objecto exige que se esgotem as suas possibilidades, é essa a estratégia, determinar o seu campo de acção (De Keyser, 1972, p.131, tradução livre).

Sperandio (1972, 1975) tem realçado também que, em função da carga de trabalho, o indivíduo modifica os seus próprios modos operatórios desenvolvendo, para isso, estratégias que lhe permitem gerir os constrangimentos da situação de trabalho.

E na mesma perspectiva, Leplat (1975) não podia ter deixado de se debruçar sobre os efeitos da carga de trabalho na regulação da actividade, chamando a

---

<sup>67</sup> As regulações catacréticas têm subjacente a noção de catacrese que consiste na alteração do objectivo inicialmente previsto para um determinado instrumento de trabalho de forma a contribuir para a melhoria da intervenção na situação de trabalho (De Keyser, 1972)

atenção para o facto de, se por um lado a carga de trabalho depende das exigências impostas ao trabalhador, por outro lado, a forma como este interioriza ou manifesta tais exigências é variável e, portanto, reveladora de diferentes modos operatórios adoptados. O autor distingue então as regulações funcionais das regulações estruturais como correspondendo a dois níveis de regulação da carga de trabalho.

As *regulações funcionais* correspondem a uma mudança do método de trabalho mantendo intactos os objectivos, permitindo ao trabalhador executar o seu trabalho de modo específico compensando assim as dificuldades sentidas. As *regulações estruturais*, correspondendo a uma mudança de objectivos, emergem quando nenhum método permite ao trabalhador responder aos objectivos fixados. Neste caso, o trabalhador pode optar por modificar a própria tarefa transformando os seus objectivos e/ou, então, as condições de execução, designadamente com uma nova definição das normas de tempo, ou das tolerâncias de precisão, ou ainda com uma simplificação da tarefa e das regras de execução (Leplat, 1975).

No entanto, Teiger (1987) achou importante realçar o quanto estas estratégias “exigem uma actividade mental incessante” (Teiger, 1987, p.664, tradução livre), que “tem um custo crescente para o trabalhador” (Teiger, 1987, p.666, tradução livre), podendo mesmo agravar os outros riscos presentes na situação de trabalho e extravasar para a vida fora do trabalho. Por isso, preferiu falar em organização temporal das actividades para caracterizar o aspecto dinâmico e singular das condutas no trabalho: gerir, planificar e decidir implica a capacidade de desenvolver estratégias para fazer face aos incidentes e contradições que vão surgindo na situação concreta de trabalho e, frequentemente, além da capacidade produtiva, está também em jogo a saúde do trabalhador.

Esta perspectiva, partilhada também com os outros autores, sublinha que a regulação nunca é passiva, é uma resposta a uma perturbação (Piaget, 1975) insistindo na precariedade da situação, que exige, permanentemente, uma reacção adequada por parte do trabalhador. O comportamento do sujeito é, por isso, o resultado de constantes ajustamentos entre as suas características pessoais (características físicas/psicológicas/emocionais, estado de saúde,

representações, valores, características da vida fora de trabalho) e as características do seu trabalho (condições de trabalho, organização do trabalho, conteúdo do trabalho, normas e regulamentos da empresa).

Todavia, se os processos de regulação exigem realmente ao trabalhador um esforço permanente de conciliação entre as exigências da situação de trabalho e as suas características pessoais num todo coerente e que responda satisfatoriamente aos objectivos de produção, estes processos são, também, influenciados pela dinâmica do colectivo de trabalho encontrada nos estudos de Salengros (Faverge, 1967) e, mais tarde, de Teiger (1989) o que sustenta a noção de regulação estrutural de Faverge (1966).

Leplat (1997) propôs um modelo de análise colectiva do trabalho identificando dois níveis de regulação que se distinguem pelas consequências da actividade no sistema, orientado, portanto, para a avaliação externa e, por outro lado, pelas consequências da mesma actividade para o grupo, orientado para uma avaliação interna das suas próprias regras de funcionamento, mas igualmente da sua carga de trabalho, dos meios e dos instrumentos que lhe foram disponibilizados.

Maggi (1996b) introduz uma dimensão interessante: para ele a regulação é também o resultado, sempre mutável, da negociação de um conjunto de regras pelos diferentes interlocutores que explícita ou implicitamente se enquadram em diferentes níveis de decisão; mas ele considera importante não confundir as situações em que há realmente autonomia, quando os operadores têm a possibilidade de produzir as suas próprias regras de forma independente, e as situações em que, na verdade, há heteronomia, quando as regras são impostas pelo exterior não existindo possibilidade de escolha e discricção, quando os espaços de acção são regulados pelo exterior e o trabalhador é pressionado a decidir e a escolher numa situação de dependência.

Nesta perspectiva, De La Garza e Fassina (2000) chegaram a distinguir regulações verticais e regulações horizontais, chamando a atenção para o facto de as regulações colectivas serem determinadas por uma rede de relações, trocas e comunicações entre os actores de diferentes níveis hierárquicos e organizacionais: as regulações verticais ou regulações estruturais apoiam-se na

diferenciação oficial dos níveis hierárquicos e dos centros de decisão e caracterizam os objectivos, as tarefas e as condições de execução do trabalho; as regulações horizontais têm um estatuto menos oficial e caracterizam as regulações operativas desenvolvidas na realização da actividade de trabalho e que se manifestam por uma gestão permanente dos recursos disponíveis para responder aos objectivos da produção. Estes autores insistem, porém no facto desta dupla estrutura se ir alterando e actualizando “através das interacções descendentes, ascendentes e horizontais que asseguram o funcionamento do sistema e a sua regulação” (De La Garza & Fassina, 2000, p.220, tradução livre).

Na realidade, se aparentemente os comportamentos no trabalho se podem assemelhar entre si, esta abordagem diferencial dos modos operatórios permite evidenciar os factores variáveis e constrangedores da situação de trabalho face aos quais os trabalhadores desenvolvem estratégias de regulação - que reflectem também toda a riqueza e complexidade da actividade cognitiva empregue na situação de trabalho pelo indivíduo inserido num colectivo de trabalho.

Na verdade, o *homem e a sua experiência* têm sido o fio condutor da investigação de Favergé (Cesari-Bianchi & Mantovani, 1982) cujo contributo foi decisivo para esta atenção dada, por certas pesquisas da psicologia do trabalho e da ergonomia da actividade, ao estudo da especificidade do comportamento do ser humano no trabalho, dando especial relevância aos aspectos menos visíveis da sua actividade profissional.

## **1.2. Actividade de trabalho, actividade de regulação**

O reconhecimento dos processos de regulação é intrinsecamente relacionado com a distinção, já hoje tradicional para a psicologia do trabalho e para a ergonomia da actividade, entre o trabalho prescrito e o trabalho real: a afirmação do conceito de “actividade” – que daí provém – correspondeu à criação de um espaço de reflexão centrado no trabalhador em acção e acabou por integrar e enformar o princípio da variabilidade, das dificuldades e das contradições

encontradas pelos operadores confrontados com a prescrição de tarefas abstractamente definidas.

Como já foi referido, a obra de Ombredane e Faverge (1955) é unanimemente considerada como fundadora deste paradigma na análise do trabalho que considera como “erro fundamental” o facto de ver no trabalho, unicamente, o trabalho prescrito.

Mas a contribuição de Faverge e seus investigadores que consigo trabalharam em Paris e em Bruxelas (Houyoux, 1982) enriqueceu de forma decisiva esta abordagem e os seus princípios fundamentais: não se satisfazer com as aparências imediatamente perceptíveis, procurar compreender o que subjaz aos fenómenos registados, investigar as vivências insuspeitas atrás das “fachadas”, e, graças a esta pesquisa que sai do laboratório e observa a actividade de trabalho em situação real de trabalho, atribuir uma atenção particular aos fenómenos críticos:

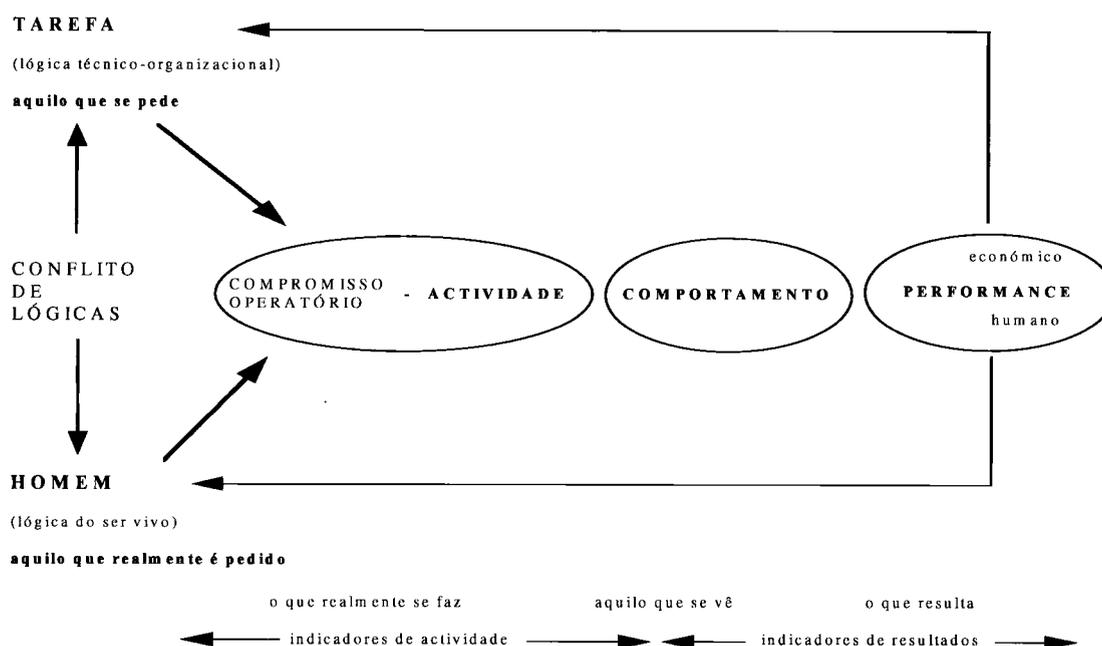
os fracassos, os bloqueamentos na aprendizagem, as falhas na execução de uma tarefa, os comportamentos desviantes em relação a uma regra, os acidentes, os conflitos e as crises numa organização, tantas manifestações de conteúdos latentes, de condutas ou de actividades mentais que, normalmente, ficam ocultadas ou só são analisadas no seu aspecto negativo. Atribuir um estatuto positivo, do ponto de vista científico, a esses fenómenos reveladores do que até então nem era concebido passou a ser a regra que a obra do Professor Faverge não deixou de lembrar (Grisez, 1982, p.76, tradução livre)

Embora previamente orientada por um conjunto de indicadores globais, esta é a tradição científica assumida para o estudo aqui desenvolvido: “estabelecemos então a primazia do terreno, conduzimos sempre os nossos estudos em estreita articulação com o que revelam as condutas humanas concretas em determinadas situações de trabalho” (Lacomblez, 1997, p.6), evocando a importância de “descer ao terreno” (Simões & Carvalhais, 1997, p.583, tradução livre) e apostando agora no olhar específico que esta disciplina adopta sobre o trabalho.

Neste sentido, a actividade de trabalho passa a ser o elemento central e estruturante da situação de trabalho que só poderá ser compreendida através da análise do “ (...) «real do trabalho», dimensão essencial à inteligibilidade dos comportamentos e das condutas humanas em situação concreta” (Dejours, 1995b, p.43, tradução livre). Trata-se então, como realçou Hubault (1995) de estar

atento ao compromisso operatório momentâneo nem sempre visível e evidente (figura 2):

Figura 2: Actividade de trabalho enquanto compromisso operatório momentâneo (Hubault, 1995)



A mais valia do modelo teórico apresentado por Hubault (1995) é de ter explicitado o quanto a actividade de trabalho é, no fundo, um compromisso que resulta do conflito entre a lógica técnico-organizacional e a lógica singular do trabalhador, expresso sob a forma de um comportamento e revelado em termos de performance, o que “exprime uma criação, expressão de um processo de emergência de uma «solução» que não resolve nada definitivamente mas que é uma resposta necessariamente contingente e modificável” (Hubault, 1995, p.1, tradução livre).

De facto, se a actividade de trabalho é, como já tem sido referido, uma resposta aos constrangimentos impostos exteriormente ao trabalhador, ela é também e simultaneamente, a expressão da possibilidade de os transformar (Guérin et al, 1991) num processo de interacção inteligente do trabalhador com as exigências da sua tarefa, os constrangimentos da situação de trabalho, o seu estado interno, os seus objectivos individuais e todos os outros elementos que influenciam e

determinam a sua acção, resultando num processo permanente de construção pessoal (Falzon & Teiger, 1995).

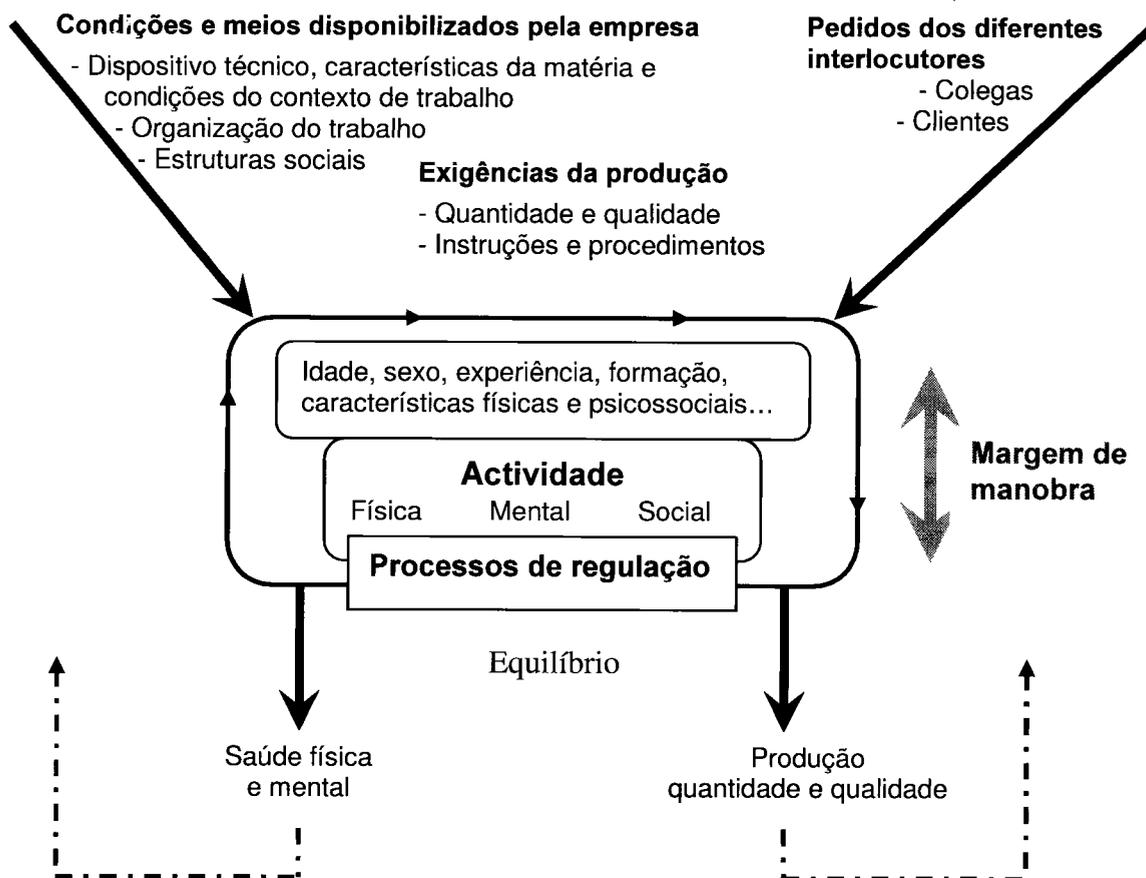
Voltando à perspectiva piagetiana de que todo o conhecimento é construído e relativo à experiência do sujeito na realidade que o envolve, a acção do sujeito, efectivamente, não se limita em copiar o real mas em agir sobre ele, transformando-o e ultrapassando-o continuamente (Piaget, 2000).

Deste modo, a actividade de trabalho encontra significado e sentido no movimento de reconcepção da tarefa (Clot, 1995b), ou seja, “a actividade de trabalho não é tanto a realização concreta de uma tarefa; será mais a sua reconcepção, através da qual o operador não só realiza a sua performance como gere a sua variabilidade, constrói a sua competência, a sua saúde e a sua identidade” (Noulin, 1995, p. 3, tradução livre).

Em consequência, o comportamento no trabalho, que pode ser aparentemente um comportamento simples e puro reflexo do que foi prescrito, é antes o resultado de um conjunto de mecanismos que, face às múltiplas variáveis que influenciam a actividade de trabalho, se traduzem em processos de regulação.

Como se pode constatar, o paradigma da abordagem mantém-se mas a sua formalização e o trabalho de modelização dos conceitos tem contribuído para o seu enriquecimento e uma maior precisão. A título de exemplo pode-se referir aqui o modelo apresentado por Vézina (2001) que, adaptado do esquema fundador de Leplat & Cuny (1977), re-trabalhado por Guérin et al. (1991) e ainda por Teiger (1993), ilustra o quanto a actividade de trabalho é uma resposta às exigências de produção, sob condições e meios disponibilizados pela empresa e, também, pelos pedidos dos diferentes interlocutores, que, mediatizados pelo próprio trabalhador, acabam por constituir as várias determinantes da actividade; “todas estas determinantes vão pesar mais ou menos gravemente sobre a pessoa condicionando a importância da margem de manobra de que ela dispõe para regular a sua actividade” (p.47, tradução livre).

Figura 3: Modelo de compreensão das situações de trabalho centradas na pessoa e na sua actividade (Adaptado de Vézina, 2001)



Neste modelo (figura 3) é obviamente evidenciado o princípio da regulação pela actividade, realçando esta necessidade do trabalhador se adaptar continuamente a todas as transformações deste sistema de variáveis. E esta actividade decorre quer das características da situação de trabalho quer das representações funcionais<sup>68</sup> (Leplat, 1992; Ochanine, 1992) que, progressivamente são construídas por cada trabalhador, acabando por orientá-los, ajudá-los a “desenvolver diferentes maneiras de fazer e diferentes estratégias que lhes permitirão ter em consideração a variabilidade das condições de trabalho e a sua

<sup>68</sup> O conceito de representação do trabalho (Leplat, 1992) originário da noção de imagem operativa de Ochanine caracteriza-se pelo conjunto de informações que, mediatizado pelo sistema de representação mental do sujeito lhe permite responder aos objectivos e exigências do seu trabalho. Para Ochanine (1992) a imagem operativa é o reflexo da estrutura operativa dos objectos considerada sob um determinado ângulo e com uma finalidade própria que, contudo, se vai alterando quer pelas mudanças ao nível da acção quer pelo conhecimento do sujeito face ao objecto, favorecendo assim adaptações e regulações permanentes. Este conceito de imagem operativa foi fundamental para Faverge que, aliás, colaborou frequentemente com Ochanine no fim dos anos 60.

própria variabilidade, a fim de manter um equilíbrio entre a sua saúde e a sua produção” (Vézina, 2001, p.47, tradução livre).

Sublinhe-se que, como foi realçado por Teiger (1987), estas estratégias não deixam de ter um “custo para o trabalhador” (p.666, tradução livre) podendo mesmo traduzir-se no aparecimento e/ou agravamento de outros problemas, normalmente associados à sua saúde e ao seu bem-estar e que se manifestam, também, na vida fora do trabalho, problemas estes que não deixam de emergir progressivamente numa análise atentamente centrada na perspectiva do trabalhador.

Concluindo e sintetizando com Pueyo (2003), a actividade de trabalho caracteriza-se por uma regulação permanente na qual o trabalhador procura alcançar ou satisfazer diversos critérios, designadamente os critérios de eficácia e produção assim como os critérios de segurança, de economia dos recursos mentais e físicos e os critérios de preservação da saúde, os quais, frequentemente em contradição, criam perturbações e exigem ao trabalhador o desenvolvimento de estratégias de compensação.

### **1.3. Estratégias de regulação da saúde: entre o eu e o mundo dos valores**

As abordagens em termos de “margens de manobra” ganharam um significado primordial no estudo das consequências do trabalho na saúde pela análise e determinação das condições e da organização do trabalho que se mostraram mais favoráveis para a utilização e construção de estratégias de regulação operatórias.

A margem de manobra designa a “latitude de que se dispõe dentro de certos limites, as possibilidades de acção deixadas por certos constrangimentos, internos e externos. Estas possibilidades podem decorrer de uma atenuação dos próprios constrangimentos ou de uma melhor utilização das margens de liberdade que eles deixam” (Marquié, 1995, p.212) e que permitem ao trabalhador gerir os constrangimentos da situação de trabalho e encontrar as estratégias de regulação mais adequadas para equilibrar a sua saúde e a produção (Vézina, 2001).

Contudo, estas margens de manobra podem ser aumentadas ou diminuídas conforme as características das condições e da organização do trabalho e o tempo de autonomia deixado ao trabalhador pode favorecer ou dificultar o recurso às estratégias de regulação.

Alguns autores (Teiger, 1987, 1989; Laville, 1995; Marquié, 1995; Molinié, 2001; Volkoff, 2002) têm vindo a atribuir uma importância particular a estas margens de manobra na realização da actividade de trabalho, precisamente a partir de preocupações relacionadas com o estado de saúde dos trabalhadores.

De forma a melhor situar o apoio potencializado por esta margem de manobra, De La Garza & Weill Fassina (2000), propuseram o seguinte modelo para representar a dinâmica subjacente à gestão dos riscos pelos operadores – considerando a actividade como uma forma de regular, estabelecer um equilíbrio entre os três pólos da actividade: o sistema, o eu e os outros (figura 4).

Figura 4: Modelo de análise da actividade (De La Garza & Weill Fassina, 2000)



Convém no entanto frisar o quanto estes três pólos induzem critérios, recursos e constrangimentos heterogéneos mas também conhecimentos de tipos e de níveis diversos Flageul-Caroly (2001) e Pueyo, (2003):

- ▲ O pólo do *sistema* orienta no sentido do respeito aos critérios de eficácia produtiva através da definição dos objectivos, das regras, dos procedimentos e dos instrumentos de trabalho disponibilizados pela empresa;
- ▲ O pólo do *eu* caracteriza os critérios relativos à pessoa, designadamente os critérios de saúde (física, mental, emocional e psíquica), de segurança e de

desenvolvimento pessoal, de integração da vida de trabalho e da vida fora do trabalho, evidenciando a dimensão pessoal da actividade de trabalho;

- ▲ O pólo dos *outros* define os critérios relativos aos aspectos colectivos quer ao nível das relações hierárquicas ou da equipa de trabalho, quer ao nível das pessoas que participam na vida pessoal e social do trabalhador, também no exterior da empresa, podendo-se traduzir em relações de conflito ou de cooperação e de inter-ajuda.

Note-se que nem sempre estas estratégias são compatíveis com as condições e exigências da situação de trabalho e que, para além de serem muito diferentes entre si, apresentam-se frequentemente contraditórias ou para um observador externo mesmo paradoxais.

Cru e Dejours (1983) têm atribuído uma atenção particular aos comportamentos e atitudes que se mostram absurdos, por colocar aparentemente em risco a segurança e a saúde dos próprios trabalhadores: têm assim defendido que, tais atitudes na realidade, traduzem ideologias defensivas da profissão, que, construídas no colectivo de trabalho e imbricadas nos saberes-fazer profissionais, constituem a forma como os trabalhadores se defendem da presença permanente dos riscos do trabalho, ou seja, desenvolvendo *saberes-fazer de prudência* cuja lógica só é perceptível para quem ultrapassa a “fachada” das aparências.

A dimensão subjectiva que, de facto, atravessa a construção de estratégias de regulação da saúde indicia então a necessidade de integrar na análise outras variáveis, de natureza conativa, nomeadamente porque esses *saberes-fazer de prudência* são também atravessados pela valorização relativa dos outros domínios da vida, e pela articulação do conjunto desses domínios, realçando que o comportamento num determinado domínio da vida é também regulado pelo significado que o sujeito lhe atribui nos outros domínios da vida (Curie, 2002).

Nesta perspectiva, as preocupações em compreender a saúde num *continuum* que atravessa a vida de trabalho e a vida fora do trabalho reflectem, assim, uma abordagem à saúde efectivamente centrada na perspectiva do trabalhador: a forma de a abordar significa um poder agir sobre si e sobre o mundo, e não só o

mundo de trabalho, mediatizado por opções e valores próprios (Canguilhem, 1999), reforçando o carácter dinâmico, criativo e singular desta dinâmica.

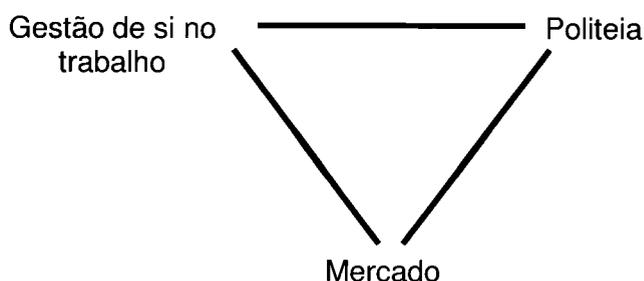
Na realidade, a saúde é uma “construção intencional” (Dejours, 1995a, p.10, tradução livre) que se reflecte no *sentido* dado à actividade (Faita & Schwartz, 1995), traduzindo, mais uma vez, o pensamento de Canguilhem sobre o homem e a sua experiência,

É claro que a insuficiência dessas práticas revelam a incapacidade (...) de ver a empresa com os olhos dos trabalhadores, de ver a empresa na sociedade em lugar de fazer coincidir a sociedade e a empresa (Canguilhem, 1947, p. 134, tradução livre).

Assim, é impossível ignorar o ponto de vista do trabalhador para compreender as suas escolhas, o que valoriza e desvaloriza na percepção que tem do seu trabalho, das condições em que desempenha a sua actividade profissional e dos riscos que lhe são inerentes.

Deste modo, se aparentemente a actividade de trabalho poderá ser circunscrita aos determinantes da situação de trabalho, tal análise será, na realidade, insuficiente se não for integrada numa análise mais abrangente que englobe, também, o mundo dos valores, realçados na perspectiva ergológica<sup>69</sup> (Schwartz, 1996), onde, do mesmo modo, se fundamentam o significado das estratégias de regulação da saúde no trabalho. A análise da actividade inscreve-se então num espaço tripolar de confrontação permanente no campo dos valores (figura 5).

Figura 5: Modelo de análise da actividade (Schwartz, 2000)



<sup>69</sup> A perspectiva ergológica caracteriza-se por uma *Análise Pluridisciplinar das Condições de Trabalho* – APTS – reconhecendo na análise do trabalho uma forma de re-singularizar o meio de trabalho e que pressupõe sempre uma participação pluridisciplinar onde a convocação de saberes científicos e gerais é articulada, necessariamente e ao mesmo nível, com os saberes dos trabalhadores.

- O pólo da gestão de si no trabalho corresponde aos valores que atravessam a gestão do uso de si por si e pelos outros e que, expressas nas «dramáticas de uso de si» se traduzem na gestão dos imperativos e conflitos do trabalho, designadamente as exigências de produção, a organização do trabalho, o colectivo de trabalho, a gestão do tempo, entre outros.
- O pólo do mercado corresponde ao primaz dos valores quantitativos, mensuráveis, do lucro monetário, que, legitimados pela economia de mercado e pelos objectivos de concorrência, justificam a desigualdade de posições económicas, as hierarquias sócio-organizacionais e a subordinação jurídica inscrita no direito do trabalho.
- O pólo da politeia corresponde aos valores e normas induzidos pela sociedade democrática e que se exprimem por valores de igualdade, de cidadania, valores universais de bem comum que caracterizam os valores designados “sem dimensão”, isto é, não mensuráveis nem hierarquizáveis, como os da saúde e os da vida.

Nesta perspectiva, a análise da actividade reflecte “toda a actividade humana como um debate de normas; não há actividade sem imersão no mundo de valores em debate, que o histórico da situação leva a «re-tratar», a reavaliar em função das experiências concretas” (Schwartz, 2002, p. 134, tradução livre) o que abre um novo olhar sobre o trabalho, centrado no vivido no trabalho, num espaço de constrangimentos e de possíveis, frequentemente contraditórios mas não incoerentes (Durrive, 1999).

As *dramáticas do uso de si* reflectem, portanto, uma re-normalização do uso de si em função dos valores mais ou menos específicos da pessoa, relacionados com a personalização da sua história, a sua maneira de pensar a eficácia e também os seus modos de pensar a saúde, que, contudo, não deixam de ser influenciados pelos «valores sem dimensão» partilhados pela sociedade e, por outro lado, pelos valores de mercado que enquadram, definem e prescrevem as leis do trabalho e transformam as situações de trabalho (Schwartz, 2000).

Retomando a reflexão de Canguilhem (1947) e considerando que “todo o homem quer ser sujeito das suas próprias normas” (p.135, tradução livre), o que de facto é frisado numa análise centrada na perspectiva dos trabalhadores,

É que os trabalhadores não consideravam como verdadeiramente normais senão as condições de trabalho que eles próprios tivessem instituído por referência a valores próprios e não a valores impostos, é que o meio de trabalho que eles teriam como normal seria aquele que eles teriam feito por eles próprios, a si próprios, para eles próprios” (Canguilhem, 1947, p. 135, tradução livre)

Deste modo, a actividade de trabalho (Schwartz, 2000) é vista como uma actividade de re-singularização do meio de trabalho que não deixa de ser “uma confrontação sempre problemática entre os valores de mercado e não mercado, valores mensuráveis e valores sem dimensão” (p.715, tradução livre) que explicam e justificam os comportamentos, nomeadamente no plano da preservação e construção da saúde no trabalho.

A identificação e análise destas dimensões mais ocultas do comportamento humano alargam a compreensão dos processos de regulação da saúde no trabalho chamando a atenção para a importância dos processos cognitivos, afectivos e conativos que vão orientando e mantendo este equilíbrio sempre frágil, e por vezes contraditório, que emerge nos *modos de pensar e de sentir* dos trabalhadores.

## **2. Problemática: proposta de um quadro de análise**

O trabalhador regula a sua actividade em função das suas características pessoais, das suas crenças, dos seus valores e das exigências do seu trabalho, dentro de padrões de comportamento aceitáveis. Para tal, desenvolve estratégias que, na sua perspectiva, lhe permitem gerir as exigências de produtividade e a sua saúde e bem-estar. O objectivo não é alcançar o equilíbrio estável mas uma forma de estar “mais confortável” e que tenha um sentido, um significado para o trabalhador.

Deste modo, as estratégias de regulação da saúde são específicas e peculiares a cada sujeito e dependem não só das exigências do seu trabalho mas do seu quadro de referências/normas cognitivo-afectivas que orientam o seu

comportamento no trabalho atribuindo-lhe uma finalidade e um significado que lhe é próprio.

Esta dinâmica traduz uma vivência da saúde próxima de um sentimento de liberdade e de criação pessoal (Davezies, 1998), explicado, por Canguilhem (1999) como “a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentaneamente, a possibilidade de tolerar as infracções à norma habitual e de estabelecer novas normas nas situações novas” (p.130, tradução livre).

Nesta perspectiva, o comportamento no trabalho, em geral, e o comportamento face à saúde, em particular, não se reduzem a uma necessidade de adaptação à situação mas a uma necessidade de desenvolvimento e de acção criativa que entrelaça as consequências em matéria de saúde com as aspirações e com os projectos (Davezies, 2002), que são múltiplos e frequentemente contraditórios mas que se enraízam na história de cada um (aspecto diacrónico) e nas suas actividades nos outros domínios da vida (aspecto sincrónico) dando sentido à sua situação de trabalho e explicando as variações que ocorrem ao longo da vida (Curie, 2002).

Com a preocupação de integrar todas estas dimensões, que cruzam diferentes planos da realidade, procurou-se ensaiar um quadro de análise das estratégias de regulação da saúde no trabalho que não omitisse a influência destas dimensões mais subjectivas.

Mais concretamente, três questões de investigação acompanharam este quadro de análise:

*1. Como se caracterizam as estratégias de regulação da saúde? Ou seja, de que forma são estabelecidos os compromissos entre a eficácia produtiva e a preservação de si e da sua saúde?*

A partir da configuração proposta por De La Garza e Weill Fassina (2000) e re-trabalhada por Flageul-Caroly (2001) e Pueyo, (2003) pode-se considerar que as estratégias de regulação desenvolvidas no quadro da actividade, consistem na gestão de três pólos: o do sistema, o do eu e o dos outros (figura 6).

Figura 6: Estratégias de regulação da saúde: articulação de três pólos da actividade de trabalho (Adaptado de De La Garza & Weill Fassina, 2000; Pueyo, 2003 e Flageul-Caroly, 2001)



Deste modo, na actividade de trabalho são desenvolvidas estratégias de regulação que se podem centrar, preferencialmente, num dos três pólos ou, então, serem multifuncionais e atravessá-los a todos.

- No **pólo do eu**, emergem os critérios relativos à pessoa e distinguem-se: as *regulações operatórias* (Faverge, 1966; Sperandio, 1972, 1975) que traduzem as alterações dos modos operatórios dos trabalhadores para manter um certo equilíbrio entre as exigências produtivas e o seu comportamento; e as *regulações catacréticas* (De Keyser, 1972) que se traduzem pela utilização de um determinado instrumento, acção ou pensamento com uma finalidade diferente da inicialmente prevista de modo a adaptar-se à realidade e a preservar a sua saúde e o seu bem-estar.
- No **pólo do sistema**, distinguem-se as *regulações funcionais* das *regulações estruturais* (Leplat, 1975) que correspondem a uma alteração do método de trabalho ou antes, a uma alteração dos objectivos fixados, respectivamente.
- No **pólo dos outros** situam-se as *regulações horizontais* (De La Garza & Fassina, 2000) que caracterizam as regulações operativas desenvolvidas no colectivo de trabalho com o objectivo de manter o funcionamento e a eficácia da produção.

Contudo, e como já foi realçado por Davezies (2002) e Curie (2002), as estratégias de regulação da saúde são atravessadas por uma dimensão subjectiva não necessariamente relacionada com a adaptação ao meio mas com

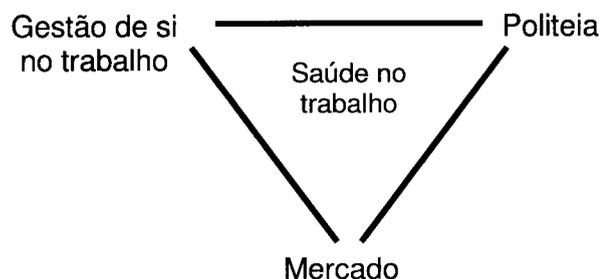
uma dinâmica, de cariz mais existencial, de acção criativa no mundo, designadamente na situação de trabalho, e que poderá estar relacionada com os valores de cada um.

Ora esta dimensão levanta a segunda questão de investigação,

## 2. *Quais os valores que emergem quando falamos da saúde no trabalho?*

Com base na proposta de estudo da actividade de Schwartz (2002) foi equacionada a análise da regulação dos comportamentos no domínio da saúde no trabalho a partir de uma confrontação mais ou menos explícita dos valores da gestão de si no trabalho, dos valores de mercado e dos valores da politeia (figura 7).

Figura 7: Valores emergentes na regulação da saúde no trabalho (Adaptado de Schwartz, 2000)



As referências à saúde no trabalho podem aqui evocar valores tendencialmente centrados na gestão de si no trabalho, valores fundamentalmente organizados a partir das leis impostas pelo mercado e valores veiculados pela politeia, ou, então, integrem os três tipos de valores.

- **Os valores de gestão de si no trabalho** são os que, reflectindo «as dramáticas do uso de si» no trabalho, expressam situações de compromisso entre os constrangimentos da situação de trabalho e a preservação da sua própria saúde.
- **Os valores de mercado** são os que, na perspectiva do trabalhador, legitimam as características e as condições de trabalho que podem colocar em risco a sua saúde.

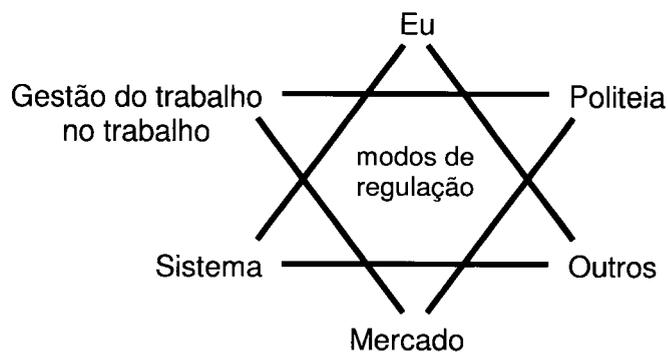
- **Os valores de politeia** são os que são intimamente relacionados com a dignidade humana (Davezies, 2002), evocando valores sem dimensão como é o caso do *direito à saúde*, a referência à família, à religião e os valores conativos (Curie, 2002).

Esta análise levanta, então, outra questão:

3. *Será que os modos de regulação da saúde no trabalho evocados na primeira questão estão relacionados com a gestão dos valores evocados na segunda?*

A partir do cruzamento dos dois espaços tripolares (figura 8), é então proposto um modelo de análise interpretativo que procura analisar os *modos de regulação da saúde no trabalho* num *continuum* entre a vida de trabalho e a vida fora do trabalho, onde se entrelaçam valores, crenças e normas que dão um sentido e um significado singular aos comportamentos desenvolvidos no desenrolar da actividade de trabalho.

Figura 8: Modelo de análise dos modos de regulação na preservação da saúde no trabalho



Contudo, é no quadro da análise da actividade que todas estas dimensões ganham um sentido e um significado, por vezes contraditório ou aparentemente desligado da realidade de trabalho, o que, frequentemente, dificulta a visibilidade dos problemas de saúde no trabalho.

### **3. Uma metodologia construída na perspectiva do trabalhador: o confronto com o vivido**

Numa perspectiva em que claramente se assume uma abordagem centrada na experiência e no vivido pelo trabalhador, a metodologia utilizada no estudo que agora vai ser apresentado foi construída de modo a que cada passo correspondesse a um olhar mais atento ao ponto de vista do trabalhador, ao sentido e ao significado da sua própria vivência.

O significado atribuído à saúde no trabalho introduz o “conceito de corpo subjectivo” (Canguilhem, 2002a, p.64) que traduz a forma como cada um, entre o seu mundo e o mundo do trabalho, traz as coisas à existência e cria entre as coisas relações que não existiriam sem a pessoa, mas que não seriam o que são sem ela (Canguilhem, 2002a).

Os comportamentos reflectem esta dinâmica singular e se, aparentemente, podem assemelhar-se a um conjunto de atitudes, de modos operatórios e de decisões mais ou menos idênticos, resultam sempre de um processo “escondido” onde se entrelaçam as exigências do trabalho, os valores das pessoas e o significado dado ao trabalho e à vida fora do trabalho.

De facto e, retomando os contributos valiosos de Faverge,

Para Jean Marie Faverge as semelhanças comportamentais não são mais do que ilusões. Ele gostava de citar a frase de Bachelard «Só há ciência do escondido» e o «escondido» era, para ele, esta abordagem diferencial da actividade de trabalho que os defensores de uma abordagem supostamente «científica» tendem a negligenciar (Lacomblez, no prelo, p.4 tradução livre).

A singularidade da situação vivida é, portanto, apreendida na construção de um percurso em que, por debaixo das semelhanças comportamentais, se encontre o que *faz história* (Schwartz, 2002), e que dá sentido aos comportamentos no trabalho, designadamente as estratégias de regulação da saúde no trabalho.

Deste modo, sempre com a preocupação central de compreender os processos utilizados para a preservação e construção da saúde no trabalho, recorreu-se aos princípios metodológicos das epistemologias construtivistas de forma a realçar a dimensão singular e mesmo existencial da saúde.

Nesta perspectiva, o sentido da investigação é fundamentalmente orientado para a compreensão e interpretação do significado dos processos de regulação da saúde, optando por uma metodologia heurística que, de forma indutiva, articulasse o trabalho de terreno com a reflexão teórica (Lacomblez, 2002), assumindo um carácter de “investigação-acção”.

Por isso, as etapas da investigação não se sucederam de forma linear: antes foram sendo construídas de modo a que, pela articulação sucessiva de momentos de pesquisa empírica e de momentos de reflexão teórica, cada etapa de análise apontasse o percurso a seguir, revelando novas pistas de investigação e sustentando igualmente, progressivamente, a procura de um modelo de intervenção adequado.

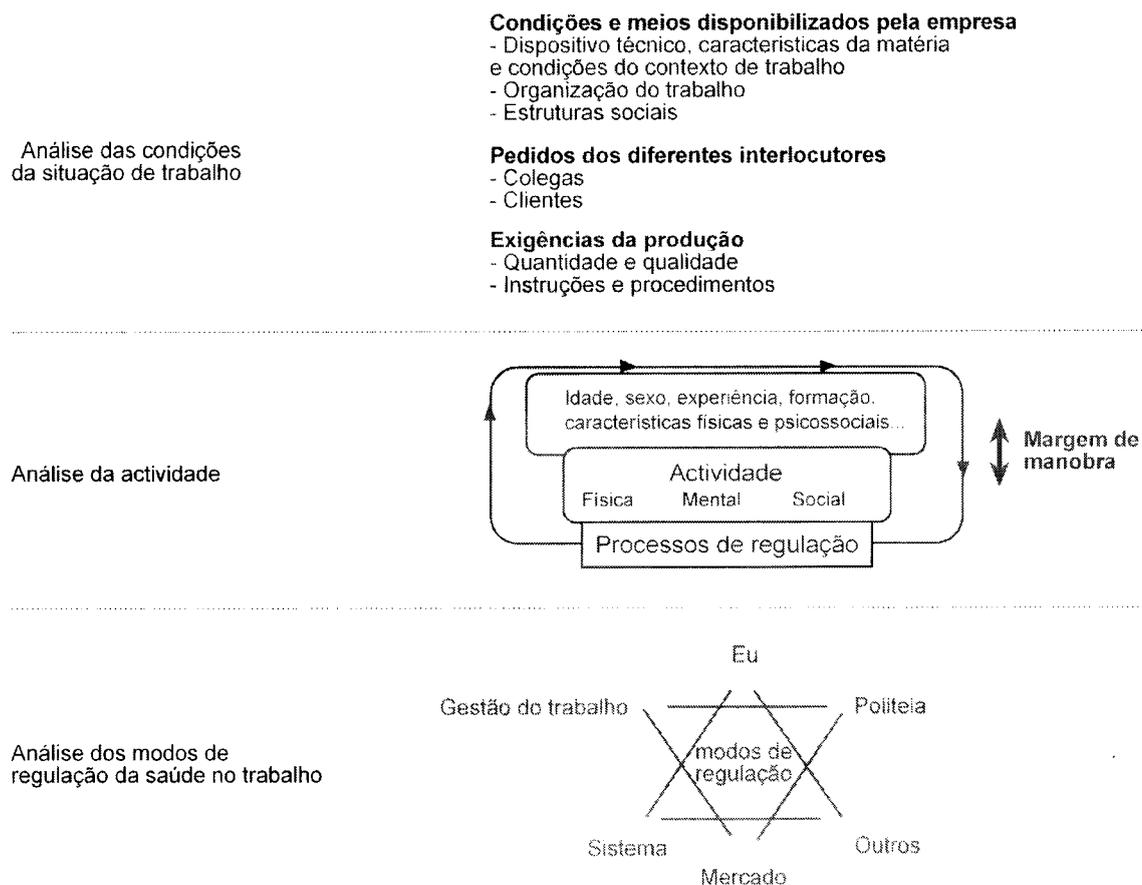
Estes pressupostos levaram, inevitavelmente, a valorizar o estudo de caso e a recorrer a métodos qualitativos que, atentos à singularidade e à especificidade dos comportamentos no trabalho, permitissem, também, revelar o que *está mais escondido*, mas que dá sentido ao vivido no trabalho e assim *quebrar o silêncio* dos discursos em saúde no trabalho.

Como é evidente a análise da actividade assumiu um carácter central no desenvolvimento da investigação, dado ser o elemento integrador e estruturante do comportamento no trabalho no qual se revelam as estratégias de regulação da saúde, o seu significado e o seu sentido, lembrando, permanentemente, à investigação o *real do trabalho*.

O *real do trabalho* atravessou então todos os momentos da investigação que, procurou articular os momentos de entrevistas individuais e colectivas com momentos de observação e de verbalizações na situação de trabalho.

De forma mais esquemática e voltando à metáfora do *vulcão*, introduzida no capítulo anterior, a metodologia foi construída com a preocupação central de descobrir o que está mais oculto mas que não deixa de constituir a base de sustentação e de edificação do que está mais visível (figura 9).

Figura 9: Esquema-base do percurso construído



Para permitir uma compreensão mais concreta desta pesquisa e do percurso adoptado é apresentado a seguir o plano global da metodologia onde foi permanentemente enfatizada a análise da actividade e onde as opções metodológicas foram cada vez mais específicas mas cada vez mais reveladoras do que se pretende enfatizar.

Convém ainda referir que o estudo decorreu entre Setembro de 2001 e Julho de 2002 e que desde os primeiros contactos na empresa a permanência efectiva na mesma foi de 700 horas, incluindo os momentos de observação, assim como a realização das entrevistas individuais e colectivas.

### 3.1. Da empresa à situação de trabalho: investigações preliminares

A empresa constitui o espaço, por essência, do estudo das relações entre o trabalho e a saúde: além de ser o lugar desta realidade concreta, é também aí

que se encontram os actores que, com perspectivas diferentes sobre a saúde no trabalho, influenciam e condicionam as acções e as intervenções desenvolvidas neste domínio.

A empresa analisada é uma das empresas participantes no Inquérito SIT: pertence ao sector da Indústria Têxtil e do Vestuário, mais concretamente ao subsector de Têxteis-Lar e a sua actividade principal consiste na tecelagem e no acabamento de tecidos. Situada no Norte do país, na região do Vale do Ave, esta P.M.E. produz e comercializa produtos como lençóis, felpos e atalhados, e, actualmente, é considerada uma das maiores empresas no sector de actividade em que se insere.

A empresa conta com a colaboração de 232 trabalhadores (128 do sexo masculino e 104 do sexo feminino) na sua grande maioria com contrato de trabalho sem termo e que na área administrativa, financeira e comercial trabalham em horário normal de trabalho e na área da produção em horário por turnos fixos. A área da produção conta com 195 trabalhadores, dos quais 55.2% são homens que ocupam preferencialmente as áreas da tecelagem, do branqueamento e tinturaria, estampania e acabamento e os 44.8% de mulheres trabalham, sobretudo, na preparação para a tecelagem, na tecelagem, na revista em cru e na confecção.

A distribuição etária dos trabalhadores é, essencialmente, representada pelos grupos etários mais velhos (52% têm mais de 45 anos de idade) que, de uma forma geral, possuem uma antiguidade média na empresa superior a 15 anos. São trabalhadores que, normalmente, começaram a trabalhar muito cedo o que justifica um nível de habilitações que corresponde na maioria dos casos ao 1º ciclo do ensino básico (58.5%).

Os primeiros contactos com a empresa<sup>70</sup> e com os seus diferentes interlocutores, designadamente a administração, o director da produção, o director da tecelagem e a médica da empresa permitiram o conhecimento do funcionamento da empresa

---

<sup>70</sup> Foram realizadas duas visitas exaustivas à empresa, acompanhadas pelo Director da Produção e pelo Director da Tecelagem, com o objectivo de compreender todo o processo produtivo e observar as principais características das diferentes situações de trabalho. Foram, ainda, realizadas entrevistas preliminares com os responsáveis da empresa a fim de explicar e enquadrar o objectivo e a metodologia do trabalho a desenvolver procurando sublinhar o papel das questões relativas à saúde no trabalho.

e dos diferentes colaboradores. As observações efectuadas, a recolha informal de informações e a análise de documentos disponibilizados pela empresa permitiram uma melhor compreensão das suas especificidades assim como a sistematização do conjunto de exigências e constrangimentos do trabalho, o que esteve na origem da escolha da situação de trabalho onde iria decorrer a investigação-acção.

A escolha da secção da tecelagem teve subjacentes dois critérios principais: (1) foi identificada pela administração como a secção mais importante para a empresa na medida em que constitui o início do processo produtivo e, desta forma, compromete toda a produtividade e a qualidade dos produtos; (2) é a secção que parece reunir as condições de trabalho mais desfavoráveis, nomeadamente o elevado ruído, as poeiras, o ritmo de trabalho intenso, as posturas penosas, os esforços físicos significativos, tudo conjugado com as queixas relacionadas com problemas osteoarticulares e com o stress associado ao tipo de trabalho desenvolvido.

Os primeiros contactos com a Tecelagem foram realizados com o Director que, de forma exhaustiva, explicou o funcionamento desta secção e o objectivo do trabalho desenvolvido, tendo-se disponibilizado para entrevistas informais e descrições *in loco* da situação concreta de trabalho, esclarecendo todas as dúvidas que surgiram.

Estas informações foram posteriormente completadas graças a uma entrevista individual<sup>71</sup> com o Director da tecelagem a qual permitiu uma análise global do trabalho desenvolvido na tecelagem e ainda uma análise mais exhaustiva da actividade de trabalho dos tecelões/tecedeiras, designadamente, as suas principais tarefas, os materiais e equipamentos necessários, as condições de execução do trabalho e os problemas e dificuldades de um trabalho com estas características.

A par desta análise foram realizadas as primeiras observações livres da actividade de trabalho, assumindo uma atitude exploratória, identificando as

---

<sup>71</sup> A entrevista foi realizada num gabinete disponibilizado pela empresa e teve a duração aproximada de 2 horas, tendo sido feito o seu registo áudio. Posteriormente a entrevista foi transcrita e devolvida a fim de proceder as correcções ou então completar alguma informação. No anexo 4 é apresentado o respectivo guião da entrevista.

principais tarefas do tecelão/tecedeira, as condições de realização do seu trabalho e as relações com os riscos no trabalho.

Uma entrevista individual<sup>72</sup> à médica da empresa permitiu ainda recolher informações sobre a prática da medicina do trabalho na empresa e melhor situar os principais problemas de saúde e queixas dos trabalhadores da tecelagem.

A secção conta com 51 trabalhadores, 32 homens e 19 mulheres, distribuídos pelas funções de: remetedeiras, tecelões/tecedeiras, atadeira, afinador e empregadas de limpeza, situando-se, sobretudo, nos grupos etários com idade superior a 45 anos de idade. O horário de trabalho é organizado em três turnos fixos de trabalho durante a semana útil de trabalho, com excepção do Director e do pessoal administrativo que trabalham em horário normal: o Turno I (6h-14H), o Turno II (14h-22h) e o Turno III (22h-6h)

A secção está instalada num espaço fechado<sup>73</sup> por razões inerentes à actividade produtiva, nomeadamente, a necessidade de manter condições de humidade e temperatura estáveis para o bom funcionamento dos teares e, também para isolar das outras secções o elevado ruído produzido nesta área produtiva.

A actividade desenvolvida consiste na produção de tecido, através do cruzamento de dois sistemas de fios perpendiculares: o fio de teia (conjunto de fios enrolados num eixo, na vertical) e o fio de trama (fio enrolado num cone, na horizontal que atravessa a teia) em máquinas específicas designadas de teares. Os tecelões são os responsáveis pelos teares assim como pela produção e qualidade do tecido. Contudo, a actividade do tecelão é coadjuvada pelas actividades da remetedeira, que tem como função construir a teia e da atadeira, que ata uma teia à outra para que se possa dar continuidade à produção do tear. Os afinadores são os responsáveis pela manutenção e reparação dos teares e intervêm, pontualmente, quando os teares acusam qualquer problema relacionado com o seu próprio funcionamento.

---

<sup>72</sup> A entrevista foi realizada no gabinete médico da empresa e teve a duração aproximada de 1h30m, tendo sido feito o seu registo áudio. O procedimento foi igual à da entrevista anterior, tendo, por isso, sido transcrita e devolvida à médica para eventuais correcções. No anexo 5 é apresentado o respectivo guião da entrevista.

<sup>73</sup> Ocupando uma superfície de 1824 m<sup>2</sup> e 9060 m<sup>3</sup>, possui 60 teares subdivididos em seis grupos entre 8 a 14 teares. Existem três grandes tipos de teares: os teares lisos (produzem tecido liso), os teares de Jacquard (produzem tecido com padrão desenhado) e os teares de felpo (produzem tecido para toalhas de felpo). Embora a sua função seja idêntica e a actividade de trabalho seja semelhante, as características destes três tipos de teares exigem modos operatórios ligeiramente diferentes.

De uma maneira geral, é uma actividade desenvolvida sob fortes constrangimentos de tempo num ambiente de trabalho caracterizado como já se viu por um ruído elevado associado à inalação de poeiras e a uma temperatura e humidade elevadas. É um trabalho realizado permanentemente de pé, que obriga a deslocações constantes e a posturas penosas e cansativas durante as intervenções nos teares<sup>74</sup>.

As primeiras análises da situação de trabalho reuniram informações sobre o funcionamento do processo técnico e da organização do trabalho, a avaliação das condições de execução das tarefas e a análise das exigências e dos constrangimentos de trabalho, sustentando as primeiras reflexões sobre as questões relativas à saúde no trabalho.

Se, aparentemente, o trabalho desenvolvido na tecelagem envolve um conjunto de constrangimentos físicos e da organização do trabalho capaz de suscitar problemas de saúde provocados ou agravados pelo trabalho, paradoxalmente:

- a) O estado de saúde dos trabalhadores é, na perspectiva da médica e dos próprios trabalhadores, satisfatório.
- b) Os comportamentos de protecção e prevenção face ao risco parecem pouco estruturados, contraditórios e frequentemente ausentes.
- c) As consequências das condições de trabalho na saúde parecem não preocupar os trabalhadores.

### **3.2. Trabalhadores participantes**

A investigação-acção foi desenvolvida com doze trabalhadores da tecelagem (quadro 16): oito tecelões/tecedeiras, uma remetedeira, uma atadeira, um afinador e um transportador de rolos. Os critérios de selecção dos trabalhadores<sup>75</sup> corresponderam à vontade de ter um grupo diversificado de homens e mulheres, de diferentes idades, com antiguidade variável na função e na empresa e que,

---

<sup>74</sup> Esta análise será retomada de forma mais exaustiva no ponto 4 deste capítulo.

<sup>75</sup> Apesar de na tecelagem funcionar, também, um III Turno (22h-6h), as dificuldades inerentes à conciliação da investigação com este tipo de horário de trabalho e a especificidade dos problemas de saúde levantados por um horário de trabalho nocturno, acabaram por justificar a não inclusão destes trabalhadores no grupo de participantes.

para além disso, ocupassem diferentes categorias profissionais na tecelagem. O objectivo foi o de respeitar a variabilidade do grupo de participantes tendo em consideração a sua representatividade na tecelagem. É ainda de referir que os participantes que não possuem a função actual de tecelões já o foram, no passado, com a excepção da atadeira. Apesar disso, todos eles substituem diariamente os tecelões no período do intervalo ou, então, quando estes se ausentam.

Quadro 16: Caracterização do grupo de trabalhadores participantes<sup>76</sup>

<b>Código dos participantes</b>	<b>Género</b>	<b>Idade</b>	<b>Categoria</b>	<b>Antiguidade função</b>	<b>Antiguidade empresa</b>	<b>Turno</b>
A1	F	44	Tecedeira	25	29	14h-22h
B1	M	51	Tecelão <sup>77</sup>	11	22	14h-22h
C1	M	33	Tecelão	2	2	14h-22h
A2	M	34	Tecelão	4+6 <sup>78</sup>	4	06h-14h
B2	F	58	Tecedeira	20	20	06h-14h
C2	F	36	Tecedeira	18	22	06h-14h
A3	F	33	Tecedeira	16	20	06h-14h
B3	F	51	Remetedeira	14	21	06h-14h
C3	F	48	Atador teias	24	29	06h-14h
A4	F	52	Tecedeira	32	37	14h-22h
B4	M	46	Afinador	15	22	14h-22h
C4	M	23	Tecelão	6	7	14h-22h
A5*	F	31	Tecedeira	17	17	6h-14h
B5*	F	54	Tecedeira	19	19	6h-14h
C5*	F	46	Tecedeira	4	4	6h-14h

\* Este grupo de trabalhadores participou apenas nas entrevistas colectivas.

<sup>76</sup> Os dados referem-se ao ano de 2002.

<sup>77</sup> O participante B1 possui a categoria de tecelão embora o seu trabalho na tecelagem seja o de transpostador de rolos de teia para o tear.

<sup>78</sup> Já possuía 6 anos de experiência em outra empresa.

O grupo de trabalhadores participou voluntariamente nos diferentes momentos da intervenção, tendo-lhes sido antecipadamente explicados os objectivos do estudo e o tipo de metodologia que iria ser utilizado.

### **3.3. A investigação-acção**

A metodologia utilizada caracterizou-se pela combinação de entrevistas individuais e de entrevistas colectivas com o objectivo de, progressivamente, ver os trabalhadores evocarem, nos seus *modos de agir, pensar e sentir*, os processos de regulação utilizados para gerirem o equilíbrio entre o cumprimento das normas de produção e a preservação da saúde no trabalho.

A articulação das diferentes fases da intervenção teve subjacente a metodologia já utilizada (Barros-Duarte, 1998a) na tese de mestrado: baseada na articulação de momentos de análise individual com momentos de análise colectiva tendo tido também como objectivo suscitar nos participantes uma reflexão sobre os seus modos de agir, de pensar e de sentir as relações com o trabalho. Mais concretamente, a utilização da auto-análise do trabalho combinada com a confrontação colectiva dos diferentes modos operatórios, favoreceu claramente não só a tomada de consciência da sua própria actividade e da actividade dos outros como ainda o desenvolvimento de um novo olhar sobre o trabalho e sobre as condições da sua realização.

De facto, a tomada de consciência individual assumiu um papel central na auto-análise na medida em que “permite uma distanciação, uma generalização, uma despersonalização, pelo reconhecimento que os problemas evocados, as dificuldades de realização de trabalho, as questões que se colocam, os distúrbios sentidos, estão relacionados com o trabalho e são partilhados pelos outros” (Falzon & Teiger, 1995, p.9), constituindo um momento de reflexão no plano das componentes cognitivas e afectivas relativas ao trabalho, transformando-se, conseqüentemente, a relação como o trabalho e a perspectiva de uma possibilidade de acção.

Na verdade, a auto-análise induz um processo de análise individual, que favorece um outro conhecimento do seu trabalho, o desenvolvimento de um outro ponto de

vista permitindo uma acção voltada para a transformação da sua própria situação de trabalho (Six & Carlin, 1993).

No âmbito do estudo empírico desta tese de mestrado, a sucessão de diferentes momentos de entrevista individual seguidos de momentos de confrontação colectiva favoreceu uma reflexão centrada em si e nos outros, proporcionando uma evolução nos modos de pensar e sentir o desenvolvimento de uma capacidade de acção sobre a situação de trabalho (Barros-Duarte, 1998a, 1998b).

Tendo como ponto de referência a experiência decorrida nesta investigação anterior, foram realizadas, num primeiro momento, três entrevistas individuais com cada um dos doze trabalhadores e, num segundo momento, entrevistas colectivas com grupos de três trabalhadores – todas permanentemente articuladas com a análise da actividade e com o *real do trabalho*.

Estas entrevistas decorreram nas instalações da empresa, mais concretamente num dos seus gabinetes médicos, tendo sido asseguradas total privacidade e absoluta confidencialidade dos dados recolhidos.

As três entrevistas individuais foram realizadas durante o horário de trabalho com a aprovação do Director da Tecelagem procurando minimizar as eventuais quebras na produção e de modo a que o trabalhador não fosse lesado na obtenção do prémio de produtividade. Pela necessidade de um período de tempo mais longo, inerente às entrevistas colectivas, foi estabelecido, por acordo entre os trabalhadores e o Director da Tecelagem, que estas sessões ocupariam apenas uma parte do horário de trabalho (ou tinham início uma hora antes do horário de trabalho e prolongavam-se outra hora já dentro do período laboral ou, então, iniciavam-se uma hora antes do fim do turno e terminavam cerca de uma hora para além do horário de trabalho).

Todas as entrevistas individuais foram gravadas em registo áudio sendo posteriormente transcritas e restituídas aos trabalhadores. As entrevistas colectivas foram gravadas em registo áudio e vídeo tendo sido, igualmente, transcritas na íntegra.

### **3.3.1. Entrevistas individuais**

Foram realizadas três entrevistas individuais<sup>79</sup> com cada um dos doze participantes que passaram, todos pelas mesmas condições. Embora as três entrevistas tivessem objectivos e metodologias específicos, o objectivo comum era o de, a partir de uma sucessão de três entrevistas, favorecer a tomada de consciência dos modos de regulação no trabalho, nomeadamente as estratégias de regulação da saúde.

Previamente à realização das entrevistas individuais procedeu-se à filmagem da actividade de trabalho desenvolvida por cada trabalhador. Esta filmagem realizou-se na situação concreta de trabalho procurando identificar uma parte da actividade que fosse representativa de um dia normal de trabalho. As filmagens tiveram a duração aproximada de 15 minutos para cada caso.

Apresenta-se a seguir, para cada uma das três entrevistas, uma sistematização dos objectivos assim como os aspectos específicos da metodologia privilegiada.

#### **3.3.1.1. A primeira entrevista: o meu trabalho**

##### *Objectivos:*

- ▶ Estabelecer um contacto mais próximo com o trabalhador;
- ▶ Explicar os objectivos do estudo e sublinhar a importância da sua participação;
- ▶ Suscitar as primeiras auto-análises da actividade de trabalho.

##### *Metodologia:*

A primeira entrevista individual (1EI) foi realizada com o apoio do visionamento da filmagem da actividade de trabalho e de um guião de entrevista individual e teve a duração de, aproximadamente, 45 minutos.

O objectivo era o de suscitar no trabalhador uma análise espontânea acerca do seu trabalho, a partir da questão: “Vamos imaginar que eu não conheço o seu trabalho mas que possuo algumas imagens relativas à actividade que desenvolve. Vou-lhe pedir para me explicar tudo acerca deste trabalho”, pretendendo, assim,

---

<sup>79</sup> No anexo 6 são apresentados os guiões das três entrevistas individuais.

que o participante fale do seu trabalho e expresse, de forma livre e espontânea, os factos que considera relevantes.

### **3.3.1.2. A segunda entrevista: os riscos profissionais**

#### *Objectivos:*

- ▶ Identificar os riscos profissionais da actividade de trabalho de tecelão/tecedeira;
- ▶ Identificar os principais problemas de saúde;
- ▶ Compreender a relevância atribuída à actividade de trabalho nos problemas de saúde;
- ▶ Analisar as representações das relações entre saúde e trabalho.

#### *Metodologia:*

A segunda entrevista individual (2EI) foi realizada com o apoio de um guião de entrevista adaptado do questionário sobre avaliação dos riscos profissionais nos locais de trabalho de Boix e Vogel (1999), (anexo 7) e teve a duração de cerca de 1 hora.

A entrevista foi estruturada em três grandes momentos: (1) recolha espontânea dos riscos referidos pelos trabalhadores; (2) identificação dos riscos sistematizados no questionário; (3) identificação dos principais problemas de saúde sentidos pelos trabalhadores e na análise das suas relações com o trabalho.

#### *Entrevistas complementares:*

Neste momento da intervenção, decidiu-se completar estas informações com a opinião de outros interlocutores da empresa, pretendendo confrontar as suas representações relativamente aos riscos do trabalho em análise com os comentários dos operadores.

Deste modo, procedeu-se às entrevistas dos seguintes interlocutores da empresa (quadro 17):

Quadro 17: Identificação dos sujeitos que participaram nas entrevistas relativas aos riscos profissionais da actividade de trabalho de tecelão/tecedeira

Posição na empresa	Número de sujeitos
Administração	1
Director da Produção	1
Director da Qualidade	1
Responsável pelo Planeamento Responsável e pela Higiene e Segurança Industrial	1
Médica da empresa	1
Director da tecelagem	1
Encarregados da tecelagem	2

Foram assim realizadas oito entrevistas individuais, após o preenchimento prévio do referido questionário<sup>80</sup>, entrevistas estas que decorreram nos gabinetes de cada um dos interlocutores. Cada entrevista durou cerca de 1h.30m.

Os objectivos destas entrevistas complementares consistiam essencialmente em; (1) confirmar e completar os riscos identificados no questionário pelos trabalhadores da tecelagem; (2) confrontar com os principais riscos também identificados pelos trabalhadores da tecelagem; (3) confrontar com os principais problemas de saúde também identificados pelos trabalhadores da tecelagem.

No caso da médica de empresa foi ainda realizada um entrevista complementar, que incidiu sobretudo na identificação e análise dos problemas de saúde mais frequentes na actividade de tecelão/tecedeira<sup>81</sup>.

### 3.3.1.3. A terceira entrevista: as estratégias de regulação

*Objectivos:*

- ▶ Analisar as relações entre a saúde e o trabalho;
- ▶ Identificar as estratégias de preservação e construção da saúde.

<sup>80</sup> Onde foram introduzidas algumas alterações (anexo 8)

<sup>81</sup> Baseada num questionário de identificação dos problemas de saúde da actividade de trabalho de tecelão/tecedeira (anexo 9)

### *Metodologia:*

A terceira entrevista individual (3EI) voltou a ter o apoio do visionamento da filmagem da actividade de trabalho associado a um outro guião de entrevista, tendo a duração média de 1h.30 minutos.

O objectivo era o de, a partir da análise da actividade de trabalho, identificar os processos de regulação da saúde, sistematizando as diferentes estratégias utilizadas pelos trabalhadores na preservação e construção da sua saúde.

A metodologia a que se recorreu consistiu na auto-análise individual com recurso à técnica do sócia (Oddone, Re & Briante, 1981; Barros-Duarte, 1998a). Esta técnica consiste em pedir ao sujeito para dar instruções a um “eu-auxiliar”, a um sócia: “Se existisse uma outra pessoa perfeitamente idêntica a si mesmo, como lhe diria para se comportar na empresa relativamente à situação de trabalho?” (Oddone, Re & Briante, 1981, p.57). Segundo os autores, esta técnica permite que a imagem do sujeito se duplique e facilite a reprodução do processo complexo da situação de trabalho ao nível da sua experiência pessoal na empresa.

Esta técnica já utilizada na tese de mestrado referida (Barros-Duarte, 1998a) favorece efectivamente a auto-análise individual sendo reforçada, ainda, com a utilização do visionamento da própria actividade de trabalho, facilitando deste modo a descrição, a formalização e a reflexão.

Neste quadro, e tendo em atenção a experiência já detida, a questão utilizada assumiu, no âmbito desta terceira entrevista a interrogação seguinte: “Suponha que eu sou uma pessoa idêntica a si e que, a partir de amanhã, vou começar a fazer o seu trabalho. Que cuidados é que teria que ter para cuidar da minha saúde?”. Procurou-se, assim, suscitar um processo de explicitação, descoberta e reflexão sobre as relações entre a saúde e o trabalho.

### **3.3.2. Entrevistas colectivas**

Foram realizadas cinco entrevistas colectivas<sup>82</sup>, cada uma com grupos de três trabalhadores. Das cinco entrevistas colectivas, quatro foram realizadas com os

---

<sup>82</sup> No anexo 10 é apresentado o conjunto dos guiões das entrevistas colectivas pela ordem da sua utilização.

doze trabalhadores (4x3) que participaram nas entrevistas individuais. O quinto grupo era constituído por três trabalhadores que não estiveram presentes nos momentos individuais.

O objectivo geral era o de favorecer a tomada de consciência colectiva dos modos de regulação da saúde no trabalho. Para isso foram definidas metodologias específicas para cada grupo, tendo subjacentes diferentes modelos de intervenção e privilegiando uma abordagem centrada ou em si ou na actividade real de trabalho ou, então, no trabalho dos outros. Deste modo, e dadas as características da metodologia definida para cada grupo, as entrevistas tiveram uma organização e duração variável.

Além disso, procurou-se dar também continuidade às entrevistas individuais, explorando, agora colectivamente, as opiniões, as representações, as estratégias, as contradições dos *modos de pensar, agir e sentir* produzidos no seio do grupo, de forma a completar e a enriquecer os dados das entrevistas individuais mas, também, permitir a identificação de novos aspectos do discurso colectivo.

No final de todas as entrevistas colectivas foram apresentados os principais resultados do Inquérito SIT (capítulo III), confrontando então cada grupo com os principais riscos do trabalho da tecelagem e os principais problemas de saúde.

Apresenta-se a seguir as especificidades das orientações dadas às entrevistas colectivas com cada um dos cinco grupos.

### **3.3.2.1. O primeiro grupo: o eu e os riscos profissionais**

#### *Objectivos:*

- ▶ Analisar colectivamente os riscos profissionais da actividade de trabalho de tecelão/tecedeira;
- ▶ Tomar consciência e discutir os riscos profissionais da actividade de trabalho e os seus efeitos na saúde e no bem-estar.

### *Metodologia:*

Participantes: A1, B1 e C1  
(Grupo 1)

Identificação do Grupo: ECG1  
(Entrevista Colectiva do Grupo 1)

Foram realizadas duas entrevistas colectivas com o grupo 1 com uma duração aproximada de 2 horas cada uma, seguindo as seguintes etapas.

#### *Primeira entrevista colectiva do G1 (1ECG1)*

Foi apresentado um conjunto de riscos profissionais<sup>83</sup> a cada um dos trabalhadores tendo-lhes sido solicitada a sua ordenação individual por ordem decrescente da importância. Depois, pediu-se a cada um dos trabalhadores que justificasse oralmente a ordenação efectuada.

Após a explicação individual da ordenação realizada foi solicitado ao grupo que efectuasse uma ordenação colectiva. Posteriormente, foi também pedido para explicarem as razões da ordenação efectuada em grupo.

Por último, foi solicitado a cada um dos participantes que seleccionasse quatro riscos da lista de ordenação colectiva a fim de realizarem uma reflexão mais aprofundada, a partir de exemplos concretos vividos por eles próprios ou por alguém que conhecessem - o que seria analisado na segunda entrevista colectiva.

#### *Segunda entrevista colectiva do G1 (2ECG1)*

A segunda entrevista colectiva incidiu numa reflexão conjunta sobre as consequências dos riscos do trabalho na saúde e no bem-estar dos trabalhadores baseada na percepção individual de cada um acerca das relações entre a saúde e o trabalho.

Assim, foi solicitada a cada um dos trabalhadores uma reflexão sobre as consequências dos riscos do seu trabalho para a saúde e bem-estar, a partir da reflexão de casos concretos. A discussão colectiva permitiu que cada um em

---

<sup>83</sup> Os riscos profissionais apresentados foram identificados pela maioria dos 12 trabalhadores nas segundas entrevistas individuais.

particular e o grupo em geral pudessem analisar as estratégias desenvolvidas para preservar a sua saúde.

### **3.3.2.2. O segundo grupo: a actividade de trabalho e as estratégias de regulação**

#### *Objectivos:*

- ▶ Analisar colectivamente as estratégias de regulação no trabalho;
- ▶ Tomar consciência dos constrangimentos da actividade de trabalho;
- ▶ Tomar consciência e confrontar as estratégias de regulação da saúde no trabalho.

#### *Metodologia:*

Participantes: A2, B2 e C2  
(Grupo 2)

Identificação do Grupo: ECG2  
(Entrevista Colectiva do Grupo 2)

Foram realizadas três entrevistas colectivas com o grupo 2 com uma duração aproximada de 2 horas cada uma, seguindo as seguintes etapas:

#### *Primeira entrevista colectiva do G2 (1ECG2) e Segunda entrevista colectiva do G2 (2ECG2)*

A metodologia utilizada nestas duas entrevistas consistiu na confrontação e discussão dos modos de trabalhar de cada um em relação aos outros membros do grupo, acentuando as diferenças e as semelhanças de estratégias de regulação.

Inspirada na metodologia colectiva utilizada na tese de mestrado (Barros-Duarte, 1998a, 1998b) e no modelo da entrevista de auto-confrontação cruzada (Clot, Fajta, Fernandez & Scheller, 2000), com o apoio de um vídeo de uma sequência de trabalho, o processo consistiu em suscitar uma verbalização sobre as estratégias de regulação da actividade de trabalho, a partir do comentário do par sobre as dificuldades de realização do trabalho e as maneiras de as gerir. Este método, como refere Clot (1999b), permite descobrir, pela confrontação de modos

operatórios, formas estilísticas, específicas a cada um dos trabalhadores mas que na realidade se completam, no contexto da discussão e reflectem várias formas assumidas pelo género profissional.

Deste modo, a preparação das duas primeiras entrevistas colectivas (1ECG2+2ECG2) teve subjacentes as ideias de que falar da saúde no trabalho *não é natural nem espontâneo* e de que a actividade concreta do trabalho pode constituir um meio de reflexão e análise das relações entre saúde e trabalho. A referência ao real do trabalho, através das sequências de filmagens da actividade de trabalho de cada um dos três trabalhadores constituiu um instrumento valioso de partilha, reflexão e confrontação colectiva sobre as relações entre saúde e trabalho, nomeadamente sobre a diversidade e a variabilidade das estratégias de regulação no trabalho.

A metodologia usada consistiu em pedir aos dois trabalhadores não retratados no filme que comentassem as imagens da filmagem da actividade de trabalho do colega que, posteriormente, iria analisar e discutir os comentários, explicitando e justificando as suas estratégias de regulação no trabalho. Este procedimento foi idêntico para os outros dois trabalhadores: a intenção era a de a partir da actividade real de trabalho, gerar no colectivo de trabalho a partilha, a descoberta e a explicitação de *modos de pensar e de sentir* que explicassem os *modos de agir* e de regular a saúde e o trabalho.

### *Terceira entrevista colectiva do G2 (3ECG2)*

A terceira entrevista (3ECG2) teve como objectivo a confrontação dos discursos dos trabalhadores com o discurso de um especialista no domínio da saúde no trabalho. A participação de um especialista, a médica da empresa, favoreceu não só a explicitação e a justificação das estratégias de regulação como ainda a reflexão e a tomada de consciência dos seus modos de agir e pensar as relações entre a saúde e o trabalho.

A metodologia utilizada consistiu na discussão e reflexão subordinada ao tema, o *Impacto das condições de trabalho na saúde dos trabalhadores da ITV*. Foram apresentados os principais resultados obtidos na aplicação do Inquérito SIT na ITV – características do trabalhador(a) típico(a), principais riscos profissionais dos

tecelões/tecedeiras e principais problemas de saúde - comparando-os com os resultados obtidos na aplicação do mesmo inquérito num outro sector (o dos Transportes<sup>84</sup>), sublinhando as diferenças encontradas e as suas relações com as características e a especificidade do trabalho desenvolvido nos dois sectores.

A participação da médica incidiu, deste modo, na explicitação das consequências das condições de trabalho na saúde e no bem-estar, fazendo referência, sempre que possível, a exemplos concretos e clarificando dúvidas ou contradições emergentes no discurso produzido pelo colectivo de trabalhadores.

### **3.3.2.3. O terceiro grupo: as minhas estratégias e as estratégias dos outros**

*Objectivos:*

- ▶ Analisar colectivamente as estratégias de regulação no trabalho;
- ▶ Tomar consciência das estratégias individuais por confrontação com as estratégias dos outros;
- ▶ Analisar e reflectir sobre os riscos profissionais da actividade de tecelão/tecedeira e os problemas de saúde.

*Metodologia:*

Participantes: A3, B3 e C3  
(Grupo 3)

Identificação do Grupo: ECG3  
(Entrevista Colectiva do Grupo 3)

Foi realizada uma entrevista individual de preparação com o participante A3 e uma entrevista colectiva com o grupo 3 com uma duração aproximada de 2 horas cada uma.

A ideia subjacente a estas entrevistas foi a de utilizar o discurso de um trabalhador para orientar a discussão e reflexão conjunta no grupo. Neste caso, pretende-se que o trabalhador fale do seu trabalho, referindo exemplos concretos da sua actividade e que, deste modo, sejam discutidas colectivamente opiniões, percepções e experiências.

---

<sup>84</sup> Baseados no estudo sobre as condições de trabalho e sua influência na saúde no sector dos transportes rodoviários de passageiros, apresentado por Cunha (2002).

### *Entrevista individual de preparação à entrevista colectiva do G3 (EPrepECG3)*

Foi realizada uma entrevista de preparação à entrevista colectiva (EPrepECG3) com o sujeito A3, na qual se procurou reconstruir o seu percurso nas três entrevistas individuais efectuadas sistematizando e comparando as suas estratégias com as estratégias dos outros. Esta entrevista é completada pela apresentação e discussão do estudo comparativo já mencionado sobre o efeito das condições de trabalho na saúde na ITV e no sector dos Transportes.

### *Entrevista colectiva do G3 (ECG3)*

Na entrevista colectiva, o participante A3 apresentou e explicou as estratégias utilizadas na realização da sua actividade de trabalho nas situações de: (1) prevenir a paragem do tear; (2) prevenir o defeito; (3) estratégias utilizadas na situação de paragem simultânea de muitos teares, abordando no decorrer do seu discurso as estratégias de prevenção do acidente e as estratégias de preservação e construção da saúde.

A partir desta apresentação individual foram suscitadas opiniões concordantes e discordantes que permitiram explorar melhor as relações percebidas entre a saúde e o trabalho.

Foi ainda solicitado ao sujeito A3 que apresentasse os principais resultados da aplicação do Inquérito SIT, comparando os trabalhadores da ITV com os trabalhadores do Sector dos Transportes, promovendo uma discussão e reflexão acerca das diferenças dos riscos profissionais e dos problemas de saúde.

#### **3.3.2.4. O quarto grupo: as minhas estratégias, diferenças e evoluções**

##### *Objectivos:*

- ▶ Analisar colectivamente as estratégias de regulação no trabalho;
- ▶ Tomar consciência das diferenças entre estratégias individuais a dois níveis: principiantes versus experientes e entre gerações.

### *Metodologia:*

Participantes: A4, B4 e C4  
(Grupo 4)

Identificação do Grupo: ECG4  
(Entrevista Colectiva do Grupo 4)

Foi realizada uma entrevista colectiva com o grupo 4 (ECG4) com uma duração aproximada de 2 horas.

Partindo-se do conjunto de estratégias identificadas pelos grupos G2 e G3 a intenção foi suscitar a reflexão sobre o tipo de estratégias utilizadas pelo grupo, distinguindo as estratégias de principiantes *versus* experientes e ainda as estratégias de diferentes gerações.

Deste modo, foi apresentado um conjunto sistematizado das estratégias construídas a partir dos dados das entrevistas anteriores e solicitou-se ao grupo a sua classificação enquanto estratégias de principiantes ou de experientes. Foi igualmente solicitada a identificação das estratégias utilizadas pelas diferentes gerações. As razões e as explicações apontadas abriram a via para uma outra renovação da reflexão sobre as relações entre saúde e trabalho.

### **3.3.2.5. O quinto grupo: o eu e os outros, riscos e estratégias**

#### *Objectivos:*

- ▶ Analisar colectivamente os riscos profissionais da actividade de trabalho de tecelão/tecedeira;
- ▶ Analisar colectivamente as estratégias de regulação no trabalho;

#### *Metodologia:*

Participantes: A5, B5 e C5  
(Grupo 5)

Identificação do Grupo: ECG5  
(Entrevista Colectiva do Grupo 5)

Foi realizada uma entrevista colectiva com o grupo 5 (ECG5) com uma duração aproximada de 2 horas. É de referir que os sujeitos participantes neste grupo não

participaram nas entrevistas individuais. Contudo, foi por força de um pedido explícito por parte dos seus membros que a entrevista foi realizada.

A entrevista dividiu-se em dois momentos. No primeiro momento foi solicitado ao grupo a identificação e explicação dos principais riscos do seu trabalho e, no segundo momento, foram induzidas uma análise e uma reflexão sobre as estratégias utilizadas na preservação e construção da sua saúde. Ao longo do segundo momento foram referidas pelo investigador algumas estratégias já identificadas pelos grupos anteriores a fim de suscitar a reflexão e enriquecer a discussão.

Sinteticamente, apresenta-se no quadro 18 os diferentes momentos da intervenção, assinalando o tipo de entrevista realizada e os sujeitos participantes.

Quadro 18: Quadro-síntese dos diferentes momentos da intervenção

Participantes	A1	B1	C1	A2	B2	C2	A3	B3	C3	A4	B4	C4	A5	B5	C5	M*
Momentos da intervenção																
1EI																
2EI																
3EI																
1ECG1																
2ECG1																
1ECG2																
2ECG2																
3ECG2																
EPrepECG3																
ECG3																
ECG4																
ECG5																

\* M – médica da empresa

### 3.4. Análise dos resultados

Para a análise dos resultados das entrevistas realizou-se uma análise de conteúdo através do programa informático QSR - Nud\*ist 6.0. A unidade de registo seleccionada foi o parágrafo, por se considerar ser a unidade que mais se adequa à análise do significado da ideia transmitida pelos participantes.

O sistema de codificação das entrevistas decorreu do quadro de análise proposto no ponto 2 deste capítulo e privilegiou três grandes categorias: (1) as estratégias de regulação da saúde, (2) os valores emergentes na saúde no trabalho e (3) a interação entre as estratégias de regulação da saúde e os valores que caracterizam os dados de conteúdo<sup>85</sup> das entrevistas.

### **(1) As estratégias de regulação da saúde**

Esta categoria descreve as estratégias de regulação desenvolvidas pelos trabalhadores nas situações concretas de trabalho que revelam uma procura de um equilíbrio frágil entre o cumprimento das normas de produção e a preservação da sua saúde e bem-estar.

Retomando a primeira questão de investigação apresentada anteriormente, a saber,

*Como se caracterizam as estratégias de regulação da saúde? Ou seja, de que forma são estabelecidos os compromissos entre a eficácia produtiva e a preservação de si e da sua saúde?*

A resposta a esta questão fundamenta-se na sistematização tripolar da actividade de trabalho apresentada anteriormente, identificando, assim, três subcategorias:

---

**Pólo eu:** onde se distinguem as *regulações operatórias* das *regulações catacréticas*.

---

**Pólo sistema:** onde se distinguem as *regulações funcionais* das *regulações estruturais*

---

**Pólo outros:** onde se situam as *regulações horizontais*

---

Estas subcategorias não são mutuamente exclusivas podendo, na mesma unidade de análise, identificar-se estratégias de regulação centradas em dois ou em três pólos em simultâneo.

---

<sup>85</sup> No anexo 11 é apresentado o relatório do sistema de codificação utilizado na análise de conteúdo: dados de identificação e dados de conteúdo, especificando o conjunto de documentos codificados.

## **(2) Valores emergentes nos modos de agir, pensar e sentir a saúde no trabalho**

Esta categoria descreve o conjunto de valores que, enraizados na história de cada um, na sua vivência no trabalho e nas suas actividades nos outros domínios da vida, se cruzam e se organizam para que, na perspectiva de cada um, se desenhe um sentido e um significado à sua actividade de trabalho, nomeadamente na conciliação entre a sua saúde e os constrangimentos do seu trabalho.

Retomando a segunda questão de investigação apresentada anteriormente;

*Quais os valores que emergem quando falamos da saúde no trabalho?*

A resposta a esta questão fundamenta-se na sistematização de três tipos de valores emergentes na regulação da saúde no trabalho já referidos anteriormente. Deste modo, foram, igualmente, identificadas três subcategorias:

---

**Gestão de si no trabalho:** onde emergem os valores relativos ao *uso de si por si e pelos outros*

---

**Pólo mercado:** onde se exibem os valores de mercado que justificam e legitimam as consequências das condições de trabalho na saúde e no bem-estar.

---

**Pólo politeia:** onde se exprimem os valores sem dimensão que, de cariz mais existencial, mais subjectivo, se prendem com dimensões mais conativas que reflectem a acção criativa do homem no trabalho.

---

À semelhança da categoria anterior, as subcategorias identificadas não são mutuamente exclusivas podendo reflectir valores comuns em dois pólos ou mesmo nos três em simultâneo.

## **(3) Estratégias de regulação da saúde e mundo dos valores**

Esta categoria descreve a interacção das duas categorias anteriores procurando, heurísticamente, compreender quais os modos de pensar e sentir subjacentes às estratégias de regulação da saúde. Procura-se *desvendar* o que está ainda mais

oculto e que poderá mesmo parecer enigmático e contraditório mas que, na perspectiva do trabalhador, terá um significado coerente e até criativo.

Retomando a terceira questão de investigação apresentada anteriormente;

*Será que os modos de regulação da saúde no trabalho evocados na primeira questão estão relacionados com a gestão dos valores evocados na segunda?*

Procurou-se responder a esta questão a partir do cruzamento das estratégias de regulação da saúde com os valores emergentes dos discursos dos trabalhadores tendo em atenção o tipo e a frequência das suas interações, a evolução das interações ao longo das entrevistas individuais e colectivas e a variabilidade inter-individual.

A apresentação dos resultados encontrados está organizada de modo a responder às três questões da investigação formuladas anteriormente. De uma forma geral é contabilizada a frequência de unidades de registo codificadas numa determinada categoria procurando evidenciar as variações encontradas nos diferentes momentos da intervenção, designadamente, nos momentos individuais e nos momentos colectivos.

Os discursos assumem também um papel central nesta análise procurando evidenciar, através de extractos das entrevistas individuais e colectivas, a variabilidade inter-individual, a evolução dos discursos face ao percurso da intervenção (momentos individuais e os momentos colectivos) procurando realçar neste caso a função do colectivo.

Contudo, esta análise não podia deixar de ser antecedida por uma análise mais exaustiva das características e dos constrangimentos da actividade de trabalho dos tecelões e das tecedeiras recorrendo para isso à análise ergonómica do trabalho, às observações efectuadas no posto de trabalho e aos questionários realizados na segunda entrevista individual que, enquadrados com os dados estatísticos do Inquérito SIT relativos a esta função, traduzem o trabalho de um tecelão ou de uma tecedeira.

## **4. Características e constrangimentos da situação de trabalho como fonte de riscos**

### **4.1. O trabalho e as condições de trabalho do tecelão e da tecedeira**

Sendo o trabalho do tecelão orientado para a vigilância e intervenção junto dos teares, o seu objectivo é manter os teares a trabalhar continuamente de forma a produzir o máximo de tecido evitando assim que o tear pare ou, se tal suceder, intervir o mais rapidamente possível de modo a repor o tear a trabalhar e dar continuidade à produção.

Coadjuvado pela acção das remetedeiras, atadeiras e dos afinadores, cada tecelão é responsável por, pelo menos, 12 teares, distribuídos paralelamente em duas colunas (na configuração 2x6), os quais tem que manter permanentemente em funcionamento de modo a ser produzido o tecido de acordo com as especificações prescritas e sem defeitos.

As suas tarefas consistem essencialmente em:

- ✓ Emendar quebras de fio de teia;
- ✓ Emendar quebras de fio de trama;
- ✓ Substituir bobines de trama;
- ✓ Retirar os fios em excesso, os tapulhos, os borbotos do fio de teia para evitar que o tear pare;
- ✓ Detectar defeitos no tecido;
- ✓ Reparar os defeitos da teia ou, então, assinalar e avisar o afinador dos defeitos que não conseguir reparar.

As suas tarefas são realizadas nos teares e necessitam de uma tesoura (para cortar o fio) e de uma palheta (para enfiar o fio da teia na pua que corresponde ao espaço entre as lâminas onde o fio da teia circula).

No seu trabalho, as quebras de fio de teia e de trama conduzem à imobilização do tear e, por isso, à paralisação de produtividade. A paragem do tear é assinalada por um sistema de sinalização luminoso que se mantém intermitente até ser restabelecida a situação operacional e o tear voltar a trabalhar. Este sistema está colocado em cima do tear no seu extremo esquerdo. O sistema é constituído por

três luzes, dispostas numa sequência vertical, as quais indicam o motivo de paragem do tear: a luz azul indica quebra de teia, a luz amarela indica quebra de trama e a luz vermelha indica avaria no tear.

A activação das luzes azul e amarela exige a actividade imediata dos tecelões/tecedeiras e a luz vermelha implica a presença do afinador a fim de reparar a avaria do tear.

Quando a luz azul acende, o tecelão procura detectar o local onde ocorreu a quebra de fio de teia. Para tal, pode utilizar diferentes modos operatórios: ou consegue detectar a quebra apenas pela observação; ou percorre, com a mão, o conjunto de lamelas (espécie de varetas por onde circula o fio da teia) até detectar a zona com atrito, identificando a lamela que “caiu” e que tem o fio partido; ou, então, através de um manípulo situado num extremo, abana as lamelas de modo a identificar a lamela desnivelada que contém o fio partido.

Após ter detectado o fio quebrado vai buscar um fio novo (a um suporte colocado, em cima, no centro do tear) e liga os dois fios que partiram através de um nó, o chamado nó de tecelão<sup>86</sup> que, além de resistente, não poderá ficar muito visível nem espesso.

No caso de ser quebra de fio de trama, o tecelão procura o fio no tear mas agora junto ao tecido acabado de tecer que corresponde aos últimos fios de trama que atravessaram a teia e partiram. Neste caso, o tecelão retira o fio de trama que quebrou e, accionando o tear, o fio de trama volta de novo a atravessar a teia. Pode acontecer que, com a quebra de fio de trama, o fio se desenfie do acumulador o que, neste caso, implica que o tecelão o tenha que enfiar de novo de forma a restabelecer o seu funcionamento.

Para além do restabelecimento das quebras de fios de teia e de trama dos teares, os tecelões/tecedeiras realizam um conjunto de tarefas que visam a manutenção do funcionamento do tear, de forma a evitar que este pare. Esta situação acontece, sobretudo, quando todos os teares estão a trabalhar, o que

---

<sup>86</sup> Existem duas maneiras de dar o nó de tecelão: uma mais simples e mais rápida mas o nó fica mais frágil, outra mais complicada (com mais voltas), mais demorada mas em que o nó fica mais resistente. Dependendo do tipo de fio de teia, o tecelão opta por um ou por outro de modo a que o fio emendado não volte a quebrar. Por exemplo, quando o fio da teia é de linho, o tecelão opta, quase sempre, pelo nó mais complicado porque sabe que se utilizar o outro tipo de nó há muita probabilidade de o fio voltar a partir.

normalmente não acontece durante mais do que 15 minutos consecutivos<sup>87</sup>. Nesta altura, a actividade da tecedeira prende-se com a substituição de bobines de trama e na limpeza da teia (retira manualmente os borbotos, os tapulhos, o algodão e outras impurezas da teia), evitando, assim, quebras de fios. Para além disso a actividade é ainda caracterizada pela detecção de defeitos no tecido, cabendo-lhe reparar pequenos defeitos (que possam ser corrigidos no próprio tear) ou, então, assinalar os defeitos detectados no tecido e avisar o afinador.

Trata-se de uma actividade fundamentalmente individual cujo objectivo é o de evitar paragens desnecessárias nos teares de forma a assegurar a máxima produtividade do conjunto dos teares por que se é responsável.

Por outro lado, esta actividade de trabalho é desenvolvida sob condições de trabalho bem específicas que, além de dificultarem a sua realização, põem em causa a preservação e construção da saúde e do bem-estar dos trabalhadores.

Ao nível dos factores que caracterizam o ambiente físico<sup>88</sup>, o barulho produzido pelo funcionamento dos teares faz da tecelagem uma secção com níveis de ruído médio de 95 dB (superiores ao permitido por lei), impossibilitando o diálogo ou qualquer tipo de verbalização<sup>89</sup>. As condições de temperatura e humidade (22 graus e 75%, respectivamente) são mantidas regulares durante todo o ano sendo indispensáveis para a manutenção do bom funcionamento dos teares. O aparelho de ar condicionado mantém estes valores estáveis e através de um sistema integrado de aspiração de poeiras, o nível de empoeiramento é considerado aceitável (0,58 mg/m<sup>3</sup>, embora superior ao permitido por lei) não deixando, porém de se sentir no ar da secção a presença de fibras de algodão e outros componentes. O sistema de iluminação da tecelagem é artificial, tratando-se de um espaço em que não existe nenhuma janela. Os valores de luminosidade variam entre 330 e 400 lux, o que para algumas tarefas que exigem mais minúcia, dificulta o trabalho.

---

<sup>87</sup> Embora seja muito variável, depende do tipo de tecido, do tipo de remetido, da preparação dada à teia e do tipo de fio de trama.

<sup>88</sup> Os valores apresentados foram analisados a partir de um documento interno da empresa realizado no âmbito de um diagnóstico de higiene e segurança no trabalho e confirmados com o registo realizado na própria situação de trabalho.

<sup>89</sup> Só "gritando" ao ouvido é que é possível perguntar ou explicar algum assunto

Para além destas dificuldades, está o facto de esta actividade de trabalho ser realizada permanentemente de pé<sup>90</sup>, não havendo qualquer oportunidade de se sentar. Acresce que as características dos teares, altos e bastante largos, dificultam o trabalho do tecelão/tecedeira que, para emendar os fios quebrados, tem que subir aos estrados dos teares (equivalente a um degrau) esticando-se e colocando-se por vezes em bicos de pé, para emendar o fio. Em certos casos, quando a quebra ocorreu junto aos liços (conjunto de estruturas metálicas que se situam por cima do tear e que permitem o seu funcionamento – através do cruzamento do fio da trama com o fio da teia ) é necessário colocar-se em cima do rolo do tecido e por vezes, mesmo, em cima do tear.

As quebras frequentes de fio de teia ou trama (num período de 5 minutos, há, em média, pelo menos uma quebra, embora seja muito variável) obrigam o tecelão/tecedeira a deslocações frequentes, de tear para tear, que dependendo do tipo e do local da quebra, lhe exigem determinadas posturas desconfortáveis e em certas situações uma permanência longa numa postura curvada (quando existem emaranhados de fios ou quando os fios quebrados estão junto aos liços).

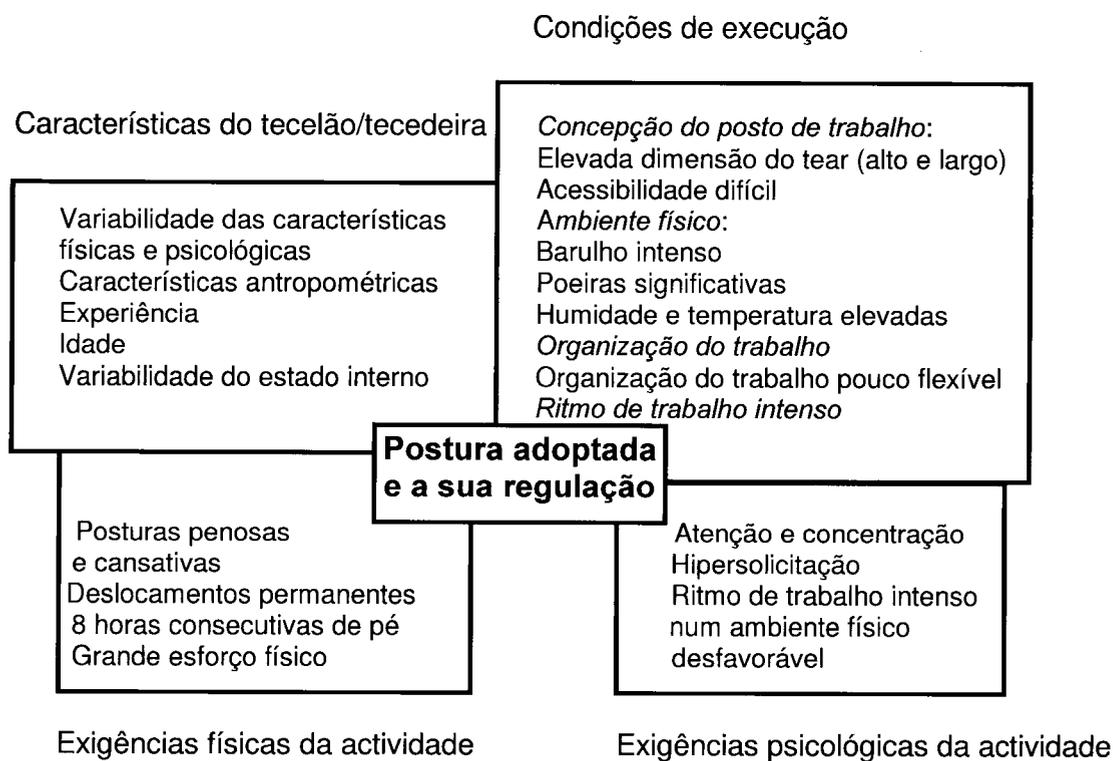
A solicitação constante, pela paragem dos teares e pelas luzes intermitentes do sistema de sinalização, aliada às exigências de produtividade e à pressão exercida pelo prémio de produtividade, fazem desta actividade uma actividade não só com elevadas exigências físicas mas também com elevadas exigências psicológicas provocando, também, um desgaste psíquico intenso.

Na figura 10 são sistematizados os principais factores que interferem na actividade de trabalho do tecelão e da tecedeira facilitando ou dificultando o estabelecimento de um compromisso entre as exigências da produção e a preservação e construção da sua saúde.

---

<sup>90</sup> Em média percorrem entre 8 a 10 km por 8h/dia de trabalho.

Figura 10: Factores intervenientes na actividade de trabalho do tecelão/tecedeira



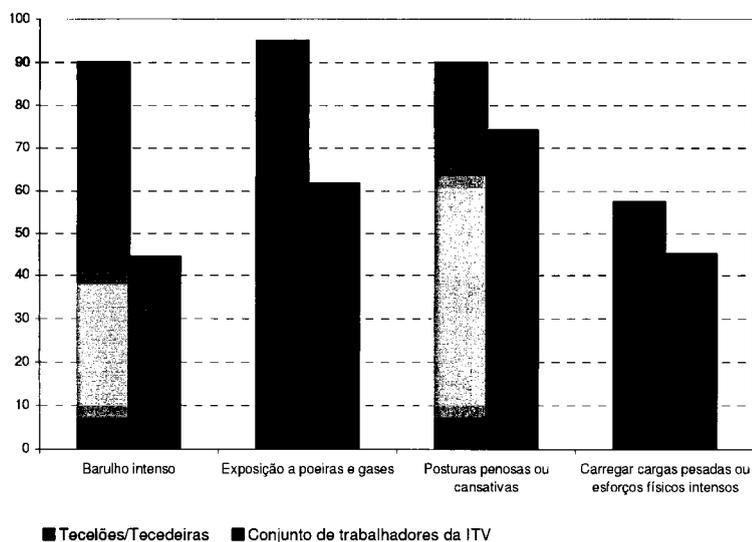
O trabalho e as condições de trabalho observadas na actividade desenvolvida pelos tecelões e pelas tecedeiras evidenciam um conjunto de riscos profissionais, já enunciados no Inquérito SIT, que se tornam mais visíveis graças à análise do trabalho realizado o que será ainda enriquecido de forma significativa pela análise da perspectiva dos trabalhadores e dos diferentes actores da empresa.

#### 4.2. Riscos e problemas de saúde da actividade de trabalho

Os riscos mais frequentes nesta actividade de trabalho emergem das condições de trabalho descritas anteriormente, colocando os tecelões e as tecedeiras como um dos grupos profissionais<sup>91</sup>, mais expostos aos constrangimentos físicos (gráfico 25) comparativamente com o conjunto dos trabalhadores da ITV.

<sup>91</sup> Esta análise foi realizada a partir do Inquérito SIT numa amostra de 40 trabalhadores que pertencem ao grupo profissional dos tecelões e das tecedeiras comparativamente com os 329 trabalhadores que constituem a amostra global do SIT.

Gráfico 25: Exposição actual aos constrangimentos físicos, dados comparativos do grupo profissional dos tecelões/tecedeiras com o conjunto dos trabalhadores da ITV (em percentagem)

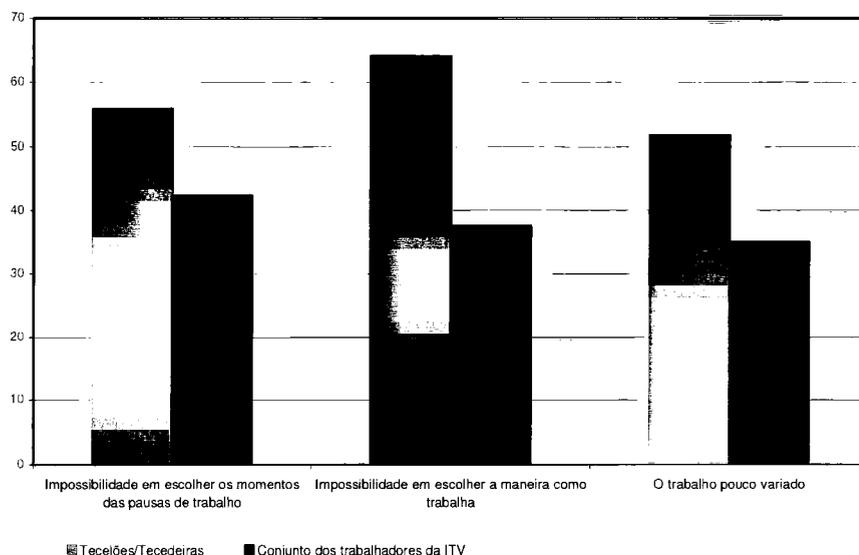


Fonte: SIT (2001/2002)

Se, de facto, a exposição ao ruído e às poeiras constituem os factores do ambiente físico mais preocupantes na ITV, quando se analisa em particular as características do trabalho dos tecelões e tecedeiras, tais valores elevam-se, atingindo praticamente todos estes trabalhadores (90% na exposição ao ruído e 95% na exposição às poeiras). Além disso, as características do trabalho obrigam a uma permanência constante de pé o que, agravado pela frequência de posturas penosas e cansativas (90%) e pelo esforço físico acrescido (57.5%), a caracterizam como sendo uma das actividades da ITV com condições de trabalho mais desfavoráveis e prejudiciais à saúde.

Além dos constrangimentos físicos do trabalho acompanharem o dia-a-dia do trabalho numa tecelagem, os constrangimentos da organização do trabalho vêm dificultar ainda mais a sua realização (gráfico 26).

Gráfico 26: Exposição actual aos constrangimentos da organização do trabalho, dados comparativos do grupo profissional dos tecelões/tecedeiras com o conjunto dos trabalhadores da ITV (em percentagem)



Fonte: SIT (2001/2002)

Também aqui os valores encontrados são mais desfavoráveis para os tecelões e tecedeiras comparativamente com o conjunto de trabalhadores da ITV. O trabalho desenvolvido na tecelagem é considerado pela maioria dos tecelões/tecedeiras inquiridos no âmbito do inquérito SIT pouco variado (65%) e apenas 37.5% destes trabalhadores referem ter a possibilidade de escolher a maneira como trabalha. A dificuldade em escolher os momentos de pausas de trabalho é sentida por 57.7% dos sujeitos, estando fixado em geral um período de descanso que equivale, num turno de 8 horas de trabalho, a 30 minutos.

Além disso, só 32.5% dos trabalhadores acharam que a sua opinião era tida em consideração para o funcionamento do serviço, sendo de salientar que 45% referiram mesmo que nunca o era e 42.5% declaram sentir que, de uma forma geral, o seu trabalho não é reconhecido no seu meio profissional.

Embora os constrangimentos de trabalho sejam, de uma maneira geral, mais desfavoráveis neste grupo profissional, o trabalho foi avaliado pela maioria dos trabalhadores da amostra do inquérito SIT (80%) como satisfatório ou muito

satisfatório apesar de apenas 9.1% dos trabalhadores referirem que gostavam que os seus filhos realizassem o seu trabalho.

Quanto aos principais problemas de saúde referidos pelos tecelões e pelas tecedeiras (quadro 19) estão sobretudo relacionados com o sistema osteoarticular e muscular (30.2%) o que, comparativamente com o conjunto de trabalhadores da ITV (16.4%) representa valores muito elevados – o que não é estranho se se tiver em conta as características da actividade de trabalho, designadamente os fortes constrangimentos posturais e a sujeição a um elevado esforço físico. Deste modo, os problemas ao nível do aparelho locomotor referidos no questionário médico do SIT, salientam as articulações punho/mão (7.5%), as articulações joelho/perna (15%) e a região lombar (20%) como sendo as razões das queixas mais frequentes e que poderão conduzir a dificuldades acrescidas na realização da actividade de trabalho.

Quadro 19: Principais problemas de saúde actuais e passados que afectam ou afectaram os tecelões e tecedeiras (em percentagem)

<b>Principais problemas de saúde actuais e passados<sup>92</sup></b>	<b>Percentagem</b>
Doenças do sistema osteoarticular e muscular	30.2
Doenças do aparelho digestivo	15.2
Doenças do aparelho respiratório	14.3
Doenças do sistema nervoso	12.5
Doenças do aparelho cardiovascular	10.5
Pele e anexos	8.9
Doenças de Otorrinolaringologia (ORL)	5.3

Fonte: SIT (2001/2002)

Além destes problemas, as doenças do aparelho digestivo e as doenças do aparelho respiratório são também referidas com alguma frequência e poderão estar relacionadas com dificuldades em manter a regularidade dos hábitos alimentares (o que se prende com o tipo de horário de trabalho) e com a exposição a poeiras e gases (que afecta 95% dos trabalhadores), respectivamente. Embora as doenças ao nível do ORL, registadas no questionário médico do SIT, tenham uma frequência relativamente baixa (5.3 %), 25% dos

<sup>92</sup> É de salientar que os valores apresentados referem-se aos problemas de saúde mais importantes para cada um dos sujeitos (resposta à questão nº2 do II Questionário do SIT).

trabalhadores são referidos como já apresentando alterações ao nível da audição. Quanto às alterações ao nível da visão, cerca de 20% utiliza correcção.

As doenças do sistema nervoso são referidas por 12.5% dos trabalhadores (cerca do dobro da percentagem encontrada no conjunto dos trabalhadores da ITV, 7.5%) e poderão estar relacionadas com as características da actividade de trabalho que, desenvolvida sob fortes constrangimentos físicos, é agravada pelo tipo de organização do trabalho praticada, levando mesmo alguns trabalhadores a consumirem medicamentos – já que 10% dos trabalhadores consomem psicotrópicos regularmente há, pelo menos, três meses.

Os riscos e os problemas de saúde dos tecelões e tecedeiras, sistematizados a partir do Inquérito SIT, realçam as relações entre os principais constrangimentos do seu trabalho e alguns dos problemas de saúde manifestados por este grupo profissional. Contudo uma análise centrada a partir do trabalhador vem revelar a diversidade e a variabilidade de perspectivas relativamente ao teor dessas relações entre a saúde e o trabalho.

## **5. Riscos profissionais e problemas de saúde: diferentes perspectivas**

### **5.1. A perspectiva do trabalhador**

#### **5.1.1. Os riscos**

Os principais riscos profissionais referidos pelos trabalhadores referem-se à exposição ao barulho intenso, aos problemas relacionados com a utilização de equipamento de protecção individual, ao risco de acidentes causados pelos teares, à inalação de poeiras, ao esforço físico globalmente exigido e a certos aspectos da organização do trabalho (quadro 20).

Apresenta-se então os dados que realçam este quadro de riscos, tal como percebido pelos trabalhadores.

Quadro 20: Riscos profissionais identificados pelos trabalhadores<sup>93</sup>

Identificação dos riscos profissionais	Frequência
Barulho muito intenso ou então que perturbe a execução do trabalho	12
Problemas relacionados com a utilização de equipamento de protecção individual	12
Riscos de acidentes causados por teares	11
Fumos, gases, vapores, poeiras, odores	10
Esforço físico elevado e fatigante	9
Posturas forçadas na realização de tarefas ou de operações	9
Duração excessiva da jornada de trabalho	9
Poucas possibilidades de promoção	9
Trabalho que obriga a deslocações frequentes e fatigantes	9
Poeiras desagradáveis ou nocivas	8
Permanência numa mesma posição por períodos de tempo longos	7
Trabalho monótono, rotineiro com tarefas pouco variadas	7
Movimentos repetitivos muito frequentes	6
Falta de meios adequados à realização do trabalho	6

- O barulho acompanha o dia-a-dia de trabalho dos tecelões e tecedeiras e se é, de facto, um risco bem visível e impossível de ocultar, identificado por todos os trabalhadores (12), não é, contudo, mencionado espontaneamente nem parece constituir um dos riscos prioritários para a maioria<sup>94</sup>, o que poderá significar que, na sua perspectiva, já faz parte integrante da sua actividade profissional e, por isso, acabaram por conviver com ele naturalmente, sem usar os protectores auriculares.

“Mas é como eu digo, devia ser logo de princípio quando se começou a trabalhar numa tecelagem. Mas eu, com 50 anos, nunca usei aquilo e sempre trabalhei, agora meto aqueles tafulhos ali, mete-me impressão, eu nunca tive problemas, ouvir, ouço bem” (B1, unidade de texto 15, documento 2EIB1).

“O ruído, já estamos habituadas, é o nosso trabalho” (B3, unidade de texto 10, documento 3EIB3).

<sup>93</sup> Riscos mais frequentes identificados pelos trabalhadores no questionário realizado na segunda entrevista individual. Optou-se por mencionar os riscos que obtiveram uma frequência igual ou superior a 6 correspondendo a metade dos doze trabalhadores entrevistados.

<sup>94</sup> Apenas 7 trabalhadores mencionaram de forma espontânea o barulho como um risco do seu trabalho (a partir da questão “O que é que acha que, no seu trabalho, pode ser um risco profissional?”) e consideraram-no como um dos três riscos prioritários no seu trabalho.

- Todavia, o ruído não deixa de constituir uma preocupação para alguns trabalhadores que o associam a problemas auditivos e se deparam com a dificuldade em utilizar o equipamento de protecção individual.

---

“Há também o ruído mas para o ruído nós éramos obrigados a usar o... como é que se chama os auriculares mas só há pouco tempo é que veio isso e nós já trabalhamos há 20 e tais anos e nunca ninguém nos obrigou e agora também nos damos mal com aquilo nos ouvidos, também é um risco muito grande, o barulho, o ruído” (B1, unidade de texto 5, documento 2EIB1).

---

“A longo-prazo pode muito bem interferir com a audição. Para já, não noto nada, mas acho e sei que, mais tarde, corro o risco de ter esse problema. Eu falo alto, mas acho que sempre falei. É um defeito meu, não foi um caso que aconteceu depois de eu estar a trabalhar aqui. Trabalho aqui há 15 anos” (A3, unidade de texto2, documento 2EIA3).

---

“Para mim é um problema, se eu fosse habituada logo desde o princípio, logo desde que entrei era capaz de não notar, agora não consigo, faz-me dores de cabeça, eu já tentei muitas vezes, só que me faz dores de cabeça. Às vezes estou com dores de cabeça e penso, vou pôr aquilo, ponho e faz-me aquele zumbido, fico com mais dores de cabeça” (A1, unidade de texto 11, documento 2EIA1).

- Os riscos de acidentes causados pelos teares preocupam bastante os trabalhadores que receiam a sua ocorrência, pois a sua lesão pode ser grave, susceptível mesmo de provocar incapacidades permanentes.

---

“O trabalho que o Tecelão faz, os esforços que faz é muito repetido, subir e descer acima de um tear. Pode causar um acidente porque ao descer pode dar um mau jeito. É do conhecimento dos outros porque já não é a primeira vez que alguém se aleija” (B3, unidade de texto 7, documento 2EIB3).

---

“Tem que haver muita atenção com os teares. Eu tenho esta mão toda estilhaçada de uma máquina. Estamos sujeitas a aleijar-nos, podemos ficar presas nos liços. Se pendurarmos mal os liços pode cair ao chão e partir-nos as pernas. Às vezes, uma distração...” (B3, unidade de texto 4, documento 2EIB3)

- Os problemas relacionados com a exposição às poeiras são também mencionados pela maioria dos trabalhadores que, normalmente, os relacionam com os problemas respiratórios,

---

“A coisa do cotão. Pode trazer problemas a nível de pulmões, chega-se aos 50, 60 anos e geralmente 40 a 50% das pessoas sofrem, têm problemas de respiração por causa disso, têm os pulmões e os brônquios já bastante tapados por causa disso” (C1, unidade de texto 3, documento 2EIC1).

- As características do trabalho e a própria concepção do tear condicionam a sua actividade de trabalho a qual, obrigando a deslocações permanentes e a posturas penosas, exige um elevado esforço físico.

---

“A altura do tear condiciona a acessibilidade da tecedeira: sou pequena, baixa, as máquinas modernas são, agora, muito altas, não há muita segurança para mim porque, não sei se já vii, eu subo acima depois subo acima e depois meto o fio. Quando o tear em si tem muitos liços eu ponho-me toda em cima...” (B2, unidade de texto 2, documento 2EIB2).

---

“Grande esforço físico é quando a carreira anda mal e uma pessoa anda para cima, para baixo, sobe o tear, desce o tear, sobe outro, desce outro” (A4, unidade de texto 5, documento 2EIA4).

---

“Grande esforço físico sim, um tecelão ao fim do dia faz uns quilómetros largos, se não faz uma meia maratona, a diferença não é muita. Um tecelão passa o dia todo de pé e anda sempre de trás para a frente, nunca está quieto, nunca pode estar quieto, aliás você já filmou aos colegas e a mim também e vê-se perfeitamente que a gente anda para trás e para a frente, que anda sempre, não é um trabalho pesado mas um trabalho que se faz um esforço físico a nível do andamento, aí faço ali uns quilómetros largos” (C1, unidade de texto 12, documento 2EIC1).

---

“Basta essa, meter os fios, ir para cima do tear, ajoelhar em cima do tear, à vezes em cima daqueles tempereiros, dói os joelhos, normalmente uma pessoa põe uns panos por baixo dos joelhos, outro dia até mandei fazer umas almofaditas para pôr por baixo, porque ficava com fundas nos joelhos” (A1, unidade de texto 14, documento 2EIA1).

---

“Ah isso sim, há sítios que o tecelão tem que se por a cavalo em cima da máquina para fazer o serviço mas isso já é da praxe! Quando são muitos liços a gente não chega tem que se por mesmo em cima do tear” (C1, unidade de texto 13, documento 2EIC1).

---

- Além destes constrangimentos, o conteúdo e a organização do trabalho condicionam a sua actividade, tornando-a por vezes difícil de suportar.

---

“Eu acho que um tecelão é quase sempre o mesmo. O tear pára, o tecelão vai ver onde é o fio que está arrebitado, emenda o fio, vem à frente mete no pente, nos liços, no pente e é quase tudo a mesma coisa. O tecelão é sempre a mesma coisa” (B1, unidade de texto 18, documento 2EIB1).

---

“Às vezes, ter que fazer o trabalho mais depressa. Pronto, se tiver uma teia estou mais calma, mas se vir outra teia ali à minha espera estou ali com o sistema nervoso... estou morta por acabar esta para ir para aquela. A gente ainda não tem acabado aquele já está... e isso, às vezes, também irrita a gente. Sim. Sim, às vezes. Tantas vezes” (C3, unidade de texto 11, documento 2EIC3).

---

“Porque os teares trabalham mal e eu estou sozinho e quero pôr aquilo a andar e não consigo. Não dou vazão aos teares e enervo-me muitas vezes. Se os teares andassem normais, não parassem tantas vezes, já não me enervava tanto. Às vezes, apetece-me virar as costas e ir embora. A carreira não anda, apetece-me mesmo ir embora ou desaparecer dali. As luzes não se apagam, até elas se apagarem todas... é muita confusão” (A2, unidade de texto 20, documento 2EIA2).

---

### 5.1.2. A saúde

Assim, se aos constrangimentos físicos do trabalho do tecelão e tecedeira se associam os constrangimentos da organização do trabalho, tornando a sua actividade muitas vezes difícil de suportar, os problemas de saúde mencionados pelos trabalhadores são diversos e variados, abrangendo o foro físico e psicológico (quadro 21).

Quadro 21: Problemas de saúde identificados pelos trabalhadores<sup>95</sup>

Problemas de saúde	Frequência
Problemas nervosos	9
Enxaquecas ou dores de cabeça frequentes	9
Lombalgias	9
Varizes	9
Problemas articulares	7
Feridas por acidente	6
Problemas de visão	6
Problemas de audição/surdez	5
Problemas musculo-esqueléticos	5

Os problemas nervosos parecem afectar quase todos os trabalhadores e, associados às enxaquecas e às dores de cabeça frequentes, perturbam a saúde e o bem-estar de muitos tecelões e tecedeiras. As lombalgias, as varizes e, de uma forma geral, os problemas músculo-esqueléticos, acompanham as suas queixas dificultando a vida do dia-a-dia. Com menor expressão, os problemas de visão e de audição não deixam contudo de ser referidos, sendo este último, um dos riscos mais característicos do sector, causador de surdez profissional.

Contudo, na perspectiva do trabalhador, não é evidente que estes problemas de saúde possam estar relacionados com as características do seu trabalho e, em certos casos, que possam mesmo ser provocados ou agravados pelas condições em que trabalham. Os discursos são frequentemente contraditórios, exprimindo dúvidas e incertezas nas relações entre o trabalho e a saúde.

“Ouço um bocado mal, não sei se foi dos teares porque eu vim para aqui muito nova, tinha 14 anos, mas de saúde não tenho problemas, é só ouvir mal. Não consigo andar com aquelas coisas nos ouvidos: faz-me nervos e dores de cabeça. Não me sinto bem com aquilo” (C2, unidade de texto 2, documento 2EIC2).

“Claro que o barulho não ajuda nada, mas não quer dizer que seja do barulho. Não sei se é provocado pelo trabalho. Há pessoas que também têm dores de cabeça e nunca andaram no barulho” (B3, unidade de texto 15, documento 2EIB3).

“Às vezes tenho dores de cabeça não sei se é do barulho. Nunca fui ao médico por causa disso, mas tenho muitas dores de cabeça. Pode ser do barulho, não sei” (C2, unidade de texto 12, documento 2EIC2).

<sup>95</sup> Problemas de saúde mais frequentemente identificados pelos trabalhadores no questionário realizado na segunda entrevista individual. Optou-se por mencionar os riscos que obtiveram uma frequência igual ou superior a 5 correspondendo a cerca de metade dos trabalhadores entrevistados.

---

“Às vezes a puxar pelas costas, às vezes ando de manhã a trabalhar em trabalhos pesados. Parte está relacionado com o trabalho, andar sempre pendurado nas máquinas, os teares também agravem a um bocadinho mas acho que não é do trabalho” (C1, unidade de texto 23, documento 2EIC1).

---

“Varizes, acho que não é do trabalho, não sei. Quando tive a primeira filha apareceu-me uma, quanto mais filhos tinha mais aparecia” (B2, unidade de texto 25, documento 2EIB2).

---

“Varizes, tenho interiores. Acho que quanto mais se anda mais se cansa, acho que também ajuda, por exemplo a meter fios, uma pessoa estar em bicos dos pés, esforça mais as pernas, não quer dizer que fosse isso, não sei” (A1, unidade de texto 23, documento 2EIA1).

---

“Os joelhos, às vezes dói-me. Eu acho que a partir de uma certa idade começa a aparecer os problemas, não é do trabalho. Quando é mudança do tempo dói-me muito o joelho. Eu acho que não deve ser do trabalho. Com o trabalho o meu joelho não fica pior, mas dói-me se estiver muito tempo ajoelhada em cima dos teares” (C2, unidade de texto 14, documento 2EIC2).

---

No fundo, os comentários revelam a complexidade das relações entre a saúde e o trabalho e a dificuldade em distinguir, ao nível individual, o peso das condições em que se trabalha – dificuldade essa que não deixa de ser realçada pelos discursos produzidos pelos outros actores da empresa.

## **5.2. A perspectiva dos outros actores da empresa**

### **5.2.1. Os riscos**

A identificação dos principais riscos profissionais no trabalho dos tecelões e das tecedeiras variou em função da perspectiva de cada actor da empresa, reflectindo, aliás, a *imagem* que cada um acabou por construir, em parte, a partir da função que desempenha (quadro 22).

Quadro 22: Riscos profissionais identificados pelos diferentes actores da empresa<sup>96</sup>

<b>Posição ocupada na empresa</b>	<b>Riscos identificados</b>
Administração	Não identificou nenhum risco
Director da Produção	Não identificou nenhum risco
Director da Qualidade	Barulho muito intenso Protecção inadequada contra o barulho Utilização inadequada dos equipamentos de protecção individual Exposição a agentes alergénicos
Responsável pelo Planeamento e pela Higiene e Segurança Industrial <sup>97</sup>	Barulho muito intenso Protecção inadequada contra o barulho Utilização inadequada dos equipamentos de protecção individual
Médica da empresa	Barulho muito intenso Utilização inadequada dos equipamentos de protecção individual Tarefas cansativas e monótonas Posturas forçadas na realização de tarefas ou de operações Movimentos repetitivos muito frequentes Formação insuficiente ou inadequada no domínio da ergonomia
Director da Tecelagem	Utilização inadequada dos equipamentos de protecção individual Vestiários e casas de banho insuficientes
Encarregados da Tecelagem: Turno I Turno II	Utilização inadequada dos equipamentos de protecção individual Vestiários e casas de banho insuficientes (2) Segurança insuficiente nas deslocações mecânicas (2) Segurança insuficiente nas deslocações a pé Trabalho que obriga a deslocações frequentes e fatigantes

Apesar de os níveis hierárquicos mais elevados não terem identificado qualquer risco alegando que se trata de uma tecelagem nova (foi construída de raiz há dois anos) e que as condições de trabalho são muito boas e por isso não constituem qualquer ameaça aos trabalhadores, os outros actores da empresa referiram sobretudo a questão da exposição ao ruído como o risco mais significativo no trabalho do tecelão e da tecedeira.

<sup>96</sup> Riscos mais frequentes identificados pelos diferentes actores da empresa a partir do questionário e da entrevista individual.

<sup>97</sup> Embora, em termos formais, não exista nenhum serviço ou departamento com esta função.

Contudo, uma análise mais exaustiva<sup>98</sup> revela que, dependendo da sua posição na empresa, dos seus conhecimentos e da sua experiência, os diferentes actores acabaram por desenvolver um olhar particular sobre o trabalho dos tecelões e das tecedeiras, orientando a partir daí os seus discursos sobre os riscos potenciais.

---

“Eu não sou tecelão, eu não sou tecelão e estou a ouvir cada vez pior... é a ouvir e a ver, ultimamente, repare e há gente que nunca trabalhou na tecelagem... Pois, mas isso, quer dizer há pessoas que perderam a audição e que até nunca trabalharam em tecelagens...” (Director da Produção).

---

“Riscos de acidentes causados pelos teares...Mas quais? Só se eles meterem lá a mão” (Director da Produção).

---

“Problemas respiratórios, isso mas não vejo tanto esse lado, trabalho repetitivo, não vejo aí que problemas possam causar” (Director da Qualidade).

---

“A tecelagem é talvez o local mais ingrato para trabalhar, não é porque no fundo a gente entra lá dentro e vê, quanto mais não seja pelo ruído, é...é o local desagradável, não é agradável para se trabalhar, não, não...agora nós também não podemos fazer muito mais para melhorar. Digamos, é...não podemos, os teares fazem barulho, as pessoas têm que estar a trabalhar com teares” (Responsável pelo Planeamento e pela Higiene e Segurança Industrial).

---

“Digamos os dois grandes grupos que existem é o ruído e o empoeiramento, as poeiras, as condições do ambiente, aqui neste caso como temos a tecelagem, temos que nos debruçar mais sobre o ruído” (Médica da empresa).

---

“Fatigantes, acho que sim, qualquer tipo de deslocação de trabalho num período de 8h tem que ser fatigante, ou cansativo pelo menos, fatigante acho que é, acho que tem que ser cansativo, acho que é normal as pessoas chegarem ao fim do dia cansadas “(Director da Tecelagem).

---

O ruído é um risco, eu sinto, eu sinto eu próprio que já não tenho tanta audição como tinha aqui há uns anos. Embora também tenha que dizer que antigamente o ruído era bem pior, quando era tear de lançadeira o risco era bem pior porque havia aquela pancada seca, acho que entrava mesmo pelo ouvido dentro...agora não. (Encarregado da Tecelagem)

Note-se que surge um *discurso mais centrado na norma*, ou seja, mais voltado para o cumprimento de normas e obrigações legais no domínio da Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho quando se ouve os actores da empresa mais distantes da situação real de trabalho. Assim:

---

“Aquilo nos ouvidos? Quer dizer se fosse por falta deles, ia ver, agora por não saber pôr aquilo. Mas já viu que até a maioria deles nem utiliza nenhum? A vontade deles é tanta, é utilizar tanto... que só para dar a entender a alguns que andam, enfiam de qualquer maneira. Mas por muito que explique há-de haver sempre gente com eles mal metidos e até mais, a maioria sem eles. Ou é porque depois não ouvem os outros a falar com eles? Nunca nenhum lhe disse isso? Ah, nunca nenhum lhe disse a verdadeira razão, fica a saber. Já reparou que nós não podíamos ter esta conversa dentro da tecelagem se tivéssemos aqui...o grande problema é esse. E é isso que me chateia, é sair uma lezinho e dizer assim, é para pôr auriculares quem não puser, processo disciplinar, e que saia a lei e eu lhe garanto que vai toda a gente pôr... enquanto eles não puserem isso, não vamos andar perder tempo. A mim ninguém me convence dessa, a mim...não conseguem ter uma conversa, aliás nem deviam conversar lá, não é, a eles não lhes convém dizer isso, mas continue” (Director da Produção).

---

“Os quartos de banho serem pequenos! Não, os quartos de banho são...há uma norma... Não a aceito, nem minimamente... Está feito tudo...porque é que a nossa havia de ser maior ou diferente das outras” (Director da Produção).

---

<sup>98</sup> A partir das entrevistas individuais realizadas com cada um dos actores da empresa.

---

“Esse é um problema muito complicado porque é assim: acho que toda a gente tem consciência que aquele ruído não é o mais adequado para se desenvolver um trabalho correcto e eficaz e até mesmo para a saúde dos próprios colaboradores. Só que por outro lado, também não é menos verdade que desde o momento em que essas preocupações passaram a ter um cariz obrigatório, ou seja em que surgiu um maior conhecimento sobre isso mesmo, sobre as causas e os efeitos que teriam na saúde das pessoas, ou seja, a empresa tem, daquilo que me apercebi, tem tentado sensibilizar os colaboradores para se protegerem e facultam esses mesmos equipamentos” (Director da Qualidade).

---

“Eu concordo com a maioria deles, na globalidade eu concordo. Tudo bem, mas no caso do ruído eles estão a dar um tiro no próprio pé, não é? Porque eles têm os auriculares e têm os elementos de protecção, ou seja, tudo bem, mas pelo menos baixa-lhes os limites de exposição...” (Director da Qualidade).

---

“Sobretudo no ruído, exactamente. Sempre sim, mas....sempre só tentando cumprir a lei, fazendo as avaliações nos períodos que ela determina e fazer as fichas de ruído e dar os protectores auriculares. É assim, nós como é que eu...nós em relação a esse, nós entregamos um relatório, que é o relatório que temos de entregar na delegação de saúde, todos os anos. Pronto, é o único relatório que nós entregamos” (Responsável pelo Planeamento e pela Higiene e Segurança Industrial).

---

“A empresa é obrigada a fornecer auriculares de protecção, meios de protecção, informar, pronto, acções de sensibilização, já não sei propriamente qual é a...se não fizer isso tem as seguintes sanções, já não me recordo quais. Na parte respeitante ao trabalhador diz, o trabalhador é obrigado a isto, mais aquilo mais aqueloutro, mas depois não tem nenhuma obrigação, não tem nenhuma penalização se não o fizer, não é. Porque as pessoas não usam protectores auriculares” (Responsável pelo Planeamento e pela Higiene e Segurança Industrial).

Por outro lado, o *discurso passa a ser mais centrado no concreto do trabalho*, ou seja, mais voltado para a análise dos riscos a partir das situações concretas de trabalho, referenciando-se exemplos concretos, quando se ouve os actores da empresa que, no dia-a-dia, têm um contacto directo com o trabalho dos tecelões/tecedeiras.

---

“É assim, barulho muito intenso, prontos, é um dos pontos que eu nem sequer menciono porque quem trabalha numa tecelagem sabe que isto é daquelas coisas que não há solução possível (...) nem é preciso entrar na tecelagem, basta estar cá fora a gente já se sente o barulho mas é daquelas coisas que, é daqueles, daqueles problemas que nós não podemos solucionar, temos que conviver com eles porque é inerente à laboração, não há nada a fazer” (Director da Tecelagem).

---

“Mas eu esse esforço, eu esse esforço, eu se calhar vou mais para deslocações frequentes ou operações de monotonia, ver a monotonia quase mas o esforço físico fatigante.... Exacto, eu acho que esforço físico sim, fatigante, acho que a palavra é forte de mais, acho que existe um esforço físico em qualquer outro tipo de trabalho com máquina e que pontualmente, ou há dias em que esse esforço físico é superior, e às vezes pode chegar, podemos utilizar a palavra fatigante, a pessoa...” (Director da Tecelagem).

---

“Agora os exemplos são dados, são dados no sentido de tentar provar-lhes o porque é que realmente aquilo faz mal e dei, penso que já disse isto aqui atrasado, dei realmente o exemplo do facto de, dei 2 exemplos ao facto de a pessoa estar em casa e se a mulher por exemplo não trabalha ou o homem não trabalha na têxtil está a ver televisão, ele está se calhar a 2 m e a mulher está a 4, porque, porque não, a televisão está super alta ou então o exemplo que eu dei a uma que vai atravessar a rua e está a olhar para o lado, vem um carro há um indivíduo que está a avisar mas ela como está surda, como não usa os auriculares atravessa e por causa disso perdeu a vida, quer dizer, este tipo de situações são a maneira mais fácil de eles perceberem, esses tipos de exemplos mais fáceis de eles perceberem o porquê realmente que é importante, agora nós não podemos é levar essa vontade ao extremo de criar uma ruptura só por causa disso. Eu tenho que os tentar convencer a usar, uma das maneiras é alertá-los sensibiliza-los outra será dar exemplo, agora nunca pode ser por uma via punitiva” (Director da Tecelagem).

---

“A saturação do trabalho. Perturba muito que eu já sei o que é, já passou por mim, porque se vir bastantes luzes vermelhas à minha espera, eu sinto-me preocupado, preocupado por ver aquelas máquinas paradas” (Encarregado da Tecelagem).

---

Por fim, o discurso passa a ser mais centrado no trabalhador, revelando uma preocupação de analisar os riscos a partir da perspectiva do trabalhador quando se ouve aqueles que conhecem melhor ainda a actividade de trabalho dos tecelões/tecedeiras.

---

“Um dos pontos que foi falado foi esse, aproveitei esse momento para discutir isso e se há gente, numa maneira geral todos eles concordam que de facto aquilo faz bem e que deve ser utilizado, gente até com, prontos, até com alguma pequena formação, continuaram a insistir” (Director da Tecelagem).

---

“É assim, é natural principalmente quem tem, quem é um bocado forte, estou a lembrar-me de um ou outro caso, que é natural que com o contacto com os liços possa às vezes, eventualmente, ao descer magoar-se, mas também tem a ver um bocado com a própria estatura, por exemplo, se a pessoa for alta já não tem tanto esse problema, porque a zona do peito já lhe passa fora dessa...” (Director da Tecelagem).

---

“Para o tecelão, por exemplo agora estes teares são bastantes altos, põe-se o caso das tecedeiras É assim, eu percebo a percepção deles mas também sei que não é tanto assim. Eles podem querer passar a imagem que é deles, que eu não, é a impressão que eu... a percepção que eles têm disso mas eu como conheço a realidade dia a dia, sei que não é tanto assim, há de facto dias assim, há dias que de facto eles saem, podem dizer que têm esforço físico grande por essa série de situações mas eu também sei que numa maneira geral esses dias são excepção, mas aquelas pessoas que têm uma estatura mais baixa, se calhar têm um maior esforço porque os teares como obrigam a pô-los a realmente a subir para cima deles” (Director da Tecelagem).

---

“Terem que subir acima do tear, andar sempre com os joelhos...” (Encarregado da Tecelagem).

---

“Só se for falta, descuido da pessoa fique lá com um dedo preso ou...mas o tecelão só se for a meter um fio que fique com o dedo preso no tempereiro e no pente. Penso...ou se cair, mas isso nós até cá fora podemos cair, penso que não há...” (Encarregado da Tecelagem).

---

Claro, que por exemplo, eu lembro-me agora aqui de uma trabalhadora da tecelagem, que é uma senhora baixinha, gorda, forte, tem problemas osteoarticulares, muitas vezes tem que se debruçar sobre o tear e uma vez disse-lhe, havia a hipótese de se colocar um banquinho para ela subir para o banquinho, mesmo com banquinho ela realmente é pequenina e tem dificuldades (Médica da empresa).

---

Em síntese, as diferenças encontradas nos discursos enunciados pelos diferentes actores da empresa revelam que quanto mais estes estão afastados da situação concreta de trabalho, mais as análises emitidas (1) são orientadas para o cumprimento de um conjunto de prescrições definidas pela lei ou por normas da empresa; (2) são discursos mais abstractos e generalistas, com poucas referências a exemplos concretos.

Complementarmente, quanto mais próximos da situação concreta de trabalho os actores passam a formular análises (1) mais orientadas para as dificuldades em gerir os riscos do trabalho, a concepção do posto de trabalho, a organização do trabalho e as exigências de produtividade; (2) mais ricas e orientadas para a identificação e caracterização de exemplos concretos do dia-a-dia de trabalho. Todavia, estas análises são, por vezes, mais contraditórias traduzindo em hesitações, dúvidas, incertezas e interrogações nas afirmações proferidas.

### 5.2.2. A saúde

Se do ponto de vista dos riscos profissionais os discursos apontam para uma grande variabilidade, na análise dos problemas de saúde mais frequentes nos tecelões e nas tecedeiras, também se encontra as mesmas tendências.

É interessante referir desde logo a perspectiva da médica da empresa: os problemas mais frequentes nos tecelões/tecedeiras são, na sua opinião, os problemas músculo-esqueléticos, as lombalgias e as cefaleias, constituindo a exposição ao ruído um risco importante embora, até ao momento, sem forte incidência na empresa (quadro 23).

Quadro 23: Problemas de saúde identificados pela médica da empresa<sup>99</sup>

<b>Problemas de saúde:</b>	<b>Frequência</b>
Problemas músculo-esqueléticos	Média
Lombalgias	Média
Cefaleias	Média
Problemas de audição	Baixa
Problemas de hipertensão	Baixa
Problemas digestivos	Baixa
Problemas de sono	Baixa

A influência das condições de trabalho na saúde dos trabalhadores parece porém, difícil de determinar para os actores da empresa que não convivem diariamente com a actividade de trabalho em questão:

---

“Eu nunca vi nenhum estudo em que diga assim: “Mil pessoas que nitidamente não trabalhavam com o ruído e mil pessoas que trabalhavam em tecelagens, qual é a frequência de uns e qual é a frequência de outros?” Se em mil pessoas, uma amostra significativa aí se vir uma tendência que as pessoas na tecelagem, nas mil com uma tendência clara, aí podem-me convencer...” (Director da Produção).

---

“Problemas respiratórios, isso mas não vejo tanto esse lado, trabalho repetitivo, não vejo aí que problemas possam causar”. (Director da Qualidade)

---

Pelo contrário, os que conhecem melhor a situação de trabalho e acabam por ter um contacto regular com os trabalhadores procuram já analisar o estado de saúde sem negar, à priori, os efeitos do trabalho:

---

<sup>99</sup> Riscos mais frequentes identificados pela médica da empresa a partir do questionário e da entrevista individual.

---

“Daqueles que são comuns, eu penso que tem a ver, como é óbvio, tem a ver com o ruído, tem a ver com a dificuldade a nível auditivo...” (Director da Tecelagem).

---

“Tem a ver com alguns problemas em termos de ossos, que se possam agravar com o tipo de trabalho, visto que, apesar de nós termos, em termos de ambiente, estar durante todo o ano e eles não estão sujeitos, digamos a choques térmicos, a não ser quando saem mas nessa altura, por isso acaba por ser bom, mas no entanto tem o trabalho em si que pode eventualmente, com o tempo agravar essas situações” (Director da Tecelagem).

---

“Isso tem a ver com as varizes, tem a ver com o tipo de trabalho...” (Director da Tecelagem).

---

“Depois se calhar em termos psicológicos talvez o barulho afecte mais algumas pessoas que outras, eu penso que há pessoas que suportam melhor o ambiente, há outras que têm que, se calhar já com problemas que têm de saúde não derivados do trabalho mas são agravados depois pelo trabalho, em trabalhar num ambiente ruidoso” (Director da Tecelagem).

---

“Problemas nervosos, principalmente, acho que o barulho pode influenciar, para quem sofrer um bocadinho, o barulho pode retirar-lhe a calma, se calhar pode afectá-lo, eu acredito que sim, possa afectá-lo.” (Director da Tecelagem).

---

“Um ou outro que se associe mas já não me lembre, olhe falou aí em algum, até podia associar qualquer coisa, mas eu acho que assim mesmo de queixas fortes, acho que...o que falou...falou dos auriculares, sim, o problema das enxaquecas, sim, esse problema acho que sim, se relacionam muito. Pode também depender da pessoa, a pessoa ser um pouco mais frágil ou não, ter mais algum problema e depois com tudo isso...” (Encarregado da Tecelagem).

---

“Pode haver, haver, mas...como eu falei há bocado problemas pulmonares podem ser criados aí dentro, penso que podem ser porque se toma muito pó, a não ser que esse pó não seja prejudicial à saúde, não é?” (Encarregado da Tecelagem).

---

“Muita força sobre as pernas, aí acredito, se é que as varizes dá, aparecem por uma pessoa andar muito em pé, mas eu também não sou capaz de...não tenho experiência sobre isso, mas acredito que isso, pronto aí...” (Encarregado da Tecelagem).

---

“Os problemas de saúde, pronto, os problemas gástricos, na questão da surdez, as osteoarticulares, mais...” (Médica da Empresa).

---

“Problemas osteoarticulares e as lombalgias estão relacionadas, se calhar com a posição, com a carga, com o ter que se debruçar, com esses problemas assim” (Médica da Empresa).

---

“A audição, o stress, os problemas de sono, a necessidade de medicamentos, as enxaquecas também estará tudo relacionado com a monotonia do trabalho, com o ruído” (Médica da Empresa).

---

“Dores de cabeça, está relacionado também com o ruído. Com o ruído, com o forçar a visão, se calhar terem algumas deficiências de visão que não foram corrigidas e que interferem muito, provocam dores de cabeça” (Médica da Empresa).

---

Parece, então, que a proximidade com a situação concreta de trabalho favorece uma análise que ultrapassa a representação meramente normativa do que é patológico passando a basear-se sobretudo nas dificuldades sentidas pelos trabalhadores no dia-a-dia de trabalho.

E, de facto, a integração final dos dados revela que, quer ao nível dos riscos profissionais (gráfico 27) quer ao nível dos problemas de saúde (gráfico 28) a proximidade à situação de trabalho parece ser o critério a partir do qual se congregam os discursos dos próprios trabalhadores e os daqueles actores que

mais directamente vivem as exigências, as dificuldades e os problemas sentidos no dia-a-dia pelos tecelões e tecedeiras.

Gráfico 27: Integração dos resultados relativos aos riscos profissionais

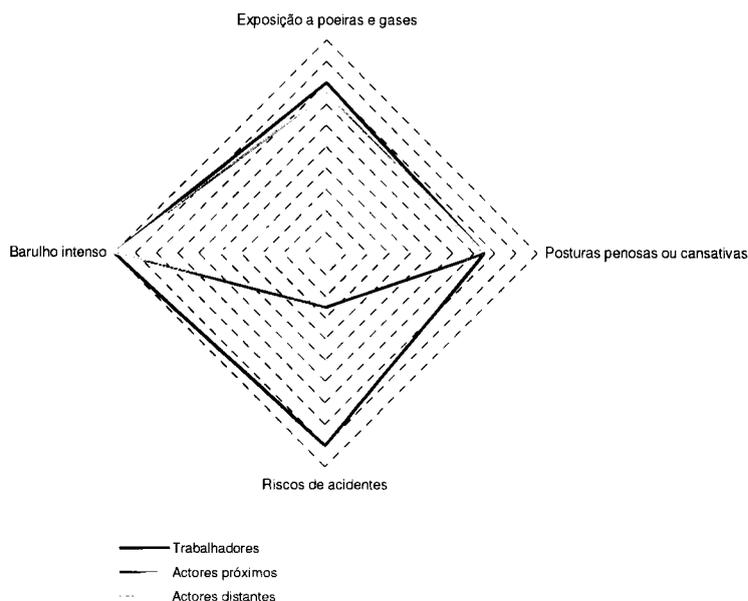
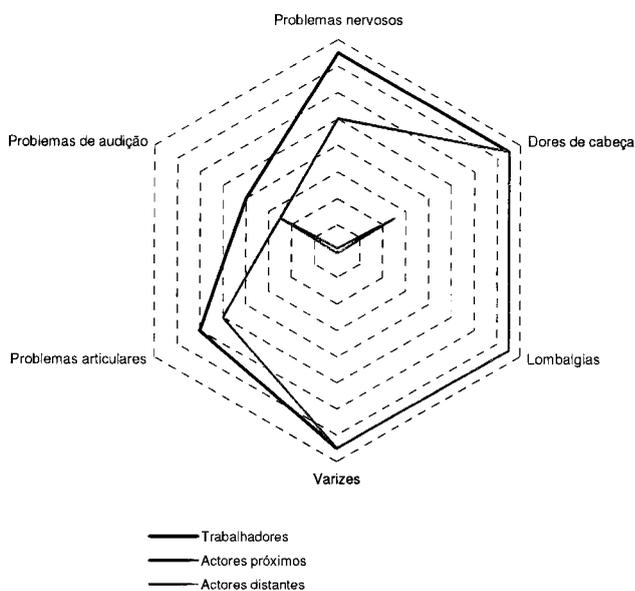


Gráfico 28: Integração dos resultados relativos aos problemas de saúde



Contudo, se os dados analisados revelam que *não é natural nem espontâneo* estabelecer relações entre a saúde e o trabalho, mesmo por parte dos trabalhadores que se vêm confrontados no dia-a-dia com estas questões, uma

análise dirigida para os seus *modos de pensar e de sentir* mostra-se indispensável para compreender como é que, de facto, estes processos são geridos e construídos, trazendo à luz os valores e os significados enraizados na preservação da saúde no trabalho.

## 6. Preservação da saúde no trabalho: o confronto com o vivido

### 6.1. As estratégias de regulação da saúde no trabalho

A análise e a caracterização das estratégias de regulação desenvolvidas pelos trabalhadores nas situações concretas de trabalho revelam que, face a uma situação fortemente constrangedora onde os modos de agir podem parecer pouco adequados face aos riscos, os modos de pensar e de sentir revestem-se de uma grande complexidade cognitiva e afectiva.

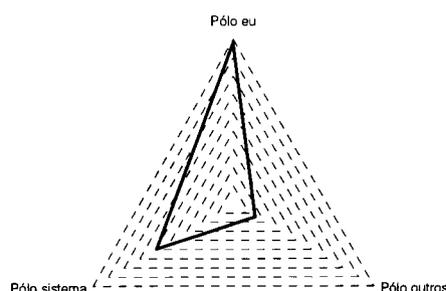
A análise, que se segue, do conjunto das estratégias de regulação da saúde no trabalho irá permitir responder à primeira questão de investigação,

*como se caracterizam as estratégias de regulação da saúde? Ou seja, de que forma são estabelecidos os compromissos entre a eficácia produtiva e a preservação de si e da sua saúde?*

revelando que todos os trabalhadores, de forma variável, desenvolvem modos de agir e de pensar que favorecem e facilitam a sua (con)vivência no trabalho.

De uma maneira geral, as estratégias de regulação da saúde no trabalho do tecelão e da tecedeira são, sobretudo, dirigidas ao *pólo eu* (gráfico 29).

Gráfico 29: Distribuição da frequência das estratégias de regulação da saúde no trabalho



A frequência encontrada no pólo eu (439) comparativamente com o pólo do sistema (245) e o pólo dos outros (70) revela que, face a uma actividade de trabalho aparentemente individual, as estratégias de regulação da saúde são também construídas regulando os métodos e os objectivos do seu trabalho (pólo sistema) como ainda recorrendo ao colectivo de trabalho (pólo outros)<sup>100</sup>.

Por outro lado, os critérios referidos por cada trabalhador na gestão dos constrangimentos da sua actividade de trabalho (pólo eu) mostram que, apesar de se traduzirem sobretudo na alteração e ajustamento dos modos operatórios – *regulações operatórias* (273) são, também desenvolvidas formas mais peculiares de preservar a sua saúde – *regulações catacréticas* (179) que, por vezes, coincidem com as regulações operatórias (13).

As *regulações operatórias* traduzem-se, como se disse em alterações dos modos operatórios dos trabalhadores visando a manutenção de um certo equilíbrio entre as exigências produtivas e os seus modos de agir. Como se constata no quadro 24, face à mesma actividade de trabalho as maneiras de fazer são variáveis, por vezes contraditórias, mas coerentes com a necessidade de encontrar formas mais confortáveis e adequadas aos objectivos, à sua percepção do risco e também às suas características pessoais (ao seu corpo, ao seu estado de saúde e ao seu estado momentâneo).

Quadro 24: Estratégias de regulação da saúde no trabalho centradas no Pólo Eu – Regulações operatórias

<b>Estratégias de regulação da saúde no trabalho centradas no Pólo Eu</b>	<b>Exemplos retirados do discurso dos trabalhadores</b>
Regulações operatórias	<p>“Muitos liços, uma pessoa mete a mão no meio dos liços que é para não subir acima do tear” (A1, unidade de texto 16, documento 1EI).</p> <p>“É, é mais rápido. É mais rápido para mim do que estar esticada para meter. A gente é pequena, tem que se esticar muito e para meter logo a malha, é mais a gente está ali...se a gente puser em cima é mais rápido” (C2, unidade de texto 160, documento 1ECG2).</p> <p>“Só se eu chegar com muita facilidade, senão não me estico para...não me ponho em bicos de pés porque eu sei que a mim me prejudica muito mais...isso não faço. Agora o trabalho é trabalho” (B2, unidade de texto 167, documento 1ECG2).</p> <p>“É, cansa muito mais parada, eu não gosto de estar parada...quando a carreira anda bem, eu ando sempre a passear, sempre a passear,</p>

<sup>100</sup> As frequências foram encontradas nos vários participantes nos diferentes momentos da investigação. Contudo, é de salientar que as frequências foram, sobretudo, identificadas na terceira entrevista individual (47%) e nas várias entrevistas colectivas (43%).

	<p>não é, porque eu canso-me menos, não é, se eu estiver assim parada...eu, eu canso-me muito mais, muito mais..."(B2, unidade de texto 161, documento 2ECG2)</p> <p>"Meter isso é todos. Só que há uns que se metem à esquerda, outros que se metem à direita, não é? Mas...é as tais maneiras, eu nunca me pus em cima da máquina para meter os fios, elas são sempre obrigadas a meter porque são mais pequenas" (A2, unidade de texto 195, documento 1ECG2).</p> <p>"Sim, evito o mais, o mais que posso, e qualquer coisita que veja, digo não, vou buscar o banco porque estou-me aqui a sacrificar..." (C3, unidade de texto 330, documento ECG3).</p> <p>"Eu para mim acho que é mais prático da maneira como eu faço agora porque...lá está tenho que correr menos, menos terreno, não é?" (A3, unidade de texto 53, documento ECG3).</p> <p>"É assim, já subi mais...já, já fiz mais isso agora só mesmo em casos que eu não consiga mesmo meter o fio...porque agora habituei-me mais a meter o fio pelo meio das malhas, porque eu por cima não, não consigo, há, há nalguns que consigo mas poucos, tenho que me esforçar mesmo muito e então se eu meter a mão pelo meio das talhas, meto o fio depressa na mesma porque habituei-me aquilo e, e não preciso de subir para cima do tear" (A3, unidade de texto 206, documento EPrepECG3).</p> <p>"Uma pessoa tem que esticar assim um bocado para chegar aos fios e eu às vezes saio-me de repente, e claro, a pessoa que está-se a esticar o que é que eu faço, paro ponho-me direito nem que o tear esteja parado para aí meia hora, não interessa, não interessa..." (C4, unidade de texto 131, documento 3EIA4)</p> <p>"Eu por acaso já não me dá para esticar por cima do tear nem nada, eu subo logo o rolo e vou logo por cima" (A4, unidade de texto 352, documento ECG4).</p> <p>"... se for, eu paro, eu não vou, por exemplo, se tiver aqui há minha beira um tear que a trama está arrebetada e ali um...na teia eu não deixo este tear que seja ao contrário, que seja, não, eu vou a eito. É, o que aparecer se for na teia é na teia" (A5, unidade de texto 110, documento ECG5).</p>
--	--

Nas *regulações catacréticas*, lembre-se que o trabalhador altera a finalidade de um determinado instrumento, acção ou mesmo pensamento de modo a adaptar-se à realidade concreta de trabalho preservando a sua saúde e o seu bem-estar. A utilização do tear para descansar as pernas, as idas ao quarto de banho para *aliviar os nervos*, o cantar, o rezar e o pensar (nos filhos e nos seus projectos) permitem que o dia-a-dia de trabalho seja mais facilmente tolerado e vivido de forma mais pessoal e singular. De facto, as regulações desenvolvidas por cada um distinguem-se das dos outros, revelando diferentes modos de pensar e de sentir que se justificam, aliás, não só pelo significado que lhes é atribuído como também pelas experiências da vida fora do trabalho (quadro 25).

Quadro 25: Estratégias de regulação da saúde no trabalho centradas no Pólo Eu – Regulações catacréticas

Estratégias de regulação da saúde no trabalho centradas no Pólo Eu	Exemplos retirados do discurso dos trabalhadores
Regulações catacréticas	<p>“Sim, todo o tempo de pé. Eu às vezes ao meter o fio até me sento em cima do tecido, porque sou baixa e às vezes sento-me de lado em cima do tear e mete o fio, porque de resto é sempre de pé” (A1, unidade de texto 84, documento 3EIA1).</p> <p>“Quando me via muito enervado “que se lixe os teares”, era isso, às vezes ia ao quarto de banho, fumava o cigarro, depois vinha, pegava num ia a outro, outro, punha a carreira a trabalhar” (B1, unidade de texto 96, documento 3EIB1).</p> <p>“Põe-se a pensar, começa a tentar esquecer, vai dar uma volta aos teares, até se põe na conversa com um colega ou o quê ou até vai à casa de banho 5min, às vezes só para aliviar” (C1, unidade de texto 110, documento 3EIC1).</p> <p>“Eu agora estou aqui a trabalhar e estou a pensar chegar a casa, talvez seja uma maneira de me ajudar a passar o tempo, é chegar a casa e ter os filhos. À sexta-feira, os meninos estão acordados, é raro estar a dormir, só se não dormirem à tarde. O filho chega da escola, a avó põe a pequenita a dormir e ele vai e às vezes deita-se à beira da irmã e até adormece e a minha sogra aproveita para arrumar a casa e eles à noite estão acordados, às vezes é ele que me abre a porta e tudo, pronto, estou assim um bocado com eles, às vezes é meia-noite e eu na brincadeira com eles. Uma maneira de ajudar a passar o tempo” (C1, unidade de texto 80, documento 3EIC1).</p> <p>“Pois. Por exemplo, eu sinto isso, por exemplo, eu antes quero estar de joelhos em cima da máquina a meter fios do que quero estar em bicos de pés a meter fios, que então aí é que...para mim é muito pior, muito pior” (B2, unidade de texto 142, documento 1ECG2).</p> <p>“A gente a cantar, o trabalho está a correr bem, a gente anda de volta e canta isto, canta aquilo, canta de, mais desta maneira, daquela até se reza e o tempo passa às mil maravilhas mas é assim” (B2, unidade de texto 217, documento 2ECG2).</p> <p>“Sim. Eu penso em coisas quando... Canto, rezo...” (B2, unidade de texto 222, 2ECG2).</p> <p>“Tu não tens visto às vezes a dançar? Não me viste ainda a dançar?” (B2, unidade de texto 404, documento 2ECG2).</p> <p>“Eu quando me enervo bem, faço outra, tenho outra maneira de...de me acalmar, vou para a casa de banho...” (A2, unidade de texto 339, documento 1ECG2).</p> <p>“A gente às vezes ia à casa de banho para dar descanso às pernas” (C2, unidade de texto 274, 1ECG2).</p> <p>“É, quando estou a meter fios ou assim, descanso mais as pernas de joelhos” (C2, unidade de texto 474, documento 2ECG2).</p> <p>“Ah, é, é às vezes também se canta, que é para se esquecer que aquilo que está a andar mal isto, isto é uma forma de se esquecer as coisas portanto a gente canta e reza...que tear a andar mal...” (B2, unidade de texto 501, documento 2ECG2).</p> <p>“ (...) pronto, isso tornasse, para mim enerva-me muito...Ou desligo o motor, ou acendo as luzes todas que ele tiver...isso é, e pronto, deixo ficar só que passar agora, já está bem um bocado, para depois outra, quer dizer, aquelas luzes assim torna-se um sistema um bocado um bocado assim, descontrolado, é para ver se, era capaz de ser ai do afinador à 5 minutos mas já falou outra vez: “Como é?” ele lá vai,</p>

	<p>pronto, há outras...” (A2, unidade de texto 548, documento 2ECG2).</p> <p>“Na parte, quer se dizer...algo mais para distrair para não chegar a essa parte do corpo ficar mole e outra isto...qualquer coisa que possa fazer ajudar os outros, tecedeiras, ou amarrar trama noutra carreira que possa, que esteja à beira da minha para eu não fugir muito, ficar muito desviado da carreira, ajudo, às vezes ajudo lá os afinadores a montar uma teia, que se dizer, arranjo sempre uma maneira de me distrair mais um bocado, prontos é isso que faço” (A2, unidade de texto 224, documento 3EIA2).</p> <p>“Às vezes, só de pensamento. É, às vezes, vai-se pensando na canção...” (A3, unidade de texto 279, documento 3EIA3).</p> <p>“Imagina-se muito, imagina-se muito. Eu sou assim, não sei se os outros são iguais. A minha filha mais velha vai fazer a “Primeira Comunhão” e eu imagino muito esse dia, não sei porquê. Acho que é um dia alegre, não é? Primeira comunhão, acho que já é um bocado vaidade e eu imagino muito essas coisas. Como essas, outras, não é?” (A3, unidade de texto 281, documento 3EIA3).</p> <p>“Penso na minha vida, nos meus filhos, o que vou fazer logo à noite para o jantar, o que é que hei de fazer, o que não hei de. Faço projectos amanhã, se calhar para o fim-de-semana “ (B3, unidade de texto 196, 3EIB3).</p> <p>“Há ocasiões que a gente também, quantas vezes eu me levanto e é venho à casa de banho sem ter necessidade de vir à casa de banho, mas a gente fica com uma dor, Deus me livre estar ali tantas horas, assim sempre na posição” (B3, unidade de texto 321, documento 3EIB3).</p> <p>“Ou vou à casa de banho, ou vou dar uma volta às vezes, fazer que vou ver qualquer coisa a um tear não vou ver nada só aquele bocadinho já me pode aliviar um bocado, as costas” (B3, unidade de texto 323, 3EIA3).</p> <p>“É um bocadinho de ginástica, depois para aguentar mais um pedaço, quando o tear parado, temos que trabalhar sempre com as mãos e com os braços, pronto, com as pernas sempre para trás e para a frente e dá mesmo...” (C4, unidade de texto 158, documento 3EIC4).</p> <p>“Penso na minha namorada, está tudo bem com a namorada, penso na namorada, pronto, não há stress, acho, para mim aquela stress...” (C4, unidade de texto 207, documento 3EIC4).</p> <p>“Prontos, quando estou, quer dizer, quando estou aqui a trabalhar, às vezes estou aqui a trabalhar normal e estou pronto, a pensar numa coisa para escrever às 10h quando chegar a casa. Às vezes estou a pensar numa coisa qualquer e tal, às vezes tenho papel no bolso ou esferográficas e tal, ponho-me a escrever, se está tudo a andar...às vezes ponho-me a pensar as coisas, outras coisas, coisas qualquer, eu estou nervoso ou assim, tenho, tenho para aquilo, tenho...” (C4, unidade de texto 226, documento 3EIC4).</p> <p>“Tu, tu às vezes até para a casa de banho vais chorar, toda a gente sabe que você é nervosa... e há pessoas que são nervosas e ninguém sabe que elas são” (A5, unidade de texto 136, documento ECG5).</p>
--	---

Mas se, de facto, as regulações catacréticas têm subjacente uma dimensão mais pessoal, traduzindo-se mesmo por pensamentos e actos paradoxais próprios de cada um,

“Às vezes estou a pensar numa coisa qualquer e tal, às vezes tenho papel no bolso ou esferográficas e tal, ponho-me a escrever, se está tudo a andar... às vezes ponho-me a pensar as coisas, outras coisas, coisas qualquer, eu estou nervoso ou assim, tenho, tenho para aquilo, tenho...” (C4, unidade de texto 226, documento 3EIC4).

vivididos naquela situação particular de trabalho surgem, também outras formas de regulação que, embora não deixem de ser específicas a cada um, são partilhadas por mais trabalhadores, designadamente o cantar e as deslocações ao quarto de banho.

Todavia, apesar de as regulações centradas em si (pólo eu) serem, nesta situação particular de trabalho, referidas com mais frequência, as regulações mais orientadas para o sistema (pólo sistema) (quadro 26) revelam também a importância de práticas que consistem em alterar os métodos de trabalho prescritos – regulações funcionais<sup>101</sup> (186) e até mesmo alterar os objectivos fixados – regulações estruturais (69).

Quadro 26: Estratégias de regulação da saúde no trabalho centradas no Pólo Sistema – Regulações funcionais e Regulações estruturais

<b>Estratégias de regulação da saúde no trabalho centradas no Pólo Sistema</b>	<b>Exemplos retirados do discurso dos trabalhadores</b>
Regulações funcionais	<p>“É muito mais rápido a gente em cima... Porque a gente está-se a esticar para chegar e está ali um bocado a ver se dói ou não dói até atrofia, se estiver de joelhos chega melhor. É mais fácil” (C2, unidade de texto 146, documento 1ECG2).</p> <p>“Muitos liços, uma pessoa mete a mão no meio dos liços que é para não subir acima do tear, quando é um, se for mais do que um fio já se sobe, que é melhor para meter, para meter à frente, para meter nas malhas por que não dá, se for mais que um fio tem que se por os fios direitinhos para meter na malha e sendo mais que um uma pessoa não consegue meter assim” (A1, unidade de texto 16, documento 1EIA1).</p> <p>“Sim, subo logo, não estou com meias medidas, ainda não rompi os joelhos, ainda nunca fiz ferida, as dores disso, não se liga, já não se liga” (B2, unidade de texto 241, documento 1ECG2).</p> <p>“Não chego para meter o fio, facilita-me a mim quando vou buscar um banco para pôr em cima de outro banco, eu faço isso porque senão não consigo ver onde é que está a lamela” (B2, unidade de texto 5,</p>

<sup>101</sup> Que, em certas situações, coincidem com as próprias regulações operatórias descritas anteriormente.

	<p>documento 2EIB2).</p> <p>“Eu passo à frente, prontos, é, é cada um tem a sua maneira de trabalho, uma maneira de diferente de meter os fios das outras pessoas, reparou?” (B3, unidade de texto 118, documento ECG3).</p>
Regulações estruturais	<p>“Às vezes ando a ver a produção (risos) desando ao computador a ver se o tear está a andar bem, quantos metros é que já tem feitos (risos) é, às vezes passamos o tempo assim a ver os computadores a ver se tem muita produção ou pouca...” (C2, unidade de texto 214, documento 2ECG2).</p> <p>“ (...) se ele não vier, por exemplo, ou ele diz: “Eu vou já” mas não vem, carrego no tal pistão vermelho que é para o tear não andar, acende uma luz vermelha, quando essa luz estiver acesa quase de certeza que o afinador vê logo. Eles não gostam dessa luz estar acesa” (A2, unidade de texto 168, documento 3EIA2).</p> <p>“Na parte, quer se dizer...algo mais para distrair para não chegar a essa parte do corpo ficar mole e outra isto...qualquer coisa que possa fazer ajudar os outros, tecedeiras, ou amarrar trama noutra carreira que possa, que esteja à beira da minha para eu não fugir muito, ficar muito desviado da carreira, ajudo, às vezes ajudo lá os afinadores a montar uma teia, que se dizer, arranjo sempre uma maneira de me distrair mais um bocado, prontos é isso que faço, nunca...” (A2, unidade de texto 224, 3 EIA2).</p> <p>“ (...) pego num bocadinho de desperdício ponho-me a limpar os teares, às vezes o encarregado passa lá: “ Estás a fazer? Pensas que estás em casa, estás a limpar as carreiras, tal como é?” e às vezes até vou varrer acolá a minha carreira...” (C4, unidade de texto 250, documento 3EIC4).</p>

No pólo do sistema, uma das formas mais frequentemente encontradas pelos trabalhadores para fazer face aos vários constrangimentos de trabalho prende-se com a alteração de alguns métodos de trabalho – *regulações funcionais* – referido por todos os participantes. As *regulações estruturais* traduzem-se numa alteração dos objectivos fixados para o trabalho concretizando-se na realização de tarefas que não estão prescritas, nomeadamente as actividades de manutenção e de limpeza e que não são realizadas por todos os trabalhadores (os participantes A4, B1, B5 e C5 não as referiram).

As regulações dirigidas aos outros (pólo outros), foram as menos frequentemente referidas pelos trabalhadores (70) (quadro 27).

Quadro 27: Estratégias de regulação da saúde no trabalho centradas no Pólo Outros – Regulações horizontais

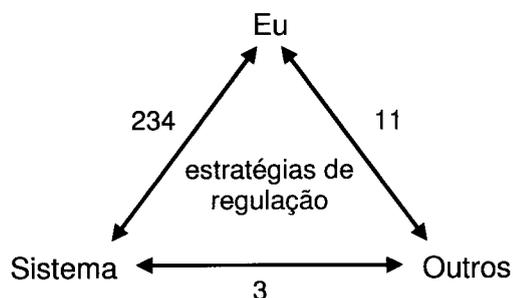
Estratégias de regulação da saúde no trabalho centradas no Pólo Outros	Exemplos retirados do discurso dos trabalhadores
Regulações horizontais	<p>“Nós falamos, já percebemos a maneira dos lábios mexer já se percebe, não quer dizer que seja mesmo ao ouvido. Nota-se no mexer dos lábios que, às vezes nem se tira bem as palavras mesmo correctas mas mais ou menos” (A1, unidade de texto 64, documento 3EIA1).</p> <p>“É igual, é falar na mesma, uma pessoa fixa mais na pessoa nos lábios outras vezes uma pessoa diz assim, não percebo e pronto dá-se aqueles gestos: o meu pai, a minha mãe “ (A1, unidade de texto 78, documento 3EIA1).</p> <p>“Às vezes param quando não está lá ninguém mas às vezes aparece sempre uma pessoa” (A2, unidade de texto 343, documento 1ECG2).</p> <p>“Sim. Eu se me aperceber que uma tecedeira vá à casa de banho, eu nem preciso que me diga, às vezes a Rosalina diz assim: Ó Carmo, você está aqui, você apercebeu-se de eu passar para a casa de banho?”, e eu digo assim percebi que eu ando aqui dentro da fábrica mas não ando a dormir. Diz ela: “mas você estava entretida a meter um fio, estava entretida, mas apercebi-me de você passar” (B2, unidade de texto 349, documento 1ECG2).</p> <p>“Vai-se conversando um bocado às escondidas... lendo os lábios, eu consigo fazer isso” (A3, unidade de texto 247, documento 3EIA3).</p> <p>“Desabafo, ela desabafa comigo e às vezes acabamos até por nos rir e as horas até passam mais depressa e pronto é assim” (B3, unidade de texto 158, documento 3EIB3).</p> <p>“Falamos, nós falamos de longe umas para as outras e percebemos” (B3, unidade de texto 162, documento 3EIB3).</p> <p>“E às vezes digo à Augusta cuidado vigia-me o Edgar ou assim, e elas vigiam-me e eu tomo. Vigiamo-nos umas às outras. Tem que ser. Ninguém é Santo” (C3, unidade de texto 242, documento 3EIC3).</p> <p>“A gente apanha a conversa uma das outras” (C3, unidade de texto 248, documento 3EIC3).</p>

As *regulações horizontais* identificadas por todos os trabalhadores referem-se a ajudas pontuais (substituição na carreira dos teares) que ocorrem quando há uma necessidade de se deslocarem ao quarto de banho. Contudo, as possibilidades de trocarem algumas palavras<sup>102</sup> e de desabafarem, são as estratégias colectivas menos visíveis que, apesar de não terem sido referidas por todos os trabalhadores, constituem uma regulação dirigida para os outros e que, certamente, contribuem para a gestão, nem sempre fácil, do dia-a-dia de trabalho.

<sup>102</sup> Numa situação de trabalho que inviabiliza a comunicação verbal (barulho muito intenso) a possibilidade de manterem um diálogo é proporcionada pela compreensão do discurso através da leitura pelos lábios que, contudo, nem todos os trabalhadores possuem. Alguns trabalhadores, mesmo experientes, referiram que conseguem perceber algumas palavras mas que não conseguem manter uma conversa como, de facto, acontece com alguns colegas.

Em síntese, a especificidade desta actividade de trabalho favorece o desenvolvimento de estratégias centradas no pólo Eu que, proporcionando ao trabalhador formas específicas e singulares de preservar a sua saúde, podem, também, estar relacionadas com as estratégias dirigidas ao sistema e aos outros, num interface onde se encontra mais casos de interacção<sup>103</sup> (figura 11)

Figura 11: Estratégias de regulação da saúde: interfaces entre os três pólos



São sobretudo as estratégias de regulação situadas na interface EU-Sistema (234) as mais frequentes. Mais concretamente (quadro 28), traduzem-se, essencialmente, na interface entre as regulações operatórias e as regulações funcionais (169), ou seja, as regulações operatórias implicam, muitas vezes, a alteração dos próprios métodos de trabalho (regulações funcionais), revelando que frequentemente, o sistema não tem em consideração a variabilidade e a diversidade dos modos operatórios dos trabalhadores.

Quadro 28: Interface entre as regulações do pólo eu e do pólo do sistema

<b>Pólo eu</b> / <b>Pólo do sistema</b>	Regulações operatórias	Regulações catacréticas
Regulações funcionais	169	12
Regulações estruturais	10	43

A alteração dos objectivos de trabalho (regulações estruturais) sendo menos frequente, implica, sobretudo, o desenvolvimento de regulações catacréticas (43), permitindo ao trabalhador, através da re-definição de alguns aspectos do seu trabalho, torná-lo mais pessoal e criativo.

<sup>103</sup> Os casos de interacção caracterizam aquelas estratégias que foram, simultaneamente, classificadas em mais de um pólo; por exemplo no pólo Eu e no pólo Sistema.

Se, normalmente, as estratégias de regulação da saúde se centram entre o eu e o sistema verificou-se, contudo, que cerca de metade dos participantes referiram pelo menos uma estratégia que atravessa os três pólos,

---

“Na parte, quer-se dizer...algo mais para distrair para não chegar a essa parte do corpo ficar mole e outra isto...qualquer coisa que possa fazer ajudar os outros, tecedeiras, ou amarrar trama noutra carreira que possa, que esteja à beira da minha para eu não fugir muito, ficar muito desviado da carreira, ajudo, às vezes ajudo lá os afinadores a montar uma teia, quer-se dizer, arranjo sempre uma maneira de me distrair mais um bocado, prontos é isso que faço, nunca...” (A2, unidade de texto 224, documento 3EIA2).

---

denunciando o recurso a estratégias tri-polares que, em determinadas situações e para determinados trabalhadores, proporcionam um compromisso mais favorável entre as exigências produtivas e a preservação da sua saúde.

De facto, as estratégias de regulação da saúde apresentam, também, uma dimensão mais subjectiva e têm subjacentes referências mais ou menos explícitas aos valores do trabalho que parecem influenciar as opções e a gestão da sua saúde no trabalho.

## **6.2. Os valores e o trabalho**

A análise do conjunto dos valores emergentes no trabalho irá permitir responder à segunda questão de investigação,

*quais os valores que emergem quando falamos da saúde no trabalho?*

revelando que todos os trabalhadores, de forma variável, desenvolvem modos de pensar e de sentir no trabalho que reflectem uma mistura de valores referentes tanto à vida de trabalho como à vida fora do trabalho.

### **6.2.1. Uma análise transversal**

De uma maneira geral, na actividade de trabalho do tecelão e da tecedeira, os valores referidos revelam, sobretudo, o projecto de uma *gestão de si no trabalho* (gráfico 30).

Gráfico 30: Distribuição da frequência de valores emergentes na regulação da saúde no trabalho



As frequências<sup>104</sup> das referências que privilegiam valores de gestão de si no trabalho (371) comparativamente com os valores de mercado (88) e os valores de politeia (76) revelam que na actividade de trabalho é a gestão do uso de si que está normalmente associada à gestão da sua saúde – o que corresponde aliás a uma maior frequência de estratégias de regulação da saúde centradas no pólo Eu. Em termos de conteúdo, as necessidades de produtividade e de resposta face ao mercado aparecem nos comentários como essencialmente associadas às condições de trabalho que, na perspectiva do trabalhador, explicam as condições mais ou menos favoráveis para a preservação da sua saúde. Embora referidos com menos frequência os valores de politeia aparecem no discurso dos trabalhadores revelando, por vezes, indignação face às características e às condições do seu trabalho.

Como se pode constatar no quadro 29 os valores implicados na *gestão do uso de si pelo trabalho* expressam, através do uso do seu corpo, da sua mente e das suas emoções, as dificuldades com que habitualmente se defrontam na gestão das exigências de produtividade, das limitações impostas pela organização do trabalho e das características do próprio ambiente físico de trabalho.

<sup>104</sup> As frequências calculadas a partir das intervenções dos vários participantes nos diferentes momentos da investigação. Contudo, é de salientar que 32% das frequências provêm da terceira entrevista individual mas foram, sobretudo, as várias entrevistas colectivas que mais contribuíram para o material recolhido (59%).

Quadro 29: Valores de gestão de si no trabalho emergentes na regulação da saúde no trabalho

Valores de gestão de si no trabalho emergentes na regulação da saúde no trabalho	Exemplos retirados do discurso dos trabalhadores
Gestão de si no trabalho	<p>“Há por exemplo, posições que são muito esforçadas mas também são desarranjadas da gente estar. Aquilo é mesmo trabalhar ao cão, Deus me livre! Às vezes temos de nos pôr em cada posição e depois faz doer as costas se lá estiver muito tempo, nas tarefas dos teares. Para mim essa é outro” (C1, unidade de texto 182, documento 1ECG1).</p> <p>“E assim, eu até nem...Eu só se for mesmo que não dê por ela, onde está o fio, que tenho de ir passar, mas às vezes até subo acima do tear e corro o tear de joelhos, de fora a fora, para ver...” (B2, unidade de texto 218, documento 1ECG2).</p> <p>“Se tiver muitos liços estico-me ali até parece que estou a nadar na praia. Eu apoio o meu corpo todo para por um fio se tiver muitos liços” (B2, unidade de texto 532, documento 1ECG2).</p> <p>“Tem alturas que estou a meter “manadas” de fios e fico toda partida de estar naquela posição” (A1, unidade de texto 177, documento 2ECG1).</p> <p>“Grande esforço físico é quando a carreira anda mal e uma pessoa anda para cima, para baixo, sobe o tear, desce o tear, sobe outro, desce outro” (A1, unidade de texto 12, 2EIA1).</p> <p>“Basta essa, meter os fios, ir para cima do tear, ajoelhar em cima do tear, à vezes em cima daqueles tempereiros, dói os joelhos, normalmente uma pessoa põe uns panos por baixo dos joelhos” (A4, unidade de texto 7, documento 2EIA4).</p> <p>“Grande esforço físico sim, um tecelão ao fim do dia faz uns quilómetros largos, se não faz uma meia maratona, a diferença não é muita. Um tecelão passa o dia todo de pé e anda sempre de trás para a frente, nunca está quieto, nunca pode estar quieto, aliás você já filmou aos colegas e a mim também e vê-se perfeitamente que a gente anda para trás e para a frente, que anda sempre, não é um trabalho pesado mas um trabalho que se faz um esforço físico a nível do andamento, aí faço ali uns quilómetros largos” (C1, unidade de texto 12, documento 2EIC1).</p> <p>“Ah isso sim, há sítios que o tecelão tem que se por a cavalo em cima da máquina para fazer o serviço mas isso já é da praxe! Quando são muitos liços a gente não chega tem que se por mesmo em cima do tear” (C1, unidade de texto 13, documento 2EIC1).</p> <p>“Só aquele barulho, só o barulho que há lá dentro e uma pessoa enervasse às vezes de uma maneira como se enerva, não sei, acho que não” (A1, unidade de texto 213, documento 3EIA1).</p> <p>“O que me lixa é os lampiões. Dantes, os teares eram sem os lampiões. Uma pessoa, se estivessem parados, não se afligia, mas agora os lampiões dão muito nas vistas porque os patrões entram no momento...” (A4, unidade de texto 256, documento 3EIA4).</p> <p>“O pior é aquela coisa de sabermos que estamos a ser controlados” (B1, unidade de texto 64, documento 3EIB1).</p> <p>“Tenho que estar ali, ali e não posso sair dali, tenho que estar ali...se me apetece vir apanhar um bocado de ar, não se pode abrir a porta, não se pode vir cá fora, não se pode fazer nada” (C1, unidade de texto 106, documento 3EIC1).</p> <p>“Eu já me tem acontecido de andar com os dedos pisados, supondo tem, em algodão nas varetas onde se mete a trama, tem os dois teares</p>

	<p>eu faço todos” (B5, unidade de texto 131, documento ECG5).</p> <p>“É, é, é. O estarmos deitadas em cima dos teares já tenho andado com os peitos pisados. Já tenho andado aqui por cima, com os peitos pisados que ele agora neste momento não tenho, porque os teares agora têm andado mesmo bem, o fio agora é bom, agora toda a tecelagem anda bem...” (B5, unidade de texto 176, documento ECG5).</p>
--	--

Quanto aos *valores de mercado, como já foi dito*, sublinham e legitimam a inevitabilidade da situação de trabalho e das condições de trabalho com que, diariamente, se vêm confrontados. As características do seu trabalho, por um lado e a naturalização dos riscos associados ao seu trabalho, por outro, justificam a sua (con)vivência no trabalho, legitimadas pela remuneração auferida (quadro 30).

Quadro 30: Valores de mercado emergentes na regulação da saúde no trabalho

<b>Valores de mercado emergentes na regulação da saúde no trabalho</b>	<b>Exemplos retirados do discurso dos trabalhadores</b>
Mercado	<p>“Sei lá. Tem que se aguentar se conseguir se não conseguir...eu pronto, aguentei porque a necessidade também obrigou, às vezes uma pessoa naquele barulho satura-se mas é o trabalho” (A1, unidade de texto 42, documento 3EIA1).</p> <p>“As luzes acender, e a produção, claro que se está a ser controlado, além de estar a ser controlado pelo Eng., e ao outro dia vai para um quadro, é a produção” (B1, unidade de texto 50, documento 3EIB1).</p> <p>“Como sou obrigada, preciso de dinheiro tenho que trabalhar. Eu sujeito-me mais porque é um trabalho que eu gosto de fazer. Se eu não gostasse de fazer talvez já tivesse saído daqui e fosse para um trabalho, mas como é um trabalho que eu gosto...” (B2, unidade de texto 9, documento 2EIB2).</p> <p>“Às vezes também chateia, não é, mas é melhor andar sempre porque é melhor para o patrão e para nós” (C2, unidade de texto 238, documento 3EIC2).</p> <p>“... a transitar ...Que é que vamos fazer. Temos que andar. É o nosso modo de vida, não é?” (C3, unidade de texto 46, documento 3EIC3).</p> <p>“É muito, e desde que puseram aquilo a contar no tear, o engenheiro está lá em cima e sabe os teares que estão parados e quanto tempo. Agora temos que dar a produção” (C4, unidade de texto 10, documento 2EIC4).</p> <p>“Este tem. Tem travão, mas nós nunca travamos para não demorar tanto tempo a pôr o tear a trabalhar, senão é mais demorado” (A4, unidade de texto 12, documento 3EIA4).</p> <p>“Não porque eu não consigo. Sou pequenina e não consigo. Eu agora vim por trás porque o fio estava em posição de eu não lhe chegar, tive que ir por trás e agora vou ir outra vez pela frente, mas nós se fizermos pela frente é mais rápido. É mais rápido para nós que damos mais produção e melhor para o patrão que fazemos mais produção, fazemos mais metros ao fim do dia senão não fazemos” (A4, unidade</p>

	de texto 18, documento 3EIA4). “E quanto mais tiver os teares a andar...melhor produção também posso ter” (C4, unidade de texto 184, documento 3EIC4).
--	---

Todavia, apesar de os valores de mercado acompanharem o discurso dos trabalhadores confessando, por vezes, uma situação da qual não conseguem “escapar”, uma análise mais exaustiva revela que determinados valores, *valores de politeia*, aparentemente adormecidos, expressam pensamentos e emoções que caracterizam valores pessoais (valores sem dimensão) que fundidos na vida de trabalho e na vida fora do trabalho, representam orientações primordiais para a sua (con)vivência no trabalho, designadamente para a preservação da sua saúde no trabalho (quadro 31).

Quadro 31: Valores de politeia emergentes na regulação da saúde no trabalho

<b>Valores de politeia emergentes na regulação da saúde no trabalho</b>	<b>Exemplos retirados do discurso dos trabalhadores</b>
Politeia	<p>“Não era as visitas, eu acho que isso está mal porque eles haviam de se preocupar primeiro com quem está ali 8 horas diárias” (C1, unidade de texto 204, documento 2ECG1).</p> <p>“Temos um quarto de banho que pode medir um metro, nem um metro de largura por um metro de comprimento, onde somos obrigados a fazer as necessidades, fumar, para fumadores e não fumadores ali fechados naquele bocado” (B1, unidade de texto 49, documento 1ECG1).</p> <p>“Tanto faz mas às vezes ando um dia, dois dias sem ver o meu filho, também acontece isso. Se queres que te diga” (C1, unidade de texto 284, documento 1ECG1).</p> <p>“Eu acho, e mesmo assim, andar sempre ali preso como o cão, aquilo é praticamente uma cadeia” (C1, unidade de texto 482, documento 2ECG1).</p> <p>“Às vezes é boas outras vezes é más, às vezes sou assim “Ah ando aqui a trabalhar nisto, que isto é uma porcaria, espero bem que os meus filhos tenham outra maneira, que queiram estudar para ver se não param..., que isto é a pior coisa que existe” (A1, unidade de texto 48, documento 3EIA1).</p> <p>“Se soubesse o que sei hoje, só se não tivesse outra opção, senão não ia” (A1, unidade de texto 205, documento 3EIA1).</p> <p>“Eu, eu canto e rezo para passar o tempo lá dentro” (B2, unidade de texto 270, documento 2ECG2).</p> <p>“O remédio é sofrer, tem que se andar...” (C3, unidade de texto 62, documento 3EIC3).</p> <p>“Vou buscar o banco porque estou-me aqui a sacrificar, dou menos lucro ao patrão porque estou ali, não estou a fazer aquilo que...sei lá...” (C3, unidade de texto 330, documento ECG3).</p> <p>“Se me dissesse assim, tu és nova queres ir para uma tecelagem? Eu dizia que não, não queria, aquilo é muito doentio. Eu chego a casa,</p>

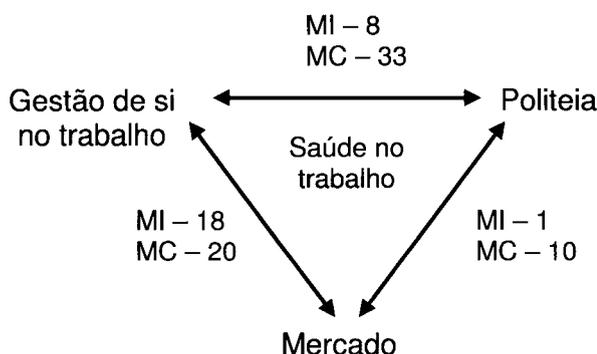
lavo-me, e então sinto-me muito doente, muito cansada e então o meu marido tem que me esfregar os pés todos os dias com pomada para as dores porque eu levo os pés todos pisados de descer aquele ferro, enquanto foi madeira, eu ainda trabalhava bem agora com estes ferros, eu vejo-me com muito sacrifício para trabalhar” (A4, unidade de texto 7, documento ECG4).
--

### 6.2.2. Uma análise do processo de investigação-acção

Se numa primeira análise os valores emergentes na saúde no trabalho se traduzem, sobretudo, no privilégio atribuído à gestão do uso de si, a evolução do discurso dos trabalhadores nos diferentes momentos da investigação e a possibilidade de, colectivamente, partilharem e confrontarem as várias estratégias de regulação da saúde no trabalho, parece ter favorecido a emergência de valores mais pessoais.

De facto, se por um lado os valores de politeia são referidos nos momentos individuais, designadamente na terceira entrevista individual (25) e nos momentos colectivos (37), é sobretudo nos momentos colectivos (MC) que aparecem associados à gestão do uso de si comparativamente com os momentos individuais (MI) (figura 9)

Figura 12: Valores emergentes na saúde no trabalho: interfaces entre os três pólos



A oportunidade de compararem os seus modos de agir (o como faz) parece então ter favorecido a tomada de consciência dos seus modos de pensar e de sentir as relações entre a saúde e o trabalho, emergindo, no discurso de cada um,

dimensões conativas que revelam cruzamentos sucessivos entre os diferentes planos da realidade.

De facto, uma análise das interfaces dos três pólos de valores mostra que nos momentos individuais a gestão do uso de si no trabalho está normalmente associada aos valores de mercado,

---

“O que me lixa é os lampiões. Dantes, os teares eram sem os lampiões. Uma pessoa, se estivessem parados, não se afligia, mas agora os lampiões dão muito nas vistas porque os patrões entram no momento...temos que andar sempre. (...) Uma pessoa está a trabalhar quer vê-los sempre a andar. A nossa satisfação é ver a tecelagem a andar sempre. Não é vê-los parados porque uma pessoa vai ao quadro – eu, pelo menos, entro sempre mais cedo para ir ao quadro ver a produção” (A4, unidade de texto 256, documento 3EIA4).

---

e que a evolução para os momentos colectivos revela, por um lado, valores de politeia associados à gestão de si no trabalho,

---

“Nós vemos todos nós, trabalhadores, não queremos meter aqui o filho no meio dos teares porque espero um futuro diferente para os seus filhos, ora eles têm de dar mais dinheiro, temos de ser mais bem pagos” (B1, unidade de texto 265, documento 2ECG1).

---

“Vindo já chateado de casa, por vezes nervoso, nem todos os dias é um mar de maravilhas, não é sempre dia de azul, às vezes com problemas dentro de casa, às vezes vem chateado, aborrecido e por vezes enervado e, companhias limitadas. Chega-se ali com o barulho, a gente já vem com uma “moídeirazita” na cabeça, por vezes, um gajo se entra ali, praticamente naquele funil, que é praticamente um funil, só tem uma porta para sair e para entrar e é de emergência; claro, aquele barulho ali intenso durante as 8 horas, a gente chega ao fim, está com a cabeça que nem um calhau. É que nem um veado” (C1, unidade de texto 457, documento 2ECG1).

---

e, por outro lado, a confrontação entre os valores de politeia e os valores de mercado,

---

“Para as máquinas anda melhor mas para o trabalhador é pior este ar condicionado é pior, trabalha com muita humidade” (B1, unidade de texto 49, documento 2ECG1).

---

“Eles têm de andar com firmas, antigamente não havia tecelagem sem janelas, nós hoje estamos todos isolados, mas antigamente não, abria-se uma janela assim e entrava ar puro, agora não, agora é tudo isolado, nós estamos oito horas num isolamento de um ar impuro, não respiramos ar puro, respiramos um ar impuro, portanto, todo...estamos todos isolados, mas agora, por causa deste ar condicionado, não pode haver portas nem janelas a abrir porque se não, não está a fazer efeito, pronto, mas isto é tudo moderno,

agora...e nós temos que nos sujeitar, nós somos feitos da mesma maneira, não somos feitos diferentes” (B2, unidade de texto 809, documento 1ECG2).

---

justificando o facto que é, essencialmente, nos momentos colectivos que se identificaram as interfaces simultâneas entre os três pólos de valores (10 casos) comparativamente com apenas um caso identificado nas entrevistas individuais.

A variação da metodologia utilizada nos diferentes grupos de participantes realçou, embora não claramente através das análises efectuadas no NUD\*IST, que na entrevista colectiva do segundo grupo (ECG2) – *a actividade de trabalho e as estratégias de regulação* – a possibilidade de partilhar as estratégias de regulação a partir de exemplos concretos do trabalho, facilitou a expressão das vivências mais profundas que exprimem valores de politeia.

De facto, a confrontação e o debate colectivo centrado no real do trabalho favoreçam a emergência dos modos de pensar e de sentir até aí ocultados pela “fachada” mas que permitem compreender a coerência e a pertinência dos comportamentos no trabalho.

Assim, a análise mais exaustiva dos valores que “sobrevêm” o trabalho conduz à seguinte interrogação: como é que os valores emergentes no trabalho influenciam, em concreto, as estratégias de regulação da saúde no trabalho?

### **6.3. Das estratégias de regulação da saúde no trabalho ao despertar no mundo dos valores**

A análise das estratégias de regulação da saúde no trabalho revelou que todos os trabalhadores que participaram nesta investigação-acção desenvolvem modos de agir e de pensar que, nas situações concretas dos seus trabalhos, lhes permitem (con)viver de forma mais confortável com as características e as condições de trabalho, sendo sobretudo as estratégias centradas no *pólo eu* as mais frequentes. Estas estratégias revelam também uma dimensão mais subjectiva que, específica de cada um, parece estar relacionada com os valores do trabalho. De facto, o comportamento do ser humano no trabalho não se limita à mera execução de tarefas e de procedimentos prescritos pois é também através do

trabalho e da sua experiência que ele manifesta um *poder agir* sobre uma situação de trabalho que, aparentemente, se mostra rígida e inflexível.

A análise conjunta dos dois espaços tri-polares caracterizados anteriormente permite responder à terceira questão de investigação,

*Será que os modos de regulação da saúde no trabalho evocados na primeira questão estão relacionados com a gestão dos valores evocados na segunda?*

revelando que, na gestão das exigências do trabalho e da preservação da saúde no trabalho, diferentes planos da vida se cruzam não havendo uma linha contínua de separação entre eles, o que é traduzido na especificidade e na singularidade de cada um na forma como vai gerindo a sua saúde.

Com efeito, se, de uma maneira geral, o desenvolvimento de estratégias de regulação da saúde no trabalho está presente em todos os trabalhadores, a sua variabilidade parece estar relacionada com as características físicas e psicológicas de cada um.

Assim, as regulações operatórias variam de trabalhador para trabalhador parecendo estar, sobretudo, relacionadas com a facilidade versus dificuldade em emendar a quebra do tear, justificada pelas características antropométricas e morfológicas do corpo e com as dificuldades em assumir certas posições, traduzidas pelas dores e problemas nas articulações.

Mas, por outro lado, a análise mais exaustiva das relações entre as características das estratégias de regulação da saúde e os valores (quadro 32) revela que, se há maioritariamente relações mais nítidas e visíveis com os valores de gestão de si no trabalho (412) gradualmente e progressivamente ao longo da intervenção emergem outros valores, mais subjectivos, que pareciam adormecidos, relacionados com os valores de politeia (37).

Exemplificando, pode-se constatar que na interface Eu-Gestão de si no trabalho, o valor de 256 corresponde na realidade, a um valor que foi gradualmente evoluindo: de 49 casos, obtidos nos momentos individuais (MI) para 187 casos verificados nos momentos colectivos.

Quadro 32: Interface entre as estratégias de regulação e os valores

<b>Valores</b>			
<b>Estratégias de regulação</b>	<b>Gestão de si no trabalho</b>	<b>Mercado</b>	<b>Politeia</b>
Eu	256 MI*. 49 e MC**. 187	25 MI*. 13 e MC**. 12	33 MI*. 11 e MC**. 22
Sistema	140 MI*. 55 e MC**. 85	16 MI*. 13 e MC**. 3	4 MI*. 1 e MC**. 3
Outros	16 MI*. 5 e MC**. 11	0	0
<b>Total</b>	<b>412</b> MI*. 109 e MC**. 283	<b>41</b> MI*. 26 e MC**. 15	<b>37</b> MI*. 12 e MC**. 25

\* MI. Os valores correspondem às frequências encontradas nos momentos individuais.

\*\* MC. Os valores correspondem às frequências encontradas nos momentos colectivos.

De facto, ao analisar-se a evolução do discurso dos trabalhadores, os valores de politeia são, sobretudo, identificados nos momentos colectivos (22+3) realçando, portanto, o papel destes momentos para a emergência de um conjunto de dimensões que parece, no início, não estar relacionado com as estratégias de regulação da saúde mas que acaba por ser determinante nos modos de pensar e de agir dos trabalhadores.

“Ah, é, é às vezes também se canta, que é para se esquecer que aquilo que está a andar mal isto, isto é uma forma de se esquecer as coisas portanto a gente canta e reza...que tear a andar mal...” (B2, unidade 501, documento 2ECG2).

“Às vezes o que eu penso, não é, o que é que vou fazer quando chegar a casa, ou quando chegar a casa da minha patroa, pelo caminho, vou apanhar um sardineiro ou não para quando chegar a casa fazer o jantar...” (C2, unidade de texto 348, documento 2ECG2).

“Olhe sei lá, eu vou cantar como canto com a minha netinha às vezes cantamos as duas em casa... às vezes estou a pensar nela e que rica filha ou cantamos isso, ou cantamos, às vezes a D. Ana, a ama mora ao lado e às vezes vai lá levá-la que a minha nora e às vezes assim: “Olha ontem o que é que estavas a cantar que a vóvó filhinha?” e ela canta” (C3, unidade de texto 572, documento ECG3).

“Não, rezar... Penso, pois é, a maior parte é os meus filhos, em casa o que é que ele está a fazer ao meu pai... e o que é que hei-de fazer para o comer...Às vezes planeio e quase todo o dia a planear e chega-se à altura...” (A2, unidade de texto 247, documento 2ECG2).

Na realidade, os valores emergentes nos modos de regulação da saúde reflectem dimensões conativas como a religião, as relações familiares, os projectos e as aspirações que parecem invadir a forma como, no trabalho, cada um gere o difícil equilíbrio entre as exigências produtivas e a preservação da sua saúde.

Os momentos colectivos favorecem então a expressão de dimensões mais singulares, mais subjectivas, mas também menos visíveis que, na perspectiva do trabalhador, explicam e naturalizam os seus comportamentos no trabalho, designadamente na sua gestão da saúde no trabalho.

De facto, a partilha de modos de agir e de pensar favorece a emergência de outras dimensões, mais invisíveis, que explicam e justificam determinados comportamentos, proporcionando uma reflexão conjunta das escolhas e decisões que cada um realiza.

Na realidade, a naturalização de determinados riscos do trabalho, nomeadamente a exposição ao ruído, reflecte que, na perspectiva do trabalhador, o ruído faz intrinsecamente parte do seu trabalho – ser tecelão é viver no barulho - o que traduz a centralidade do significado que, aos seus olhos, é atribuído ao ruído.

É também com esta naturalidade que os problemas auditivos são relacionados com factores biológicos, evocando a tendência genética de determinadas pessoas para o desenvolvimento da surdez,

---

C – A Eduarda estava a dizer há bocado que...

C2 – Eu ouço mal, ouço um bocado mal...

B2 – Mas vós já é de família. O teu pai também...

C2 – Também pode ser. A minha mãe ouve mal também...

B2 – Ouve mal.

C2 – Também trabalhou na tecelagem desde os nove anos.

B2 – Sim, mas eu acho que isso porque nós vamos, se nós...

C2 – A minha tia Luísa também era remetedeira aqui.

B2 – Nós se for fazer um inquérito a todos os trabalhos, eu acho que nós não encontramos mais surdos na tecelagem ou num escritório. Também há surdos no escritório e no escritório não há barulho.

C2 – Está bem.

B2 – Há médicos que são surdos e não têm barulho?

C2 – Ó Carmo, mas eu comecei a ouvir mal quando comecei a trabalhar na tecelagem, que antes não ouvia...

---

---

B2 – Mas podias ter já esse problema, não é? Porque às vezes a criança ouve mal e os pais não se apercebem como a criança vê mal e os pais só depois de uma certa idade são que se apercebe que o filho que está a ver mal, não é? Isso há muitas coisas, eu...

C2 – Há coisa de oito anos aqui na firma, começar a nós a usar aquelas coisinhas, foi há coisa de oito anos que até meteram um aparelho no bolso...

B2 – Pois, foi.

C2 - ...e eu tinha que andar daquilo e eles queriam que eu andasse com aquelas coisinhas nos ouvidos para um dia mais tarde não ter problemas de ouvir mal.

B2 – Mas tu já tinhas.

C2 – E eu já ouvia mal porque eu já andava aqui há mais anos porque eu ando aqui há vinte e dois anos, foi há coisa de oito anos, andava grávida da minha filha.

B2 – Eu sou tecedeira há quase quarenta anos e graças a Deus nunca tive problemas de ouvidos. E sou tecedeira há quase quarenta anos, não é dois dias.

C2 – Pois.

A2 – Pode ser até que... ..ajuda.

C2 – Eu não sei, eu sei que ouço mal, não sei que...

A2 – Acho que não deve ser: "fica ou vai começar a ouvir mal", isso também vai ter uma tendência conforme as pessoas. Por exemplo a Carmo tem quarenta e tal anos, ouve bem.

B2 – De tecelagem. Graças a Deus ouço bem.

A2 – Ela tem muito menos anos...na tecelagem e já ouve mais uma. Acho que pode ajudar, acredito que ajude um bocado a isso, mas também vai derivada a certas pessoas...

B2 – Pois.

A2 –...conforme as pessoas que são em si.

C – Estava-me a dizer da sua mãe.

C2 – A minha mãe também ouve mal, também começou a trabalhar nova aqui na fábrica, ela veio para aqui com treze, catorze anos. A minha tia era remetedeira daqui também ouve mal.

A2 – O meu pai também ouve mal, mais de um ouvido só.

B2 – É como o meu homem, também só ouve mal de um ouvido, mas isso ele não põe o problema que fosse da firma, não é?

A2 – Também não.

C2 – Também não estou a dizer que é, também não estou a dizer que é da firma.

B2 – Pois.

---

C – investigadora

Excerto da primeira entrevista colectiva do grupo 2;

Unidades de texto [72, 105], documento 1ECG2.

Ou seja, as experiências de cada um, os valores e as crenças que, na vida fora do trabalho, orientam as suas escolhas e as suas tomadas de decisão se imiscuem, também na vida de trabalho, nas escolhas e nas indecisões, no que se valoriza e desvaloriza, no que se retém ou ignora, na forma como se organiza e hierarquiza as decisões do dia-a-dia, salientando uma inseparabilidade entre as dimensões mais singulares de cada um e a forma como, todos os dias, são

geridas as relações entre a saúde e o trabalho, reflectindo um *continuum* entre a saúde no trabalho e a saúde fora do trabalho.

## 7. Síntese

O estudo da saúde no trabalho implica um conhecimento profundo da situação de trabalho (de todos os riscos do trabalho), da natureza das representações dos riscos profissionais e das estratégias de preservação e construção da saúde, no espaço e no colectivo de trabalho que, só através dos olhos do trabalhador, se tornam compreensíveis. Como sublinha Dejours (1995a) " a saúde não é pois um estado natural, mas uma construção intencional" (p.10, tradução livre): entre o mundo de cada um e o mundo de trabalho são estabelecidas relações singulares que traduzem a forma como cada um traz as coisas à existência (Canguilhem, 2002).

De facto, as estratégias de regulação da saúde revelam uma maneira bem própria de regular o seu trabalho de modo a diminuir os constrangimentos, recuperar o tempo e alcançar um equilíbrio possível, revelando valores pessoais decorrentes de uma vida e de uma experiência não limitados ao mundo laboral.

Assim, as dimensões humanas e mesmo existenciais atravessam a vida de trabalho e, embora parecendo adormecidas, revelam uma necessidade humana de re-criar um espaço que lhe é próprio.

Contudo, e como salienta Davezies (2002) referindo-se aos trabalhadores "eles defrontam esta tarefa na desorientação e no isolamento" (p.37, tradução livre) deixando as capacidades de pensar, de debater e de agir soltas, sem apoio e, portanto, *mantidas na discrição das relações sociais*.

A investigação-acção apresentada neste capítulo procurou definir uma via possível para romper com este isolamento – e os momentos das entrevistas colectivas têm mostrado potencialidades particularmente interessantes.

De uma certa forma tem sido também demonstrado o quanto os processos de regulação da saúde no trabalho desenvolvidos pelos trabalhadores, são, na realidade, processos que podem, ou não, ser apoiados e estruturados, em função

das opções assumidas no âmbito da estrutura social em questão e das opções dos seus actores.



## **CAPÍTULO V**

---

### **Espaços e contextos de acção da saúde no trabalho: processos de regulação ao nível local**



A singularidade que caracteriza as estratégias de regulação da saúde no trabalho reflecte a acção criativa com que, diariamente, cada trabalhador se confronta na procura de um equilíbrio frágil entre o cumprimento de normas de produção e a preservação da sua saúde. Estas estratégias apelam a processos de regulação individuais, frequentemente vividos no silêncio das relações sociais, e desconhecidas e distantes das potenciais estruturas e das redes de apoio.

De facto, as opções sociais assumidas nas políticas da saúde omitem esta dimensão menos visível da construção e preservação da saúde no trabalho assim como relegam para segundo plano as consequências da actividade profissional no bem-estar que, contudo, não deixam de estar permanentemente imiscuídas nas questões de saúde pública.

Tendo presente esta realidade, e com o objectivo de compreender os processos de regulação de cariz mais institucional a nível das estruturas sociais ao nível local, procurou-se analisar o papel efectivo dos profissionais dos organismos de saúde e de saúde pública, que diariamente, se vêm confrontados com utentes que também são trabalhadores.

Deste modo, este estudo incidiu no território específico da empresa analisada no capítulo anterior, situada na região do Vale do Ave.

## **1. A organização e a regulação da saúde ao nível local**

### **1.1. Da regulação humana à regulação institucional**

O estudo dos processos de regulação ao nível do indivíduo revela que, na variabilidade dos modos de pensar e de agir, cada um encontra, com mais ou menos facilidade, um ponto de equilíbrio que lhe permite, momentaneamente, ultrapassar os constrangimentos e as perturbações impostas pela situação de trabalho.

Estes processos, habitualmente desenvolvidos na discrição das relações sociais, não são, contudo, inócuos e, além de provocarem desgaste físico e psicológico, estão na origem de mecanismos silenciosos de selecção e exclusão das situações de trabalho (Vogel, 1997, Gollac & Volkoff, 2000, Thébaud-Mony, 2001).

Por outro lado, os modos de pensar e de sentir as relações entre a saúde e o trabalho estão, frequentemente, associados a valores que normalmente se traduzem na dificuldade em imputar ao trabalho responsabilidades directas pelos seus problemas de saúde, e, ainda, na própria naturalização dos riscos associados ao seu trabalho, ou como refere Re (1990) à profissionalização dos riscos, dificultando, pois, a sua visibilidade.

Estas dificuldades mantêm-se pela insuficiência das estruturas sociais de apoio que, apesar das opções sociais assumidas, parecem impotentes na criação de redes e interfaces susceptíveis de promover, na perspectiva do trabalhador, “capacidades de pensamento, de debate e de acção” (Davezies, 2002, p.37, tradução livre) em saúde no trabalho.

De facto, se por um lado há, no indivíduo, tal como sucede num organismo, uma finalidade própria, uma tendência para encontrar o equilíbrio possível no quadro de constrangimentos que lhe são impostos, por outro lado, a sociedade que os acolhe é desprovida destes mecanismos auto-reguladores (Canguilhem, 2002b),

Uma sociedade não tem finalidade própria; uma sociedade, é um meio; uma sociedade, é mais da ordem da máquina ou de um instrumento do que da ordem do organismo. (...) Por consequência, não sendo um organismo, a sociedade supõe e apela mesmo a regulações; não há sociedade sem regulação, não há sociedade sem regra, mas não há na sociedade auto-regulação. A regulação é-lhe sempre, se assim o posso dizer, acrescentada e sempre precária (p.120-121, tradução livre).

necessitando assim de mecanismos de regulação que diminuam os desvios e que tendam a compensar as desordens.

As questões da saúde no trabalho reflectem contradições quer com as exigências de produtividade e eficácia das empresas, quer com os objectivos da medicina curativa, quer mesmo com os interesses do poder local.

Uma das formas tradicionalmente utilizadas para ultrapassar estas incoerências tem sido a produção de legislação com o objectivo de regular os discursos e comportamentos produzidos. Mais concretamente, estas medidas têm limitado as questões de saúde no trabalho ao espaço da relação salarial através da regulação das obrigações, dos direitos e dos deveres do trabalhador e da entidade patronal, traduzindo-se, por exemplo, no que é hoje a prática habitual de

realização de exames de vigilância da saúde e de exames de aptidão para o trabalho.

Na realidade, as questões de saúde no trabalho permanecem ainda presas ao conceito tradicional de saúde (ausência de doença), o que, transposto para a saúde no trabalho equivaleria a definir a saúde (no trabalho) como ausência de doença profissional reconhecida.

Contudo, uma abordagem com estas características, voltada para uma atitude normativo-prescritiva, é demasiado reducionista para abarcar as dimensões psicológica, social e afectiva da saúde no trabalho o que, conseqüentemente, limita os problemas de saúde aos que são susceptíveis de serem medicamente descritos (Davezies, 1994).

A prática da medicina, em geral, e da medicina do trabalho, em particular, partem de um concepção do homem isento de subjectividade e de particularidades que caracterizam o seu modo de vida, o seu trabalho, reduzindo a actuação do médico à mera classificação do paciente num quadro de doenças já definidas. Ou ainda, como refere Canguilhem (2002c):

A medicina de hoje é baseada, com a eficácia que necessariamente lhe reconhecemos, na dissociação progressiva da doença e do doente, aprendendo mais a caracterizar o doente pela doença do que identificar uma doença após um conjunto de sintomas espontaneamente apresentados pelo doente (p.35, tradução livre).

Estas práticas contribuíram para a desindividualização do acto médico, orientado para uma análise que é cada vez mais despreendida da representação inicial da prática clínica. A observação, a análise da história e dos modos de vida, ou seja, a análise da sintomatologia do doente, é substituída pela análise dos sinais precisos e objectivos do corpo, feita através de exames às "partes do corpo" e lida por especialistas que, a partir de cada fragmento do corpo, realizam o seu diagnóstico.

Esta postura tem dificultado uma intervenção global e integradora na área da saúde, quer ao nível da saúde no trabalho que, essencialmente preocupada com o cumprimento da legislação e regulamentação, parece ter esquecido o homem e toda a sua experiência, quer ao nível da saúde familiar que, essencialmente

preocupada com o diagnóstico médico, parece ter-se esquecido que o seu paciente exerce também uma actividade profissional.

De facto, as relações entre a saúde e o trabalho têm sido tradicionalmente abordadas pelos investigadores, pelos profissionais de saúde e mesmo pelo poder público, sob a perspectiva da saúde no trabalho, ou seja, por referência ao contexto de trabalho, estando praticamente ausente uma referência explícita ao *continuum* entre a saúde no trabalho e a saúde fora do trabalho (MiRe-DREES; DARES & La Poste, 2003). Ainda presa à separação tradicional entre um sistema nacional de saúde que se centra sobretudo nos cuidados de saúde e um sistema de gestão de riscos profissionais que se centra na reparação (indemnização) e na prevenção, tem sido difícil institucionalizar uma intervenção integrada em que o trabalhador, o cidadão e o homem passem a ser o centro de todo o processo.

## **1.2. O Homem, o cidadão e a sua saúde**

A passagem de uma perspectiva estável da visão tradicional de saúde, «manter a sua saúde», para uma perspectiva mais dinâmica caracterizada por uma visão mais moderna que será, pelo contrário, a de «melhorar, aprofundar a saúde» (Vigarello, 2001), tem vindo a marcar os discursos e as políticas da saúde.

Em Portugal também a definição de uma Estratégia de Saúde (Ministério da Saúde, 1999a) tem tido como objectivo consolidar uma nova cultura na área da saúde<sup>105</sup>, baseada num compromisso colectivo: "vontade de promover um compromisso explícito para melhorar a saúde..." (orientação nº1) e "assumir a centralidade do cidadão..." (orientação nº2) caracterizam uma das principais linhas de força da nova estratégia que apela para uma intervenção baseada na promoção e na prevenção, em que o Homem ocupa um lugar central.

De facto, a participação dos cidadãos nas políticas da saúde é já intencionalizada na nova Lei de Bases da Saúde (Ministério da Saúde, 1990) em que "é promovida a participação dos indivíduos e da comunidade organizada na definição da política da saúde e planeamento e no controlo do funcionamento dos serviços" (Base II),

---

<sup>105</sup> A Estratégia de Saúde reflecte o pensamento europeu em saúde traduzindo o espírito do Tratado de Amesterdão e o novo quadro da Comissão Europeia em matéria de Saúde Pública.

e de novo reforçada na nova Estratégia de Saúde onde a premissa “Cidadão e Comunidade – parcerias para a saúde” (Ministério da Saúde, 1999a) é, realmente, uma das principais formas de actuação.

Estas preocupações reflectem a intenção já descrita na Carta de Ottawa<sup>106</sup> (1986) em integrar na estratégia de promoção da saúde uma intervenção dinâmica e centrada no cidadão acentuando que a promoção da saúde,

É um processo que permite às populações exercerem controlo muito maior sobre a sua saúde e melhorá-la. Para conseguir um estado de completo bem-estar físico, mental ou social, o indivíduo ou o grupo deve estar apto a identificar e a realizar aspirações, a satisfazer necessidades e a alterar ou lutar contra o meio. Assim, a Saúde é entendida como um recurso para o dia a dia e não como a finalidade da vida. A Saúde é um conceito positivo, com destaque para os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas (Carta de Ottawa, 1986, p.2, tradução livre).

Esta evolução implica não só uma visão mais dinâmica e processual como, ainda, um movimento de singularização da intervenção em que cada um em particular e a sociedade em geral são chamados a intervir.

Esta passagem marca a perspectiva actual da saúde pública que, embora reconhecendo a importância do modelo biomédico e dos esforços de medicalização, sublinha, também, a sua insuficiência face a uma intervenção dita de promoção que passa, inevitavelmente, por um *aperfeiçoamento societal da saúde* (Drulhe, 1996).

De facto, e como salienta Dozon (2001), a prevenção em saúde pública contemporânea não se dirige apenas à criação de medidas universais de protecção e de imunidade artificial, desenvolvidas no âmbito da biomedicina e que caracterizam o *modelo pasteuriano de prevenção*, mas pretende antes desenvolver um *modelo contratual de prevenção* que concilie as diversas instâncias científicas, estatais e institucionais em conjunto com as populações e cada um dos interessados, de forma a participarem em conjunto para o bem-estar de todos e de cada um, promovendo, deste modo, a melhoria da saúde pública.

---

<sup>106</sup> A Carta de Ottawa (1986) foi elaborada e adoptada pela 1ª Conferência Internacional para a Promoção da Saúde que se realizou em Ottawa, no Canadá, em Novembro de 1986. Nesta conferência reuniram-se diversas instituições internacionais e participantes de todo o mundo, entre as quais a OMS, para partilharem experiências e conhecimentos sobre a promoção da saúde, tendo como principal objectivo promover um novo movimento de saúde pública. Assim, ficou definido um conjunto de orientações no domínio das condições básicas para a saúde, no significado da intervenção na promoção da saúde e nos compromissos dos participantes para a promoção da saúde.

A atenção particular para um modelo contratual de prevenção sublinha a centralidade atribuída à acção do homem assente no que Canguilhem (1999) caracterizou de vivência *relativa e individual* da sua saúde.

De facto, o modelo contratual de prevenção baseia-se no princípio de uma complementaridade necessária entre o movimento de objectivação dos riscos sanitários, realizados cada vez mais com a precisão das ciências biomédicas (em particular a epidemiologia) e um movimento de subjectivação no qual os indivíduos devem tornar-se actores responsáveis da sua saúde. Esta complementaridade suspende-se na distinção, entre “um direito à saúde de que seriam garantes os poderes públicos e a investigação científica, e por outro lado, um dever de saúde ao qual estaria sujeito o conjunto dos cidadãos e que participariam assim de uma redefinição do vínculo democrático” (Dozon, 2001, p.41, tradução livre).

Nesta perspectiva, a intervenção em saúde passa, sobretudo, por uma atitude de compreensão que, ultrapassando a tradicional prática médica baseada num diagnóstico rigoroso e objectivo da doença e na conseqüente terapêutica, se centre na relação entre duas pessoas. De facto,

Não se trata, na relação médico-paciente, de uma situação baseada unicamente sobre um conhecimento do tipo da causalidade, mas sim de um debate entre duas pessoas em que uma quer ajudar a outra a adquirir uma estruturação o mais de acordo possível com a sua essência. É realçando a relação pessoal que existe entre o médico e o paciente que o ponto de vista médico moderno se opõe de forma mais clara aquela postura dos médicos do final do século anterior que tinham hábitos de pensamento próprios das ciências físicas (Canguilhem, 2002d, p.92, 93, tradução livre).

É esta relação que está na base do modelo contratual e que traduz a centralidade do homem na expressão que Dozon (2001) designou de «paciente-sentinela» como sendo o paciente atento ao seu corpo e à sua saúde, capaz de identificar os riscos internos e externos aos quais está exposto e que passam, inevitavelmente, por uma reflexão que atravessa, também, o mundo dos valores e das vivências quer individuais quer partilhadas colectivamente.

Se, de facto, a passagem de um cidadão espectador a um cidadão actor se enquadra nas novas políticas de promoção e prevenção da saúde e nas perspectivas mais modernas de saúde pública, a integração de uma referência

explícita às condições de vida e, mais particularmente, às condições de trabalho (que não deixam de constituir um factor de desigualdade) pode constituir um obstáculo sério à sua aplicação se não forem realmente intencionalizadas estruturas e redes de apoio adequadas a esta mudança.

### **1.3. A organização da saúde no trabalho**

A organização da saúde no trabalho ao nível local tem sido, tradicionalmente, da responsabilidade da empresa e mais particularmente da medicina do trabalho. A acção do médico de trabalho centra-se, sobretudo, na realização de exames de aptidão e na vigilância médica dos trabalhadores, circunscrevendo-se ao cumprimento de "legalidades" no quadro dos imperativos económicos das empresas (Faria, 1994).

O diagnóstico das patologias associadas ao trabalho é realizado a partir de uma lista previamente definida e caracterizada de doenças profissionais (Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 2001) face à qual o médico procura relacionar a patologia apresentada pelo seu paciente ao factor de risco que poderá estar associado.

A partir da constatação de uma possível relação de causa-efeito, cabe ao médico do Centro de Saúde concluir o processo e enviá-lo para o Centro Nacional de Protecção contra os Riscos Profissionais (CNPRP) a fim de ser ou não reconhecida doença profissional.

Na realidade, ainda persiste uma abordagem desagregada da «saúde no trabalho» entre a actuação centrada na regulamentação das condições de exercício do trabalho por parte do médico do trabalho e a actuação centrada na doença, por parte do médico do centro de saúde dificultando uma análise integrada e compreensiva da «saúde no trabalho».

Esta abordagem, ainda dominante na organização da saúde no trabalho, foi colocada em causa no final dos anos 60 quando Ivar Oddone (2000) que, exercendo medicina geral, se deparou com um problema que não sabia resolver: um grupo de trabalhadores pediu-lhe informações sobre o risco que as suas

condições de trabalho poderiam representar para a sua saúde, considerando que estas informações poderiam permitir-lhes mudar e melhorar essas mesmas condições de trabalho.

Segundo o autor, este pedido concreto levou-o a reflectir sobre a representação que tinha da saúde que, tradicionalmente associada à ausência de doença, não era suficiente para responder ao pedido dos trabalhadores pois, implicitamente, desistia da possibilidade em suprimir a fonte da doença.

Alguns trabalhadores perguntaram-me, mesmo, como poderiam ficar, mais rapidamente, com silicose, conscientes que era a única maneira de escapar às suas condições de trabalho. Eu descobri que de facto o meu conhecimento tinha uma estrutura racional (Oddone, 2000, p.2, tradução livre).

A ruptura com uma abordagem essencialmente medicalizada levou então Ivar Oddone a questionar a *Imagem* que tinha da saúde e da doença, re-orientando-a para uma abordagem que integra, também, a representação que os trabalhadores têm do risco e da sua nocividade para a sua saúde.

“Quando, hoje, procuro reconstruir o momento de ruptura e de reorganização da minha *Imagem* em termos de psicologia da saúde, entendida como a capacidade de *ver* o comportamento dos homens face à saúde e à defesa da saúde, eu revejo, por um lado, os clientes que representam o paciente tradicional, com um pedido de diagnóstico, de prognóstico e de terapêutica e, por outro lado, os homens que não me pedem exames nem medicamentos, mas uma utilização do saber médico com o objectivo de modificar as condições de trabalho, de prevenir as doenças relacionadas com o ambiente, de adaptar o meio de trabalho ao homem no trabalho, Dito de outra maneira, actual, hoje em dia, mas que não estava na altura na moda, uma intervenção de *santégénèse*” (Oddone, 2000, p.2, tradução livre).

Esta posição reflecte também as preocupações já evocadas por Canguilhem (1947) quando refere a necessidade de ver o mundo com os olhos dos trabalhadores é intencionalizada pela psicologia do trabalho ao assumir a centralidade do estudo do comportamento do homem em situação real de trabalho.

Em termos de intervenção a reflexão de Oddone (2000) conduziu-o a desenvolver uma acção-investigação<sup>107</sup> na área da psicologia da organização da saúde, com o objectivo de transformar a organização curativa existente numa organização também capaz de identificar, caracterizar e avaliar as doenças resultantes do

---

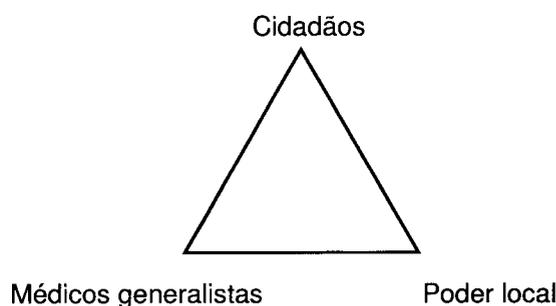
<sup>107</sup> Expressão preferida por Oddone à habitual investigação-acção por considerar que é o projecto da acção que sobredetermina o processo de investigação, da aquisição de novos conhecimentos.

ambiente construído para, em consequência, poder intervir na sua redução e eliminação.

A experiência decorreu no território de “Bouches-du-Rhône” em França a partir da década de 80, tendo envolvido um grupo pluridisciplinar constituído por médicos generalistas, médicos especialistas, psicólogos e “cartógrafos”, que, procuraram avaliar a saúde individual e colectiva dos trabalhadores da região reconstruindo o seu percurso profissional e de vida.

A acção levada a cabo permitiu repensar a organização da saúde graças à activação de um sistema inovador – Sistema de Informação Concreta (SIC) – que procurando definir uma linguagem comum tornou-se mais permeável a interface entre os diversos actores na organização do sistema de saúde: os cidadãos, os médicos generalistas e o poder local (figura 13).

Figura 13: Triângulo da organização da saúde (Oddone, 2000)



As interfaces do triângulo constituem assim a estrutura básica do Sistema de Informação Concreta que, através da construção de uma linguagem comum permitiu também uma melhor compreensão das diferentes *Imagens* sobre a saúde dos diferentes actores envolvidos. De facto, “construir uma linguagem que tornasse permeável a interface entre mim, como técnico de saúde, e eles, como sujeitos que me pediam que gerasse a solução do problema da nocividade do trabalho” (Oddone, 2000, p.2) foi fundamental para o sucesso de uma intervenção com estes objectivos e características.

A dinâmica instituída permitiu identificar e caracterizar os riscos profissionais prioritários, característicos daquele território e ainda reunir todas as informações

individuais a fim de obter uma representação da saúde colectiva que, informatizada, pudesse estar disponível e ser difundida a todos os grupos interessados (médicos generalistas, inspectores e preventores do trabalho, organizações sindicais, empresários, ...) de forma a permitir à comunidade municipal uma outra avaliação dos riscos e decisões no sentido da sua progressiva eliminação.

O projecto concretizado no SIC e prolongado até agora, por Igonet & Andol (2003) através do Sistema Interactivo para a Saúde no Trabalho (SIST) apela para a necessidade de uma actuação que ultrapasse o nível da empresa e se situe no plano da acção local (do território) para que, todos os actores em geral e cada um em particular, possa dar outra visibilidade aos efeitos do trabalho na saúde e agir em função.

Na realidade, se é indispensável conhecer, na perspectiva do trabalhador, as consequências das condições de trabalho na sua saúde e bem-estar, tal conhecimento não é, por si só, suficiente, sendo necessário associar os outros profissionais de saúde, nomeadamente os médicos dos centros de saúde e os médicos de saúde pública.

## **2. Estudo local da organização da saúde: a construção de interfaces da saúde**

Tendo esta experiência de “Bouches-du-Rhône” como modelo de referência, foi projectado o estudo da organização da saúde numa localidade inserida na região do Vale do Ave, dominada, como já se referiu, pela Indústria Têxtil e do Vestuário. Contudo, as ambições foram mais modestas e o principal objectivo foi o de melhor compreender as interfaces entre cidadão, centro de saúde e poder local na promoção e prevenção da saúde dos cidadãos daquele território (figura 14).

Figura 14: Interfaces da saúde no trabalho ao nível local (Adaptado de Oddone, 2000)



Como é sabido, os centros de saúde assumem um papel primordial na gestão e organização da saúde ao nível local, tendo sido esta a razão pela qual, neste estudo foi privilegiado o diálogo com os médicos do Centro de Saúde local, que na sua prática de clínica geral e familiar possuem, também, a responsabilidade pelo diagnóstico de doença profissional e a instauração dos procedimentos habituais para o seu reconhecimento. Pretendia-se, pois, compreender, o modo como são equacionadas as questões relacionadas com a saúde no trabalho ao nível da organização local de saúde.

O estudo decorreu entre Abril de 2001 e Agosto de 2002 e consistiu na realização de um conjunto de entrevistas individuais aos médicos do Centro de Saúde, os médicos de Saúde Pública, na consulta de documentos e registos de saúde no território em questão e ainda entrevistas com representantes do poder local.

## 2.1. Breve caracterização da região do Vale do Ave

Como já foi referido, a região do Vale do Ave situa-se no Norte de Portugal, mais propriamente a Noroeste de Portugal (figura 15). O Vale do Ave é uma “região extremamente dinâmica e produtiva, com uma componente industrial fortíssima que a torna um dos motores da economia nacional”<sup>108</sup> (Associação Comercial e Industrial do Vale do Ave, 2002, p.13).

<sup>108</sup> É considerado o segundo centro económico mais importante do Norte de Portugal, a seguir ao Porto (Associação Comercial e Industrial do Vale do Ave, 2002).

Figura 15: Delimitação da região norte de Portugal



A delimitação da região do Vale do Ave é definida pela NUT III do Ave e engloba seis concelhos: Guimarães, Famalicão, Santo Tirso e Fafe (os quatro concelhos que correspondem ao núcleo duro da região), acrescida da Póvoa do Lanhoso e de Vieira do Minho (figura 16)

Figura 16: Delimitação da região do Vale do Ave (versão oficial)



A região do Vale do Ave (INFOLINE, 2003) estende-se por um área de 1245,5 km<sup>2</sup> e é composta por 242 freguesias. Embora a sua dimensão seja relativamente pequena em comparação com as outras regiões no Norte de Portugal, a sua densidade populacional é muito elevada, 409,5 habitantes/km<sup>2</sup>, comparativamente com a região Norte (173.2 habitantes/km<sup>2</sup>), sendo cerca quatro vezes superior à média nacional.

É nesta “pequena grande” região que se concentra a maior parte das empresas da Indústria Têxtil e do Vestuário (ITV) sendo, portanto, nesta actividade que a maior parte dos seus habitantes trabalha (DEEP<sup>109</sup>, 2003).

De facto, do conjunto das Indústrias Transformadoras da região do Vale do Ave, 65.5% das empresas pertencem à ITV, absorvendo 72% do emprego desta região (quadro 33). Ou seja, além de constituírem a fatia dominante de empresas na região, empregam a maior parte da população activa aí residente.

Quadro 33: Número de empresas e emprego na região do Vale do Ave segundo os diferentes sectores de actividade na Indústria Transformadora (em percentagem)

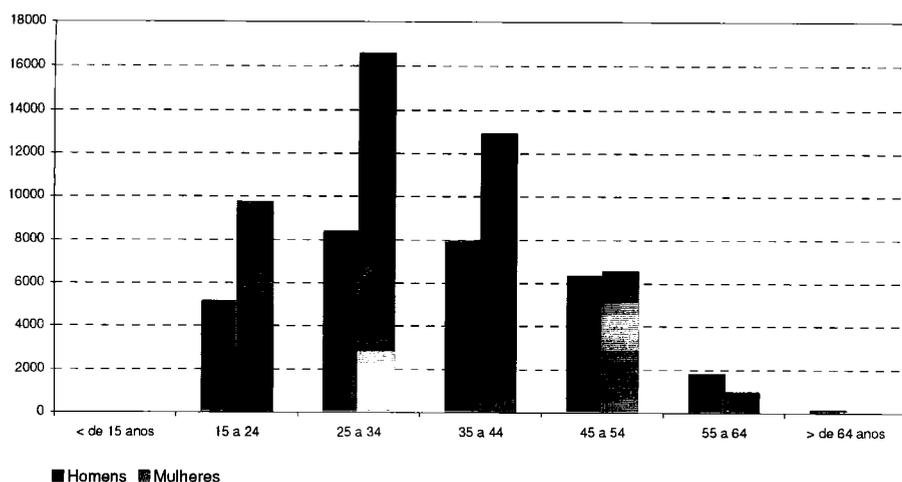
Empresas da Indústria Transformadora	Empresas Percentagem	Emprego Percentagem
Indústrias Alimentares, das Bebidas e do Tabaco	4.4	4
<b>Indústria Têxtil e do Vestuário</b>	<b>65.5</b>	<b>72</b>
Indústria do Couro e dos Produtos do Couro	4.2	5.8
Indústria da Madeira e da Cortiça e suas Obras	3.5	1
Indústria da Pasta, de Papel e Cartão e seus Art.	2.5	1.3
Fabricação de Produtos Químicos e de Fibras	0.6	0.4
Fabricação de Art.Borracha e Matérias Plásticas	1	1.4
Fabricação de Outr.Prod.Minerais Não Metálicos	2.3	1.1
Indústrias Metalúrgicas de Base e Prod.Metálicos	8.6	5.5
Fabricação de Máquinas e Equipamento, NE	2.4	1.7
Fabricação de Equip. Eléctrico e de Óptica	1	3.7
Fabricação de Material de Transporte	0.2	0.1
Indústrias Transformadoras, NE	3.8	2
Total	100	100

Fonte: QP/99 (DEEP, 2003)

Mais uma vez, é de destacar a predominância de uma mão-de-obra jovem e feminina (gráfico 31) nos trabalhadores por conta de outrem (TCO), reflectindo a tendência global da mão-de-obra típica desta indústria.

<sup>109</sup> Dados solicitados ao DEEP – Departamento de Estudos e Estatística e Planeamento (que, muito recentemente, integrou o DETEFP), em Julho de 2003, com vista ao apuramento de dados mais específicos relativos à região do Vale do Ave (NUT III).

Gráfico 31: Número de TCO por grupo etário e género na região do Vale do Ave



Fonte: QP/99 (DEEP, 2003)

É de salientar também a predominância do grupo etário dos 25-34 anos de idade (32.7%) conforme a tendência do conjunto da ITV (33.9%). Contudo, e apesar de existir uma maior empregabilidade feminina (62%) os valores são mais baixos do que na globalidade da ITV (73.7%), o que parece ser explicado por, na região, predominar uma actividade profissional centrada na ITV, absorvendo, portanto, uma grande parte dos seus habitantes, homens e mulheres. Ao nível das habilitações literárias verifica-se um perfil semelhante à globalidade dos trabalhadores da ITV, prevalecendo, nesta região, cidadãos com um nível de escolaridade do 1º ciclo (46.8%) e 2º ciclo (35.9%) do ensino básico (DEEP, 2003).

As características e as condições de trabalho específicas do sector acompanharam assim a vida de trabalho tradicional na região, favorecendo o aparecimento de determinados problemas de saúde que parecem estar mais associados à ITV.

Contudo, esses problemas não se confinam ao espaço da empresa e, reflectindo-se na vida fora do trabalho, condicionam a saúde e o bem-estar de cada trabalhador desta região particular que recorre, também enquanto cidadão, aos centros de saúde.

## **2.2. Metodologia utilizada**

Como já foi dito, a metodologia utilizada no estudo local da organização da saúde teve como objectivo analisar as interfaces da saúde no trabalho (figura 14) no território do Vale do Ave e caracterizou-se por uma abordagem multiorientada que envolveu vários grupos de protagonistas, nomeadamente os médicos dos centros de saúde, os médicos de saúde pública e os responsáveis pelo poder local.

### **2.2.1. A perspectiva dos médicos**

Do Centro de Saúde em análise, inserido na região do Vale do Ave<sup>110</sup>, fazem parte uma sede e uma extensão: abrange 8 freguesias e regista cerca de 34 500 utentes em que cerca de 80%<sup>111</sup> exerce a sua actividade profissional na ITV.

Tendo em consideração o objectivo principal do estudo procurou-se: (1) conhecer a actividade dos médicos de Medicina Geral e Familiar e compreender a relevância atribuída ao contexto de trabalho do utente no âmbito da consulta médica; (2) identificar os principais problemas de saúde dos utentes; (3) analisar as características específicas dos problemas de saúde desenvolvidos pelos utentes que exercem a sua actividade profissional na ITV.

Foram realizadas 15 entrevistas individuais aos médicos do centro de saúde e da respectiva extensão (numa população de 18 médicos). Todas as entrevistas foram conduzidas no consultório médico do respectivo centro de saúde e tiveram uma duração média de 45 minutos.

Os médicos entrevistados (10 do sexo masculino e 5 do sexo feminino) têm entre 45 e 62 anos de idade e exercem Medicina Geral e Familiar há pelo menos 15 anos. A antiguidade neste centro de saúde é variável, sendo a mais reduzida de cerca de 5 anos. A maioria dos médicos entrevistados encontra-se em regime de não exclusividade (10) exercendo outras actividades, designadamente Clínica Geral Privada e Medicina Curativa nas empresas.

---

<sup>110</sup> Na zona limite entre a fronteira do concelho de Santo Tirso e do concelho de Guimarães.

<sup>111</sup> Trata-se de um valor aproximado referido pelo Director do Centro de Saúde.

Foi construído um guião de entrevista semi-estruturado (anexo 12), utilizado em todas as entrevistas individuais cujas respostas foram registadas através de “anotações de papel e lápis”<sup>112</sup> assinaladas ao longo da entrevista.

Para cada um dos médicos, a entrevista foi analisada e posteriormente restituída – o que permitiu completar e confirmar os dados recolhidos.

Paralelamente, foi realizada uma entrevista individual à médica de saúde pública da Delegação de Saúde Pública da região onde está inserido o centro de saúde. A entrevista foi conduzida na própria delegação de saúde e teve a duração de 1h30 minutos.

Foi igualmente construído um guião de entrevista semi-estruturado (anexo 13) que facilitou a condução desta entrevista que foi gravada e posteriormente transcrita e restituída.

### **2.2.2. As doenças profissionais**

As doenças profissionais constituem um indicador, revelador da influência de factores do contexto de trabalho na saúde dos cidadãos. A análise destes dados permite traçar um perfil de frequência das doenças profissionais e, conseqüentemente, esboçar uma primeira caracterização dos riscos mais típicos da região.

Sendo o objectivo principal desta parte do estudo identificar e caracterizar os registos de diagnóstico de doença profissional; procurou-se: (1) analisar os procedimentos utilizados no diagnóstico de doença profissional; (2) identificar as doenças profissionais mais frequentes; (3) caracterizar os trabalhadores com doença profissional.

Foram analisados todos os documentos disponíveis<sup>113</sup> no centro de saúde (e respectiva extensão) totalizando 238 registos de diagnóstico de doença profissional encontrados na população do território em questão.

---

<sup>112</sup> Por algum desconforto manifestado pelos médicos, optou-se por não gravar as entrevistas.

<sup>113</sup> Os documentos disponíveis cobrem o período de 10 de Maio de 1989 a 21 de Maio de 2002.

Cada registo de diagnóstico de doença profissional é identificado numa *ficha de transcrição de saúde ocupacional*, onde é identificado o utente, por referência ao seu nome, idade, área de actividade, tipo de doença profissional e diagnóstico assim como os factores de risco responsáveis<sup>114</sup>.

As fichas de transcrição de saúde ocupacional foram analisadas individualmente, tendo sido recolhidos todos os dados nas mesmas disponíveis sendo que só 206 estavam completos<sup>115</sup>. Os dados foram posteriormente analisados e comparados através de uma análise de frequências.

### **2.2.3. A perspectiva do poder local**

O poder local é protagonizado pelas Juntas de Freguesia que, face à Autarquia, apresentam a vantagem de uma visão mais concreta dos problemas e das necessidades da comunidade local.

O objectivo principal desta fase do estudo era o de compreender a importância atribuída à saúde, mais particularmente à saúde no trabalho, na intervenção do poder local. Neste sentido procurou-se: (1) compreender a actividade da Junta de Freguesia; (2) analisar a sua participação em programas e projectos de protecção e promoção da saúde e da saúde no trabalho; (3) identificar a sua participação em acções de informação e sensibilização do cidadão; (4) identificar o tipo de relações estabelecidas com o centro de saúde e com as empresas.

Foram realizadas duas entrevistas individuais aos dois Presidentes das Juntas de Freguesia<sup>116</sup> da comunidade adstrita ao centro de saúde. As entrevistas foram conduzidas nas próprias instalações das Juntas de Freguesia e tiveram, cada uma, a duração média de 1h.30 minutos.

Foi construído um guião de entrevista semi-estruturado (anexo 14) que foi utilizado nestas entrevistas. As entrevistas foram gravadas, e posteriormente

---

<sup>114</sup> Esta ficha é preenchida pelo médico de Medicina Geral e Familiar com o conhecimento do médico da empresa e enviada ao CNPRP. Posteriormente o CNPRP envia o resultado confirmando ou não o reconhecimento da doença profissional. No caso de ser reconhecida doença profissional poderá ser ou não determinada uma incapacidade. No caso de ser reconhecida incapacidade é assinalado o tipo de incapacidade, IPP (incapacidade permanente parcial) ou IPATH (incapacidade permanente absoluta para o trabalho habitual).

<sup>115</sup> Algumas das fichas analisadas encontravam-se incompletas faltando informações.

<sup>116</sup> No âmbito do estudo foram realizadas várias tentativas para falar com o Presidente da Autarquia Local que se mostrou, no entanto, indisponível para marcar uma entrevista.

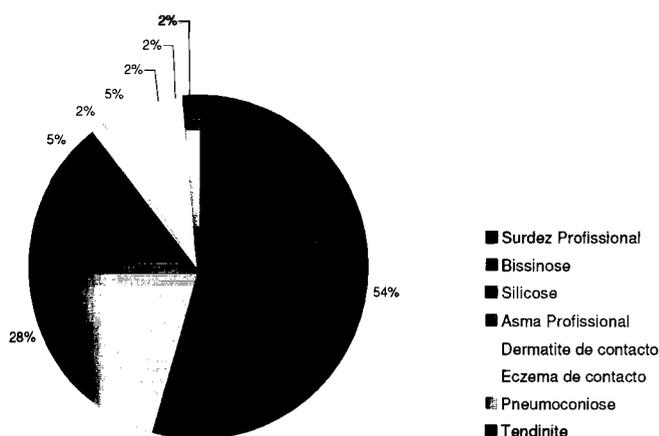
transcritas e restituídas aos dois Presidentes das respectivas Juntas de Freguesia envolvidas.

Embora a sequência cronológica desta pesquisa tenha sido referida nas últimas páginas, optou-se por organizar a apresentação dos resultados atribuindo a prioridade ao registo das doenças profissionais. Trata-se com efeito de reveladores concretos das perspectivas e opções assumidas pelos que actuam ao nível da saúde local.

### 2.3. Retrato das doenças profissionais

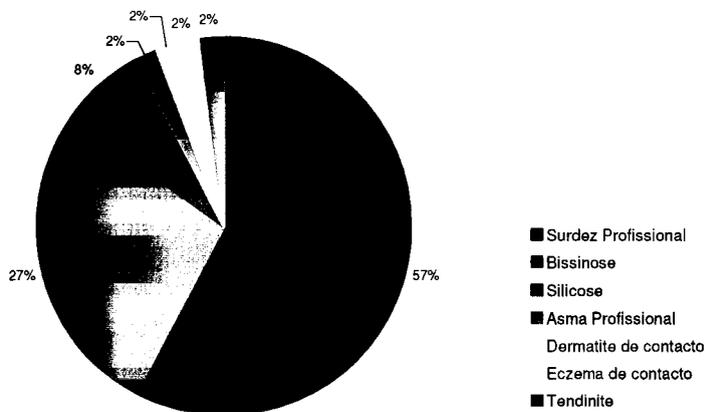
O retrato das doenças profissionais reconhecidas ilustra uma nítida predominância da surdez profissional (54%) e da bissinose<sup>117</sup> (28%) (gráfico 32) reflectindo-se a mesma tendência para as doenças profissionais reconhecidas com incapacidade (gráfico 33).

Gráfico 32: Distribuição das doenças profissionais reconhecidas por tipo



<sup>117</sup> Doença do aparelho respiratório, mais concretamente caracterizada por granulomatoses pulmonares extrínsecas provocadas por poeiras ou aerossóis com acção imunoalérgica (Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 2001).

Gráfico 33: Distribuição das doenças profissionais reconhecidas com incapacidade por tipo



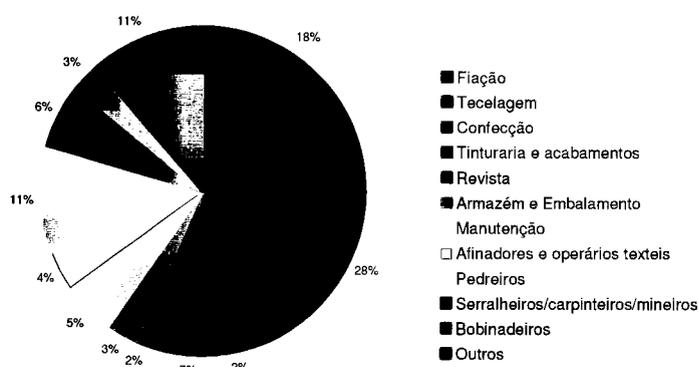
Os problemas auditivos e os problemas respiratórios<sup>118</sup>, entre os quais se destaca a bissinose, constituem, de facto, os problemas de saúde mais frequentemente diagnosticados como estando relacionados com a exposição aos riscos profissionais mais característicos da ITV, o ruído e as poeiras, respectivamente.

Por outro lado, e apesar de os problemas ao nível da pele e das afecções osteoarticulares serem menos frequentes, estão em grande parte relacionados com o contacto com produtos industriais e com posturas e movimentos no trabalho, respectivamente. Contudo, permanecem ainda pouco visíveis ao nível do reconhecimento como doença profissional.

De facto, predominam as doenças profissionais em que os riscos são mais visíveis (o ruído e as poeiras) e o nexo de causalidade entre a exposição ao factor de risco e a doença é mais facilmente estabelecido (por exemplo, a exposição ao ruído industrial e a surdez profissional). Distinguem-se, deste modo, nas áreas de actividade referidas nos dossiers as que se sabe mais expostas a estes factores de risco, a tecelagem e a fiação, onde a prevalência de doenças profissionais é, de facto, mais elevada, com valores de 28% e 18%, respectivamente (gráfico 34).

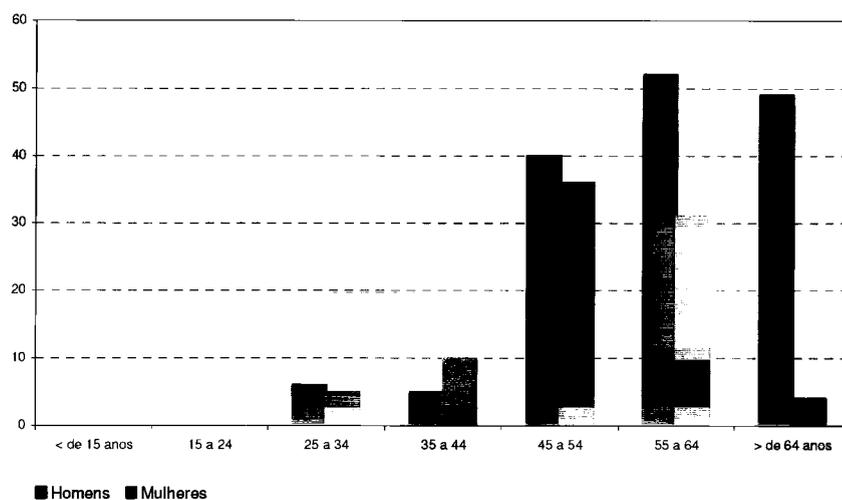
<sup>118</sup> Além da bissinose, as pneumoconioses, a silicose (pneumoconioses provocadas por poeiras minerais) e a asma profissional (broncopneumopatias provocadas por poeiras e aerossóis com acção imunoalérgica e ou irritante) são, também, doenças do aparelho respiratório.

Gráfico 34: Distribuição dos diagnósticos de doença profissional por actividade profissional



Contudo, os diagnósticos de doença profissional surgem já numa idade avançada, por vezes, só são diagnosticadas e reconhecidas depois de terminada a vida activa: o gráfico 35 revela, com efeito, que o número de diagnósticos aumenta com a idade, sendo também mais frequentes nos homens comparativamente com as mulheres.

Gráfico 35: Distribuição dos diagnósticos de doença profissional por idade e género



Os diagnósticos de doença profissional são sobretudo constatados a partir dos 45 anos de idade, traduzindo-se, portanto, numa tendência já constatada na análise dos dados do CNPRP<sup>119</sup>, o que parece indicar que o diagnóstico só é emitido

<sup>119</sup> Conforme foi constatado no capítulo I (gráfico 8).

após uma longa exposição ao factor de risco (sensivelmente de 30 anos<sup>120</sup>) e por vezes, mesmo, só no período de reforma.

Apesar de as diferenças encontradas entre género apontarem para uma prevalência das doenças profissionais nos homens (63.9%) relativamente às mulheres (36,1%) é de realçar que, comparativamente com os dados oficiais do CNPRP<sup>121</sup>, os diagnósticos no território em análise parecem mais sensíveis aos efeitos do trabalho sobre o estado de saúde das mulheres.

Contudo, se de facto os valores encontrados traduzem uma nítida predominância de determinados problemas de saúde associados às condições de trabalho, no entanto, ainda permanecem pouco visíveis na intervenção médica, o que reflecte, na perspectiva da maioria dos médicos, falta de informação sobre as condições de trabalho dos seus pacientes.

#### **2.4. A perspectiva da intervenção médica: a (des)centralidade do trabalho**

Efectivamente, numa região em que a frequência de doenças profissionais como a surdez profissional e a bissinose parecem atingir uma parte significativa da população, as preocupações dos cuidados globais de saúde e de saúde pública mostram-se ainda insuficientes para integrar nas suas intervenções a influência determinante que o trabalho pode ter na saúde e no bem-estar.

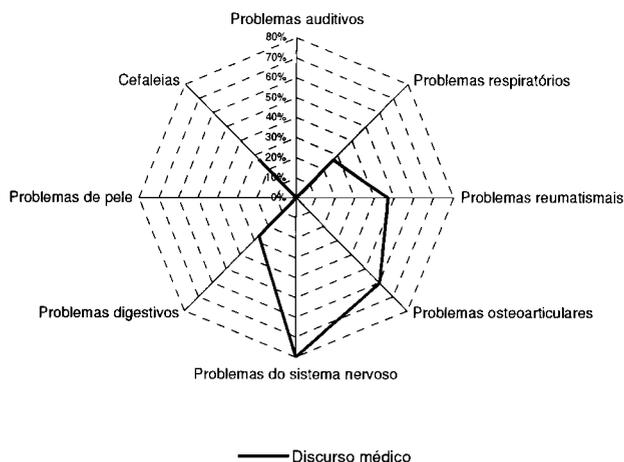
De facto, o conteúdo das entrevistas realizadas com os médicos revela que os problemas de saúde que mais os preocupam são, sobretudo, os problemas do sistema nervoso (80%) e do sistema osteoarticular (60%), estando ausentes os problemas auditivos (0%) e, com uma baixa frequência, os problemas respiratórios (26.7%) (gráfico 36).

---

<sup>120</sup> Já que a maioria dos trabalhadores da ITV iniciou a sua actividade com 15 anos de idade.

<sup>121</sup> De acordo com os valores apresentados no capítulo I (gráfico 6) no ano de 2000 apenas 13.3% do número total de pensionistas com incapacidade permanente eram mulheres.

Gráfico 36: Análise dos problemas de saúde dos utentes referidos nos discursos médicos

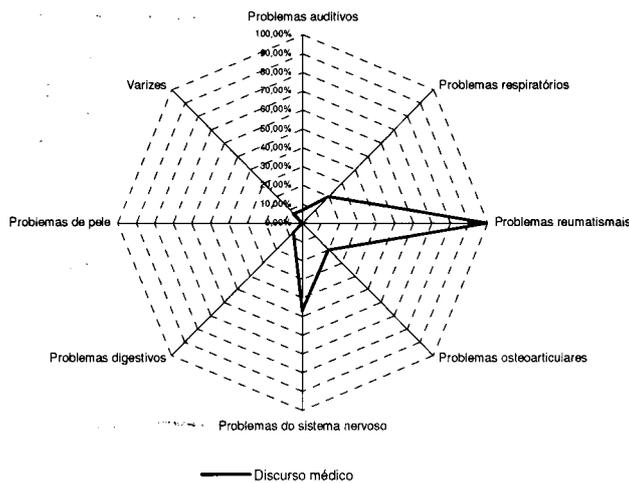


Na verdade, a actividade profissional e as condições de trabalho do utente não são centrais no diagnóstico médico, sendo apenas referido por cerca de metade dos médicos entrevistados (7 casos) a existência de uma relação significativa entre as queixas, problemas de saúde e as características do contexto de trabalho dos seus utentes.

Quando se abordam os problemas de saúde específicos dos trabalhadores da ITV<sup>122</sup> (gráfico 37), permanece nos discursos médicos uma baixa referência aos problemas auditivos (6.7%) e aos problemas respiratórios, designadamente a bissinose (20%), salientando-se a predominância de problemas reumáticos, designadamente lombalgias (100%) e ainda os problemas do sistema nervoso (46,7%).

<sup>122</sup> Apesar de cerca de 80% da população activa que, diariamente recorre ao centro de saúde, exercer a sua actividade profissional na ITV constituindo, portanto, uma grande parte dos utentes do centro de saúde.

Gráfico 37: Análise dos problemas de saúde específicos aos trabalhadores da ITV referidos nos discursos médicos



Na realidade, a maior parte dos médicos (7 casos) afirma desconhecer o tipo de actividade de trabalho desenvolvida na ITV assim como as condições de trabalho mais típicas, apesar de a maioria dos seus utentes trabalhar ou já ter trabalhado neste sector. Os médicos que possuem um conhecimento concreto (6 casos) da actividade de trabalho e das suas condições de trabalho devem-no, na maioria dos casos, à prática da medicina curativa em empresas do sector.

Em conclusão, se, de facto, há uma nítida predominância dos problemas auditivos e respiratórios nos diagnósticos de doença profissional, a análise comparativa com as representações dos médicos entrevistados reflecte uma insuficiente integração dos riscos do trabalho na análise da saúde dos cidadãos, traduzida pela baixa frequência de detecção dos problemas de saúde (relacionados com o trabalho) que realmente parecem afectar cerca de metade da população activa do centro de saúde.

O que, curiosamente, traduz uma (des)centralidade do trabalho no âmbito dos cuidados de saúde primários já que são os mesmos médicos que, no âmbito da própria consulta, diagnosticam ou tomam conhecimento das doenças profissionais e instauram todo o processo de reconhecimento da doença profissional junto do CNPRP.

De facto, a dificuldade central na intervenção em saúde reside na própria dissociação entre a saúde e os outros contextos de vida, sobretudo o contexto de trabalho, quando o que pretendemos estudar é a «saúde do cidadão». Ou seja, quando se procura intervir no domínio da «saúde dos cidadãos», ora se segue uma linha mais voltada para os cuidados de saúde, diagnosticando a doença para definir a terapêutica mais adequada, ora se segue uma linha mais voltada para os riscos profissionais, diagnosticando a doença profissional e a exposição ao risco para depois a enquadrar numa lista de doenças profissionais. A perspectiva do trabalhador e do cidadão permanece silenciosa assim como tudo o que o torna singular e que, naturalmente, se entrelaça na vida de trabalho e na vida fora do trabalho.

## **2.5. Cidadão e comunidade – interfaces da saúde no trabalho**

Na análise das relações entre saúde e trabalho, a nível territorial, emergem, de facto, diferentes representações, ou nas palavras de Oddone (2000) diferentes *Imagens* da saúde que caracterizam a postura de cada um dos diferentes actores.

Todavia, se o comportamento dos actores envolvidos depende da perspectiva assumida por cada grupo, também resulta das condições externas que podem facilitar ou dificultar a sua intervenção no âmbito das estratégias políticas e sociais assumidas.

Ao *nível dos centros de saúde*, a dificuldade em seguir a nova política de saúde traduzida na necessidade de “assumir a centralidade do cidadão nas suas manifestações mais tangíveis como a de aceder pronta e facilmente a cuidados de saúde de qualidade” (Ministério da Saúde, 1999a, p.15) é traduzida pelo aspecto redutor e generalista que enforma o espaço da consulta médica e pela inevitável orientação para uma medicina curativa.

---

“Não há tempo para conversar com o doente” (médico, comunicação pessoal, 26 de Abril, 2001).

---

De facto, o número excessivo de doentes atendidos no horário de trabalho<sup>123</sup> e a burocracia associada à consulta, referida pelos médicos, dificultam a sua actividade e o estabelecimento de uma relação pessoal que se centre no utente e se baseie numa escuta atenta e integrada do conjunto dos sintomas objectivos como ainda numa análise dos indicadores mais subjectivos e pessoais que o singularizam.

Se, na verdade, o estabelecimento do regime dos sistemas locais de saúde<sup>124</sup> veio reforçar o papel dos centros de saúde com vista a melhorar o nível de saúde da população local, apostando num modelo integrado, flexível e funcional que responda às necessidades de promoção, prevenção e melhoria dos níveis de saúde da comunidade em que se insere (Ministério da Saúde, 1999a), o conhecimento específico da comunidade local é indispensável na concretização destas políticas, em que a vida de trabalho é uma dimensão também primordial.

O papel dos médicos de família é então, sem dúvida, fundamental para a construção da saúde e “constituem o primeiro nível de cuidados que integra um conjunto de actividades diversificadas desde o tratamento básico das doenças à educação para a saúde” (Santos, 1988, p.8). Contudo, convém incluir na análise da história do utente a referência ao seu percurso profissional e aos principais riscos actuais e passados do seu trabalho traduzindo-se, assim, numa abordagem centrada no cidadão.

Por outro lado, ao *nível da medicina do trabalho*, a sua intervenção é, ainda, limitada ao espaço da empresa e marcada por uma relação insuficiente com a comunidade, seja com os centros de saúde seja com o poder local, perspectivando preferencialmente o trabalhador na sua vertente produtiva esquecendo-se, por vezes, da sua vertente humana e de cidadão.

---

“Por vezes, mas raramente, escrevemos um parecer sobre o trabalhador e o trabalhador entrega ao médico da empresa. Mas não há qualquer contacto. Ou então, quando há muitas baixas e prolongadas vêm-se informar da situação dos trabalhadores, mas isto é raro” (médico, comunicação pessoal, 8 de Outubro, 2001).

---

<sup>123</sup> Que se concretiza habitualmente na realização de um número de consultas médicas superior ao inicialmente programado.

<sup>124</sup> O estabelecimento do regime dos sistemas locais de saúde (Ministério da Saúde, 1999b) tem como objectivo uma maior acessibilidade à prestação de cuidados de saúde, sendo criados para isso mecanismos de coordenação e convergência de recursos e de participação activa de outros serviços e instituições que, numa determinada área geográfica, desenvolvam actividades na área da saúde.

De facto, e apesar dos discursos a caracterizarem como pluridisciplinar e global, na realidade, a intervenção da medicina do trabalho ainda é caracterizável pela severidade dos comentários de Faria (1994) ao qualificá-la como uma abordagem marcadamente *monodisciplinar*, actuando preferencialmente de forma isolada, contrariando o espírito de partilha de conhecimentos, experiências e vivências essencial para a intervenção na prevenção de riscos profissionais e promoção da saúde no trabalho, sendo ainda *medicocêntrica* na medida em que privilegia uma actuação marcadamente médica, tendo, por isso ainda subjacente uma ideologia do conceito de saúde orientada para a ausência da doença que se caracteriza por uma intervenção marcada por uma medicina tradicional (curativa), descontextualizada da situação concreta de trabalho e da lógica do trabalho e dos trabalhadores.

Quanto ao *nível do poder local*, se a sua intervenção na área da saúde já mereceu a atenção da Lei de Bases da Saúde (Ministério da Saúde, 1990, Base IX) salientando a importância das autarquias locais numa acção comum e concertada a favor da saúde colectiva e dos indivíduos, reforçada pela sua participação em programas e projectos de protecção e promoção da saúde e também de comunicação e informação do cidadão (Ministério da Saúde, 1999a) o seu contributo mantém-se, ainda, pouco visível nomeadamente para a matéria aqui em questão.

Nesta perspectiva, e na qualidade de interlocutor privilegiado com a comunidade local, a intervenção do poder local do território analisada na promoção, prevenção e melhoria da saúde da população é, ainda, pouco consistente:

---

“Nós não temos, não temos nada, penso que isso é da responsabilidade dos Centros de Saúde” (Presidente da Junta de Freguesia, comunicação pessoal, 7 de Agosto, 2002),

---

“Não sei se alguma vez foi hábito da Junta de Freguesia também estar atenta e ter algumas soluções para isso, sinceramente não...” (Presidente da Junta de Freguesia, comunicação pessoal, 22 de Julho, 2002).

---

A participação em acções de informação e sensibilização do cidadão também não são actividades frequentes nestas freguesias. Não obstante terem sido referidas pelos entrevistados acções de apoio ao nível jurídico, a nível de lazer e de

promoção de actividades desportivas e recreativas, nunca houve nenhuma acção no âmbito da saúde e mais particularmente da saúde no trabalho.

Aliás, não existem relações com os centros de saúde:

---

“Em relação ao centro de saúde, não, não há relação” (Presidente da Junta de Freguesia, comunicação pessoal, 22 de Julho, 2002)

---

nem com as empresas,

---

“Também não há nada em particular a não ser pedir dinheiro para as festas da Vila” (Presidente da Junta de Freguesia, comunicação pessoal, 7 de Agosto, 2002).

---

Ao nível do poder local<sup>125</sup>, a falta de condições e de recursos financeiros e humanos constitui ainda um grave obstáculo à sua participação em projectos comunitários e mais especificamente, os da área da saúde que são, usualmente, tarefas deixadas aos centros de saúde.

Concluindo, se, de facto, a intervenção na área da saúde deve orientar-se para as características específicas da região e mais especificamente da comunidade, pois como se consagra na Carta de Ottawa (1986, p.3), "as estratégias e programas da saúde deverão ser adaptados às necessidades locais e às possibilidades de cada país e região, considerados nos diferentes sistemas sociais, culturais e económicos", na prática esta orientação é ainda de difícil aplicação:

---

“Acho que as pessoas não têm noção da realidade, não têm, pensam que a realidade é uma e não, quer dizer, saem uma série de normas e dizem hoje façam isto assim e nós vamos aplicá-las, na realidade não dá, não dá porque as pessoas não, estão desfasadas de tudo, têm que ver a realidade porque estamos a lidar com muitas pessoas, com uma comunidade que são diferentes de lugar para lugar, é tudo tão diferente, a pessoa tem que ver a realidade e as pessoas não têm muita prática da realidade” (Médica de Saúde Pública, comunicação pessoal, 22 de Maio, 2002).

---

Esta realidade reflecte-se também nas relações entre os vários organismos públicos e privados (empresas, Câmara Municipal, Direcções Regionais de Saúde, IDICT, entre outros), nomeadamente na actuação em termos de saúde pública.

---

<sup>125</sup> A acção das Juntas de Freguesia é limitada, dependente da Autarquia e dirige-se, sobretudo, à resolução de problemas a nível do ordenamento do território, nomeadamente manutenção e limpeza dos arruamentos e vias públicas, pequenos arranjos urbanísticos, iluminação pública e, ainda, para a parte burocrática de emissão de certidões e atestados. Na área social, a maior parte dos pedidos são encaminhados para a Autarquia.

De facto, apesar de as linhas de orientação da saúde pública assentarem numa acção coordenada e integrada voltada para a protecção, vigilância e promoção da saúde dos cidadãos (Ministério da Saúde, 1999a), a dificuldade em intervir de forma concertada e integrada com os vários organismos implicados tem vindo a limitar o seu papel em termos de autoridade de saúde (função inspectiva) e de investigação epidemiológica<sup>126</sup> (função de averiguação) o que é agravado pela excessiva burocracia e, por vezes, pela inadequação de normas e prescrições à realidade concreta.

Parece, portanto, que a premissa “Cidadão e Comunidade – parcerias para a saúde” (Ministério da Saúde, 1999a) encontra, na prática, dificuldades de implementação permanecendo, na área da saúde, uma actuação isolada dos diferentes protagonistas que, circunscritos ao conjunto de normas e regulamentações a que estão sujeitos, deixam passar despercebido o objecto central das suas intervenções, o cidadão.

### 3. Síntese

A análise das diferentes perspectivas assumidas no âmbito da gestão da saúde e mais particularmente, da saúde no trabalho, reforça a hipótese de uma distância, muitas vezes considerável, entre os pontos de vista dos diferentes grupos de protagonistas.

Contudo, se à primeira vista estas diferenças são frequentemente percebidas como contradições e inconsistências podem, na realidade, constituir bases de debate e de circulação de saberes e experiências se forem instauradas medidas adequadas de activação de interfaces entre os diferentes protagonistas. A interacção entre os diferentes grupos de protagonistas proporciona experiências de debate e participação que contribuem certamente para “promover quer o desenvolvimento pessoal e o *empowerment* quer o pluralismo social” (Menezes, 2003, p.442, tradução livre), estando assim reunidas as condições favoráveis para a emergência de um conhecimento colectivo partilhado e negociado ao nível local.

---

<sup>126</sup> Que se concretiza excepcionalmente quando surge uma situação invulgar de doença, nomeadamente um caso de meningite ou uma intoxicação alimentar na região.

A implementação de redes e estruturas de apoio que favoreçam a construção de capacidades individuais e colectivas de debate e de acção (Davezies, 2002) no domínio da saúde necessita, pois, de uma outra forma de perspectivar a organização da saúde ao nível local a qual passa, sobretudo, pelo desenvolvimento de processos concretos de coordenação entre os diferentes grupos de protagonistas.

De facto, as questões relativas à saúde no trabalho apelam a uma intervenção a vários níveis que ultrapassa, certamente, o nível da empresa e envolve diferentes actores que, ao nível local, podem interferir na preservação e construção da saúde e do bem-estar.

Contudo, as acções existentes mostram-se ainda insuficientes colocando em questão os actuais mecanismos de regulação institucionais que, muito dependentes do poder central, acabam por levar ao isolamento os organismos locais, dificultando a análise das necessidades mais específicas da comunidade.

Se toda e qualquer sociedade necessita de mecanismos externos de regulação (Ganguilhem, 2002b) e da sua permanente renovação, a definição de novas formas de «governança», que favoreçam ao nível local o desenvolvimento de processos de coordenação multiactores, torna-se essencial para a elaboração de novos compromissos, entre o local e o global, fundamentados em regras colectivas de discussão e acção (Gaudin, 2002).

Na realidade e na perspectiva das teorias regulacionistas (Boyer, 1986, 1990a Boyer & Saillard, 1995a) a noção de modo de governação é aquela que melhor caracteriza a especificidade das dinâmicas territoriais e os seus mecanismos de regulação e que se caracteriza "num determinado momento, por uma estrutura composta por diferentes actores e instituições permitindo avaliar as regras e as rotinas que dão a sua especificidade a um lugar face a outros e face a um sistema produtivo que o engloba" (Gilly & Pecqueur, 1995, p.305, tradução livre).

É esta especificidade territorial que convém realçar e projectar a um nível mais global de modo a que as relações entre as estruturas económicas e as formas sociais fundamentais integrem um novo estilo de gestão que visa favorecer simultaneamente cooperações em diferentes níveis, parcerias público-privado e

fóruns de discussão abertos à participação promovendo, deste modo, o desenvolvimento de políticas contratuais e multiníveis centradas na emergência de um «bem-comum» (Gaudin, 2002).

## **CAPÍTULO VI**

---

### **Regulação do sistema de saúde no trabalho: análise e desafios**



A dificuldade em projectar no sistema global de saúde a especificidade que, ao nível local, emerge das relações entre a saúde e o trabalho, leva então a uma reflexão sobre o modo de funcionamento do sistema de saúde no trabalho e, mais particularmente sobre o seu modo de regulação.

As relações entre os fenómenos económicos e sociais constitui uma preocupação central das teorias da regulação (Boyer, 1986, 1990a, Boyer & Saillard, 1995a) que se têm mostrado fecundas na análise e interpretação dos fenómenos macro-económicos a partir do estudo dos efeitos das formas institucionais, típicas de cada período histórico e de cada sociedade, nas relações sociais de produção.

O modo de funcionamento do sistema de saúde no trabalho reflecte o desenvolvimento sócio-económico das sociedades contemporâneas e a forma como, em cada momento, a dinâmica das formas institucionais condicionaram e determinaram o comportamento dos seus actores.

O carácter pluridisciplinar desta abordagem, destacado nos estudos pioneiros de Michel Aglietta (1976) e fortalecido em trabalhos posteriores de investigação (L'Année de la régulation, 2002), tem vindo a sublinhar a importância de integrar vários níveis de análise, nomeadamente o nível de análise microeconómico, no estudo dos mecanismos de regulação e dos comportamentos dos actores (Boyer & Saillard, 1995b, 1995c; Hall & Soskice, 2001; Amable, Ernst & Palombarini, 2002). Nesta perspectiva, tem-se vindo a ensaiar modelos explicativos dos factos observados na vida económica partindo de análises mais precisas ao nível do comportamento dos actores (Le Galès & Palier, 2002).

De facto, estas abordagens têm realçado as suas ligações e complementaridades com as outras ciências sociais que exploram os mesmos problemas justificando, por isso, a sua utilização para uma leitura global e integrada das regularidades e contradições identificadas no estudo da saúde no trabalho.

## **1. Regulação do sistema de saúde no trabalho: uma leitura à luz da Teoria da Regulação**

A teoria da regulação desenvolveu-se no intuito de oferecer um quadro de análise alternativo ao estudo da dinâmica dos fenómenos sócio-económicos na medida em que, inspirada na tradição marxista mas também nas referências keynesianas, nos trabalhos dos institucionalistas americanos e nas investigações em história económica, se distinguiram da “escola clássica” da economia política sobretudo pela importância dada ao estudo das relações sociais como ponto de partida para a análise das sociedades, mais concretamente o estudo do impacto de um conjunto de relações sociais nas regularidades económicas (Boyer, 1986,1990a).

Apesar das abordagens em termos de regulação serem fundamentalmente abordagens macroeconómicas, a perspectiva assumida exhibe uma clara preocupação em estudar fenómenos concretos à luz de diferentes modos de regulação e de regimes de acumulação nas suas relações com as formas institucionais, quer ao nível sectorial (Boyer, 1990b; Tertre, 1995a, 1995b; Mollard, 1995) quer ao nível local (Gilly & Pecqueur, 1995; Perrat, 2001), salientando o aspecto dinâmico e histórico que subjaz aos fenómenos sócio-económicos.

Tal facto, traduz-se numa das originalidades destas abordagens, ao ter constituído um conjunto de noções e de conceitos (Saillard, 1995) que permitem uma articulação entre a teoria (um nível mais elevado de abstracção) e a prática (um nível mais concreto e relativo à vivência e às experiências de vida dos actores) de modo a permitir uma leitura mais rica e exacta das relações entre as formas assumidas pelas relações sociais e as estruturas económicas.

As relações entre o social e o económico são, sem dúvida, essenciais para a Teoria da Regulação já que determinam o conjunto dos instrumentos conceptuais que desenvolveu assim como a lógica geral do seu modelo.

O modelo proposto nesta teoria identifica três níveis de análise que se distinguem pelo seu nível de abstracção, sendo eles: o modo de produção, o regime de acumulação e as formas institucionais ou estruturais (Boyer, 1986).

No nível mais abstracto são analisados os modos de produção. O conceito de *modo de produção* é utilizado para "explicitar as articulações entre relações sociais e organização económica. Esta expressão designa toda a forma específica das relações de produção e de trocas, ou seja, das relações sociais que regem a produção e a reprodução das condições materiais necessárias para a vida dos homens em sociedade" (Boyer, 1990a, p. 68, tradução livre). Trata-se de um conceito geral e abstracto que caracteriza o tipo de articulações dominantes num determinado período de tempo mas que não invalida a existência de outro tipo de relações sociais diferentes da identificada como dominante.

A manutenção de um determinado modo de produção é assegurada pela existência de determinados mecanismos que tendem a atenuar os seus desequilíbrios e contradições no que é designado de regime de acumulação.

A noção de *regime de acumulação*, corresponde ao segundo nível de análise (segundo nível de abstracção) na teoria da regulação, e designa "o conjunto das regularidades que asseguram uma progressão geral e relativamente coerente de acumulação do capital, ou seja, que permitam absorver ou repartir no tempo as distorções e desequilíbrios que surgem permanentemente ao longo do próprio processo" (Boyer, 1990a, p. 72, tradução livre). Deste modo, para definir o regime de acumulação é necessário identificar e estudar as diferentes regularidades sociais e económicas, relativas (Boyer, 1990a, p.71, tradução livre):

"Ao tipo de evolução da organização de produção e da relação dos assalariados com os meios de produção;

a um horizonte temporal de valorização do capital a partir do qual podem ser definidos os princípios de gestão;

a uma divisão do valor que permita a reprodução dinâmica das diversas classes ou grupos sociais;

a uma composição do pedido social que reafirme a evolução tendencial das capacidades de produção;

a uma modalidade de articulação com as formas não-capitalistas, quando elas ocupam um lugar determinante na formação económica estudada".

É o conjunto destas regularidades que caracterizam um determinado regime de acumulação, a sua evolução e as suas potenciais crises. Pode-se encontrar uma grande diversidade de regimes de acumulação, no modo de produção capitalista

e que variam segundo a "natureza e intensidade da mudança técnica, o volume e a composição da procura, o tipo de modo de vida do assalariado" (Boyer & Saillard, 1995b, p. 61, tradução livre), embora num determinado contexto se identifique, geralmente, um dominante.

Se o conceito de modo de produção é o ponto de partida para a definição de um conjunto hierarquizado de noções características desta teoria, verifica-se que a introdução da noção de regime de acumulação se situa num nível inferior da hierarquia procurando, de forma mais precisa, compreender os processos e fenómenos sócio-económicos. Na mesma linha de orientação e, uma vez mais, com o objectivo de explicar e contextualizar os fenómenos macro-económicos, a noção de formas institucionais ou estruturais vem clarificar e permitir compreender a origem das regularidades do regime de acumulação, ou seja, as relações sociais fundamentais nas suas configurações específicas e características de cada país e de cada período histórico.

O terceiro nível de análise da Teoria da Regulação corresponde ao nível mais concreto e é traduzido pela noção de *forma institucional ou estrutural*, definida como "toda a codificação de uma ou várias relações sociais fundamentais" (Boyer, 1986, p. 48, tradução livre). Ou seja, as formas institucionais definem e descrevem a origem das regularidades sociais e económicas observadas no regime de acumulação. Deste modo, "as formas institucionais socializam os comportamentos heterogéneos dos agentes económicos e permitem a passagem da micro à macroeconomia" (Boyer & Saillard, 1995b, p. 61, tradução livre) acabando por ser determinadas pelo próprio modo de produção dominante.

Cinco formas institucionais merecem especial relevância no estudo de uma formação económica e social: a relação salarial, as formas de concorrência, o regime monetário, as formas de Estado e as formas de adesão ao regime internacional (Boyer, 1986, 1987, 1990a; Boyer & Saillard, 1995a) que, dependendo do fenómeno estudado, se assumem mais ou menos pertinentes.

#### a) A relação salarial

A relação salarial permite definir as relações mútuas entre os diferentes tipos de organização do trabalho, o modo de vida e as modalidades de reprodução dos

assalariados que definem um modelo particular de apropriação do excedente no modo de produção capitalista. Para caracterizar o tipo de relação salarial, ou seja as configurações que ao longo da história caracterizaram a relação entre o capital e o trabalho são identificadas cinco grandes componentes: tipo de meios de produção; forma de divisão social e tecnológica do trabalho; modalidade de mobilização e de vínculo dos assalariados à empresa; determinantes da receita salarial, directa ou indirecta; e o modo de vida dos assalariados. Ao longo da história pode-se, assim, encontrar formas bem variadas da relação salarial - concorrencial, taylorista e fordista - que, num modo de produção dominante capitalista, estão relacionadas com os diferentes regimes de acumulação.

#### b) As formas de concorrência

A forma de concorrência é a forma institucional que organiza e caracteriza o tipo de relações entre os produtores definindo, para um modo de produção capitalista, as relações concorrenciais em que o tipo de relação é validado no mercado e as relações monopolistas em que o tipo de relação é definido no momento da produção, portanto anterior à sua validação pelo mercado.

#### c) O regime monetário

É a modalidade que define, para cada país e época, a relação social fundamental que institui os actores na economia de mercado, ou seja é a forma de conexão entre as unidades económicas, entre os centros de acumulação, os assalariados e os outros actores económicos

#### d) As formas de Estado

Define a natureza das relações entre o Estado, o capital e a acumulação, ou seja, a forma de organização do Estado no seio da dinâmica económica. O Estado aparece como a totalização de um conjunto de compromissos institucionalizados que criam regras e regularidades na dinâmica económica interna. Neste sentido, aparecem fortemente relacionados com as outras formas institucionais na medida em que, por um lado, são determinantes na consolidação e mesmo na génese das próprias formas institucionais fundamentais e, por outro lado, as outras formas institucionais, nomeadamente a relação salarial e a concorrência, interferem na gestão da regulamentação por parte do Estado.

#### e) As formas de adesão ao regime internacional

As formas de adesão ao regime internacional são definidas e caracterizadas pelas relações entre o Estado-Nação e o espaço internacional, quer em termos de troca de mercadorias quer na localização das produções ou no financiamento. A adesão ao regime internacional vai (re)configurar os espaços nacionais facilitando ou dificultando o seu desenvolvimento. A noção de áreas estratégicas refere-se mesmo ao conjunto de potencialidades ou constrangimentos impostos pelo regime internacional ao espaço de cada país. Ora, uma mesma característica do regime internacional pode ter consequências diferentes em diferentes países, ou seja, a sua aplicação pode favorecer o desenvolvimento num país e dificultar ou mesmo inibir o seu crescimento noutra país. Desta maneira assistimos a uma extrema variedade de modalidades de adesão de cada país ao regime internacional, ou seja, a um conjunto de relações específicas que regem a dinâmica interna de cada país e as tendências da economia internacional.

O conjunto das formas institucionais tem, assim, um papel fundamental na explicação da origem das regularidades que promovem a reprodução económica num determinado espaço e período histórico.

Pode-se apontar três princípios de acção das formas institucionais que permitem compreender e analisar o seu papel na orientação dos comportamentos individuais e colectivos (Boyer, 1990a, p. 81, tradução livre):

“1. A lei, a regra ou o regulamento (sempre definidos a nível colectivo) têm a função de impor, pela coerção directa ou simbólica e mediatizada, um certo tipo de comportamento económico aos grupos e indivíduos em questão. Contudo, quando a lei entra em conflito com as relações de poder vigentes e com a lógica dos interesses privados pode entrar em desuso, o que sugere o segundo princípio de acção das formas institucionais.

2. As negociações que resultam num compromisso que define uma modalidade *a priori* bem diferente da anterior. Este compromisso é o resultado de uma negociação mútua entre grupos que partindo dos seus próprios interesses estabelecem acordos que põem em causa a lei vigente<sup>127</sup>.

3. Mesmo na ausência de leis ou de convenções, podemos obter uma codificação implícita e uma relativa homogeneização dos comportamentos, possível através da congregação de um sistema de valores, ou ao menos de representações que, sendo partilhadas pelos indivíduos se transformam em comportamento habitual, numa rotina”.

---

<sup>127</sup> Um bom exemplo deste compromisso são os acordos salariais que resultam de negociações entre patrões e sindicatos, que podem até estender-se a outras áreas e constituir-se em leis ou regulamentos.

Desta forma, as relações sociais podem resultar de regras limitadoras do comportamento ou então de um conjunto de representações partilhadas, aparecendo assim a adesão às normas como a expressão do livre-arbítrio dos indivíduos. Vê-se portanto que toda a forma institucional "difunde um princípio de socialização, ainda que parcial, e possibilita a passagem macro-micro" (Boyer, 1986, p.59, tradução livre).

É precisamente pela dinâmica desenvolvida no seio do conjunto das formas institucionais que se caracteriza as relações sociais fundamentais, que são traduzidas e expressas através de um modo de regulação.

O modo de regulação é, então, caracterizado a partir do processo dinâmico de ajustamento e reajustamento dos desequilíbrios provocados pelo carácter parcial da codificação das formas institucionais (Boyer & Saillard, 1995a). Por conseguinte, o modo de regulação define o conjunto de procedimentos e de comportamentos efectivos, individuais e colectivos, que devem simultaneamente (Boyer, 1986, p.54, tradução livre):

“Reproduzir as relações sociais fundamentais através da conjunção de formas institucionais historicamente determinadas;

Sustentar e "pilotar" o regime de acumulação em vigor;

Assegurar a compatibilidade dinâmica de um conjunto de decisões descentralizadas, sem que seja necessária a interiorização, pelos actores económicos, dos princípios de ajustamento do conjunto do sistema”.

Esta noção evoca um princípio fundamental das teorias regulacionistas no estudo dos fenómenos macroeconómicos que é o da inseparabilidade das relações entre os fenómenos económicos e o espaço social ou seja,

“Todo o modo de regulação descreve a maneira como a conjunção de formas institucionais, cria, direcciona e, em alguns casos, dificulta os comportamentos individuais e predetermina os mecanismos de ajustamento nos mercados que, na maioria das vezes, resultam de um conjunto de regras e de princípios de organização, sem os quais não poderiam funcionar” (Boyer, 1990a, p. 80, tradução livre).

Esta noção reconhece a existência de estratégias individuais que pela sua variedade e heterogeneidade persistem no interior do conjunto das formas institucionais mesmo quando o que se pretende, fundamentalmente, é estudar os

fenómenos macro-económicos que pela sua configuração e amplitude têm tendência a subtrair os comportamentos e a acção individual.

Para a teoria regulacionista é precisamente através das relações sociais que os indivíduos interagem e assumem um lugar e uma posição, que vai variando ao longo do tempo e do espaço. Contudo, estas acções são delineadas através de referências comuns, de regras, de procedimentos e de regularidades que favorecem a organização dos dispositivos colectivos que por sua vez não são só governados por uma lógica económica pura mas também se inscrevem na construção e na manutenção da ligação social (Boyer & Saillard, 1995a).

Como, de resto, a própria designação da teoria indica, a noção de regulação é central e entendida como "a conjunção dos mecanismos que promovem a reprodução geral, tendo em vista as estruturas económicas e as formas sociais vigentes" (Boyer, 1990a, p.46, tradução livre) reforçando o carácter da inseparabilidade entre o económico e o social. Deste modo, o conceito de regulação é entendido como um processo de permanentes ajustamentos entre as estruturas económicas e as formas sociais fundamentais que possibilitam, num determinado modo de produção, uma coerência dinâmica do sistema como um todo.

De facto, o conceito de regulação tem subjacente a definição proposta por Canguilhem segundo o qual a regulação é "o ajustamento, de acordo com certas regras ou normas, de uma pluralidade de movimentos ou de actos e dos seus efeitos ou produtos, cuja diversidade ou sucessão torna-os estranhos uns aos outros" (1974, p.1, tradução livre) permitindo explicar "a passagem de um conjunto de racionalidades limitadas relativas às decisões de produção e de troca, múltiplas e descentralizadas, à possibilidade de coerência dinâmica do conjunto do sistema" (Boyer, 1986, p.54, tradução livre).

A sua finalidade é a de viabilizar o modo de produção dominante ou então, numa situação de crise, em que não é possível manter o modo de regulação em vigor, promover a construção de um outro modo de regulação.

Na realidade, se por um lado, as pequenas crises (crises endógenas ou cíclicas) correspondem a períodos de tensões e desequilíbrios que são absorvidos pelo

regime de acumulação em vigor, sem grandes consequências para as formas institucionais existentes, por outro lado, quando as crises resultam da incompatibilidade das formas institucionais com a própria dinâmica económica como sucede com as crises estruturais ou as grandes crises, que colocam em causa o regime de acumulação, o modo de regulação e portanto o modo de desenvolvimento do sistema, já não se consegue garantir a coerência económica e social do sistema pondo-se em causa o próprio modo de produção dominante (Boyer, 1986).

A noção de crise é, assim, central para o estudo da dinâmica sócio-económica baseada no estudo das formas concretas, pois surge precisamente quando os mecanismos de regulação não conseguem responder aos conflitos e contradições instaurados no interior do modo de regulação vigente (Boyer, 1986).

A análise das situações de conflito e de crise assume assim um papel central nestas abordagens reflectindo a necessidade, ao nível concreto, de compreender a forma e as interacções das relações sociais fundamentais que, directa e indirectamente, regulam e orientam os comportamentos colectivos e individuais.

## **2. Relação salarial e saúde: uma questão de regulação económica?**

O estudo do sistema de saúde no trabalho está intimamente relacionado com as formas de relação salarial que ao longo do desenvolvimento sócio-económico caracterizaram a evolução do “conjunto das condições económicas e jurídicas que regulam o uso e a reprodução da força de trabalho” (Boyer, 1986, p. 44, tradução livre).

De facto, o estudo da história social e económica permite evidenciar as regularidades que caracterizam as sociedades em determinadas épocas favorecendo a compreensão das características e dos processos que acompanharam a evolução da organização do trabalho, da relação dos assalariados aos meios de produção e a própria evolução das práticas de saúde no trabalho (Lacomblez, 2001).

A emergência e o desenvolvimento do capitalismo a partir do século XVIII acabam por impor um modo de regulação económico baseado no princípio da concorrência onde as leis da oferta e da procura modificaram profundamente uma estrutura social organizada em corporações de ofícios – o que conduziu a uma grande mudança em termos de concepção e organização do trabalho. Inicia-se então o processo de crescente separação entre o trabalho e o Homem que culmina, no século XIX, com a consolidação da relação salarial do tipo taylorista e posteriormente com a relação salarial fordista.

A afirmação do capitalismo industrial veio assim reforçar o princípio da separação entre os meios de produção e o Homem e fortalecer uma concepção do trabalho humano enquanto “capital humano”: factor de produção, sujeito à lógica do mercado, com fortes implicações nas condições de vida e de trabalho. Esta evolução acompanhou a história do trabalho humano até aos nossos dias – uma história marcada pela introdução sucessiva de leis reguladoras dos excessos, reais e potenciais, no uso deste trabalho humano.

A necessidade de regulação entre as forças económicas e as pressões sociais é também retractada na hipótese avançada por Polanyi (1983) de um duplo movimento que caracterizou o desenvolvimento da sociedade moderna, particularmente nos países industrializados a partir do fim do século XIX: por um lado, o movimento baseado no princípio do liberalismo económico que visa o estabelecimento de um mercado auto-regulado em que o trabalho humano é unicamente considerado enquanto factor de produção e, por outro lado, o movimento contrário de defesa, baseado no princípio da protecção social, que visa preservar os interesses vitais e sociais fundamentais do Homem e conduzir à adopção de medidas legais, justificando o papel instrumental do Estado.

De facto, as conjunturas económicas, sociais e políticas não deixaram de influenciar de forma decisiva a evolução das práticas sociais e científicas em matéria de saúde no trabalho - seja nas conjunturas em que os interesses económicos se sobrepuseram às questões da saúde consentindo uma degradação crescente das condições de trabalho e de vida, seja nas conjunturas em que domina a perspectiva daqueles que, procurando contrariar as leis do

mercado, concebiam o bem-estar e a saúde no trabalho como elementos centrais e integradores da vida do homem, erigindo-os como valores essenciais, a defender e a preservar.

Nesta perspectiva, as preocupações relativas à saúde no trabalho nascem, sobretudo, a partir de uma necessidade de regulamentar os "excessos" produzidos pela industrialização e de limitar as consequências desses excessos na vida e no trabalho da classe operária, procurando, passo a passo, definir os "melhores" compromissos, através de legislação<sup>128</sup> e regulamentação.

O desenvolvimento do sistema de saúde no trabalho aparece, assim, intimamente relacionado com a legislação laboral e com as políticas de protecção social (Cabral & Veiga, 2002) criadoras das condições mínimas aceitáveis para a realização de uma actividade de trabalho.

Os anos 80 marcam o início do período Pós-Fordista, indicando a procura de um novo modo de regulação. De facto, novas formas de organização do trabalho (Beauchesne & Lacomblez, 1983) são então ensaiadas e a flexibilidade no trabalho é experimentada a todos os níveis da organização do trabalho procurando dar resposta às exigências do mercado, o que conduziu a "colocar em causa não só as funções asseguradas pelos trabalhadores mas também as condições nas quais são realizadas" (Lacomblez, 2001, p. 503, tradução livre).

Nesta perspectiva, as preocupações com a saúde no trabalho acompanharam a evolução das diferentes formas de relação salarial numa lógica essencialmente económica, dirigida à "reparação" monetária de um prejuízo de saúde (e não à sua "protecção"). Trata-se, portanto, de uma forma de "legitimação dos riscos profissionais – como inerentes ao processo de produção – e da sua «cobertura» na lógica das companhias de seguros e protecção social" (Thébaud-Mony, 1998, p.190, tradução livre), afastando qualquer pretensão de análise das causas do acidente na situação de trabalho, revelando, portanto, ausência de tomada de consciência da importância da segurança no meio industrial (Goguelin, 1996).

---

<sup>128</sup> Realidade intimamente relacionada com a história do Direito do Trabalho, abre caminho a regulamentações sucessivas neste domínio culminando, no final do século XIX, na lei da reparação dos acidentes de trabalho aprovada então na maior parte dos países europeus (Polanyi, 1983). Em Portugal é promulgada apenas em 1913 e só mais tarde, em 1936, surge a figura jurídica da doença profissional (Cabral & Veiga, 2002).

Trata-se de soluções reguladoras dos comportamentos individuais e colectivos que passam, uma vez mais, pela negação da utilidade de uma análise do problema real, ao nível das características do trabalho e das condições de exercício da actividade de trabalho, ocupando-se antes da análise de soluções “exteriores” que não questionam o mesmo modo de regulação.

No fim dos anos 80, a abertura conquistada pelas alterações profundas introduzidas pela Comunidade Europeia através da Directiva-Quadro 89/391/CEE (Jornal Oficial das Comunidades Europeias, 1989), transpostas para o ordenamento jurídico português pelo D.L. nº 441/91 de 14 de Novembro (Ministério do Emprego e da Segurança Social, 1991<sup>129</sup>) reflecte uma nova filosofia na abordagem às questões de saúde no trabalho, modificando o quadro normativo anterior e pugnando por uma abordagem global e integrada, de modo a que a prevenção se construa a partir da análise e da concepção do trabalho e a partir do princípio do envolvimento de todos os actores interessados, nomeadamente os trabalhadores.

Contudo, e se é verdade que os princípios gerais da prevenção referidos na Directiva marcaram um novo modelo teórico de prevenção, as dificuldades presentes nas suas aplicações, na conjuntura de um pós-fordismo, levam a uma reflexão sobre a razão de ser da distância entre os discursos e as práticas ainda vigentes: porque é que, passados mais de 10 anos, a realidade concreta ainda reflecte um modelo de acção em saúde no trabalho baseado no controlo e na inspecção?

## **2.1. Análise do trabalho e processos de regulação no trabalho**

O papel da análise do trabalho na gestão e prevenção dos riscos profissionais tinha sido explicitamente referido na Directiva 89/391/CEE como um dos princípios base. Transposto para a ordem jurídica nacional pelo art. 8º do D.L. 441/91, o mesmo princípio está consagrado na necessidade de “proceder, na concepção das instalações, dos locais e processos de trabalho, à identificação dos riscos previsíveis, combatendo-os na origem, anulando-os ou limitando os

<sup>129</sup> Entretanto alterado pelo D.L. nº 133/99 de 21 de Abril (Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 1999).

seus efeitos, de forma a garantir um nível eficaz de protecção” (nº 2), o que implica uma efectiva análise e compreensão do trabalho.

Daqui emerge uma orientação de prevenção que, ultrapassando uma visão meramente protectora e reparadora dos efeitos da exposição aos riscos, procura intervir desde o momento da concepção e organização do trabalho, evitando, eliminando ou reduzindo os próprios riscos no que Maggi (1996a) caracterizou de *prevenção primária, geral, programada e projectural* – o que pressupõe uma avaliação dos riscos que abrange a globalidade da situação de trabalho e comporta todo o processo de trabalho com os princípios ergonómicos.

Contudo, o papel da análise do trabalho acabou por não ter o impacto idealizado por esta nova abordagem integrada e participativa, também intencionalizada no Acordo de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho de 1991 (Conselho Permanente de Concertação Social, 1991) e reforçada no Acordo de Concertação Estratégica 1996/1999 (Conselho Económico e Social, 1996). Assim, a importância de constituir uma Rede Nacional de Prevenção de Riscos Profissionais baseada no conhecimento sobre os riscos profissionais, foi sendo sucessivamente adiada pelos governos nacionais que, embora a considerassem uma estratégia prioritária, acabaram por jamais a implementar.

Ora, a necessidade de uma nova abordagem preventiva sobre os riscos profissionais, reais e potenciais (Comissão do Livro Branco dos Serviços de Prevenção, 1999) não deve, nem pode, afastar o contexto real de trabalho. Ao encarar uma nova forma de prevenção, integrada e participativa, em que novas metodologias procuram estudar e compreender a interacção entre todos os riscos profissionais (Comissão do Livro Branco dos Serviços de Prevenção, 1999), a análise das condições de realização do trabalho torna-se uma dimensão central e basilar de todo o processo.

O Acordo sobre as Condições de Trabalho, Higiene e Segurança no Trabalho e Combate à Sinistralidade de 2001 (Conselho Económico e Social, 2001) intencionaliza esta necessidade, “reconhecendo que os riscos profissionais não são variáveis incontrolláveis mas que, frequentemente, decorrem do modo concreto como a prestação do trabalho é organizada” (p.2), sublinhando a

importância de integrar em todo o processo de trabalho um programa de prevenção.

Contudo, ao analisar as medidas mais concretas de actuação nomeadamente ao nível da intencionalização do Plano Nacional para a Prevenção (PNAP) (Conselho Económico e Social, 2001), constata-se a inexistência de referências e procedimentos específicos que assumam a análise do trabalho como ponto de partida de qualquer intervenção no domínio da Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho (SHST).

Mas de que concepção de análise do trabalho se está, então, a falar?

Será que os autores dos textos referidos continuam a conceber uma análise do trabalho afastada do contexto real de trabalho e dos discursos dos trabalhadores, convencidos de que vão assim conseguir tomar consciência das implicações reais dos riscos profissionais e conceber um sistema de promoção e prevenção da saúde no trabalho baseada nas reais necessidades dos trabalhadores?

De facto, a análise do trabalho parece, ainda, frequentemente perspectivada do “lado de fora” dificilmente diferenciada de uma visão de prescrição do comportamento e afastada de uma visão centrada na compreensão da actividade de trabalho (Teiger & Frontini, 1996, Lacomblez, 1997; Vézina, 2001) já consolidada na abordagem da psicologia do trabalho e da ergonomia da actividade (Faverge, 1966) e que, na realidade, tem sustentado o processo de elaboração da Directiva 89/391/CEE.

## **2.2. O trabalhador: actor ou objecto da prevenção?**

A Directiva Europeia realça igualmente o princípio da consulta e participação dos trabalhadores em todas as questões relativas à segurança e à saúde no local de trabalho (Art. 11º, transposto nos Arts. 7º e 9º da lei portuguesa, D.L. 441/91, Ministério do Emprego e da Segurança Social, 1991).

Nesta perspectiva, e tendo em atenção uma abordagem da prevenção orientada para a análise do processo de trabalho e para a intervenção sobre a sua concepção e organização, o princípio da participação deixou de conceber o

trabalhador como receptor passivo de instruções e regulamentações prescritivas passando a defini-lo como conceptor e actor do próprio sistema, “partindo da consideração de que os trabalhadores não são o objecto da prevenção, mas sim, actores de prevenção (Comissão do Livro Branco dos Serviços de Prevenção, 1999, p.27). Contudo, paradoxalmente, o mesmo texto insiste na obrigação dos trabalhadores em “cumprir as prescrições de segurança, higiene e saúde no trabalho estabelecidas nas disposições legais ou convencionais aplicáveis e as instruções determinadas com esse fim pelo empregador” (art. 15º) do D.L. 441/91.

Como Maggi (1996a) refere, as contradições emergentes das medidas a adoptar reflectem uma interpretação do significado de «participação dos trabalhadores», ainda presa a uma lógica que, nas perspectivas funcionalistas, identificam participação à colaboração e adesão motivada - interpretação distante do sentido de uma efectiva implicação no desenvolvimento da análise do trabalho e na actividade de concepção do trabalho proposta pela psicologia do trabalho e pela Ergonomia da Actividade e integrada na Directiva-Quadro.

Assim, as medidas desenvolvidas para a concretização deste princípio traduzem-se na verdade pelo que é comumente designado de informação – e até de formação - no domínio da SH&ST concebidas como mera transmissão de um conjunto de normas e de medidas que devem ser adoptadas pelos trabalhadores em prol da saúde e da segurança, mas que são sempre definidas e prescritas por especialistas.

São, normalmente, acções que têm subjacente uma concepção de prevenção baseada numa visão redutora da participação dos trabalhadores a que Cru (2000) designou de visão solipsista e pejorativa do homem no trabalho que considera que

os trabalhadores são homens abstractos, as suas resistências à segurança são naturalizadas. A prevenção coloca-os mais na classe de crianças que é necessário educar e guiar ou de ignorantes que é necessário instruir e comandar na classe de simples objecto. Com este tipo de explicação, as medidas de prevenção não podem ser elaboradas a não ser por especialistas” (p.122, tradução livre).

A consulta e a participação intencionalizada na nova abordagem à prevenção vê-se, portanto, restrita à adopção e ao respeito dessas mesmas medidas e regras

que, definidas por um grupo de peritos, são consideradas como preventoras dos riscos e promotoras da segurança e saúde no trabalho.

Cru (2000) realça ainda o quanto esta concepção usual da prevenção dos riscos profissionais se inscreve numa lógica económica global, traduzindo e reproduzindo a divisão entre concepção e execução que prevalece na organização do trabalho da empresa, transpondo-a para a separação entre aqueles que concebem as políticas de prevenção e aqueles que são chamados a utilizá-las.

E, de facto, assistimos a uma lógica de aplicação concreta da Directiva-Quadro que acabou por traduzir uma concepção do homem no trabalho baseada no que caracteriza o modo de regulação fordista (Boyer, 1986; Boyer, 1995): os saberes e as experiências dos trabalhadores não são, na verdade, reconhecidos nem valorizados.

### **2.3. Intervenção em saúde no trabalho**

A construção de um sistema integrado de prevenção intencionalizado na nova abordagem à saúde no trabalho aponta para a organização na empresa de actividades de segurança, higiene e saúde no trabalho (art. 13º do D.L. 441/91, Ministério do Emprego e da Segurança Social, 1991) que assegurem a participação e o envolvimento de um grupo pluridisciplinar de profissionais de modo a conceber um sistema adequado às necessidades e especificidades da actividade de trabalho e que assegure a prevenção e promoção da saúde dos trabalhadores.

Contudo, apesar da promoção da responsabilidade social das empresas (Comissão Europeia, 2001) e da recente criação do Programa de Adaptação dos Serviços de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho (Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 2002) prevendo a constituição de um grupo pluridisciplinar de profissionais que, com competências diferentes, assegurem de forma integrada e participada a prevenção dos riscos profissionais, o seu grau de execução cingiu-se, essencialmente, a uma acção de fiscalização por parte dos técnicos e peritos

nomeados pela empresa e numa acção basicamente curativa e reparadora da parte dos serviços de medicina do trabalho.

A intervenção em saúde no trabalho acaba assim por ser da responsabilidade da medicina do trabalho – embora, como salienta Faria (1994) actue, sobretudo, de forma isolada, privilegiando uma actuação marcadamente biomédica, orientada para a realização de um conjunto de exames ditos de “vigilância” do estado de saúde dos trabalhadores.

Trata-se, portanto, numa lógica de reparação médico-legal e sob determinações essencialmente jurídicas, de identificar, seleccionar e avaliar os problemas de saúde, que pelos seus sintomas e diagnóstico, se relacionem directamente (numa lógica de causa-efeito) com a exposição a determinados factores que a lei considerou de risco.

De facto, o desenvolvimento da medicina do trabalho acabou por ser condicionado pelo peso da legislação e regulamentação, transformando a sua actividade num conjunto repetido de actos médico-administrativos prescritos pelo legalismo imposto que, sem qualquer significado médico, resultam numa “visita” médica, cada vez mais distante do significado da consulta médica e da missão oficial da prevenção primária (Davezies, 2000).

Ou seja, a própria medicina do trabalho viu-se algemada aos princípios do Direito do Trabalho, actuando apenas em função de leis e do código de trabalho. Davezies (2001) refere aliás que o código de trabalho acabou por estruturar a medicina do trabalho, centrando-a na noção de aptidão na medida em que “confiou ao médico uma missão de orientação biológica da mão-de-obra de inspiração taylorista. O coração da missão, tal como ela é legalmente definida, implica portanto uma contribuição dos médicos à gestão do pessoal” (parágrafo, 18, tradução livre), enformando a intervenção da medicina do trabalho ao cumprimento de “legalidades” em função dos interesses económicos das empresas.

A intervenção em saúde no trabalho vê-se por isso presa a uma lógica que, determinada pelo tipo de relação salarial, se orienta para uma racionalidade económica, ainda dominante nas relações de trabalho (Lacomblez, 2002),

determinada pela norma e pelo controlo que - “esbarra” com as tentativas de construir uma relação contratual com os seus interlocutores (Dozon, 2001), mais humanizada e personalizada (Canguilhem, 2002d).

De facto, se por um lado os discursos teóricos e políticos em saúde no trabalho se orientaram para uma nova abordagem, as práticas de intervenção mantêm-se presas a uma concepção tradicional da prevenção.

No actual contexto sócio-económico em que se multiplicam novas formas de organização do trabalho acompanhadas por um aumento da complexidade técnica dos sistemas de trabalho e por novas exigências de qualidade e de flexibilidade, os trabalhadores são colocados, frequentemente, numa situação paradoxal – entre o apelo à autonomia e à flexibilidade, por um lado, e o respeito da norma e do controlo, por outro lado – o que não deixa de reforçar o questionamento das políticas no domínio da promoção e prevenção da saúde no trabalho (Lacomblez, 2001).

Davezies (2001) fala mesmo de crise no sistema de saúde no trabalho e da necessidade de conduzir uma reflexão crítica sobre o seu funcionamento.

### **3. Uma concepção a reconstruir...**

Atribuir-se à saúde no trabalho uma orientação que vise “promover e manter o mais alto grau de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores em todas as profissões” (INRS, 1996, p.91, tradução livre) traduz a noção já intencionalizada em 1948 pela OMS ao definir a saúde como um bem-estar físico, mental e social em contraposição com a noção de ausência de doença.

Contudo, se por um lado esta noção já largamente partilhada e reconhecida nas nossas sociedades se vulgarizou nos discursos políticos e científicos, por outro lado, as práticas nem sempre coincidem com tal orientação e a promoção da saúde e do bem-estar vê-se, muitas vezes, reduzida a um conjunto de actos prescritivos e normativos do comportamento humano.

De facto, a alusão ao «bem-estar» implica uma mudança radical da concepção da saúde, - “ a saúde, verdade do corpo, não depende de uma explicação por

teoremas. Não existe saúde de um mecanismo” (Canguilhem, 2002a, p. 57) - que encarada como um processo aperfeiçoável em que “as necessidades e os objectivos de saúde não são identificáveis de uma forma unívoca e estática, são antes variáveis em função das diferenças de contexto e de tempo e da possibilidade de uma melhoria que se persegue” (Maggi, 1996a, p.4, tradução livre) traduzem uma concepção que, centrada na singularidade de cada homem não se coaduna com uma visão reducionista prevalecente no modo de regulação fordista.

Se, por um lado, estas contradições têm sido aparentemente ultrapassadas pelos mecanismos reguladores do sistema macroeconómico, criando medidas pontuais de regulamentação da saúde no trabalho (que prolongam o modo de regulação em vigor), a posição “assumir a centralidade do cidadão” (Ministério da Saúde, 1999a, orientação nº2) nas políticas e nas decisões na área da saúde envolve, por outro lado, uma preocupação orientada para as necessidades dos trabalhadores o que implica uma abordagem compreensiva centrada na perspectiva desses trabalhadores, mas muitas vezes interpretada como uma *mudança centrada no cidadão*, - revelando um estilo de participação voltado para uma mudança prescritiva de estilos individuais, que não é equivalente a uma mudança pensada no cidadão ou, para utilizar os mesmos conceitos, uma *mudança centrada a partir do cidadão*.

Esta concepção marcada pelo que Canguilhem (1998) designa como central no homem, a sua capacidade de construir e reconstruir o seu meio à luz da sua experiência e dos seus valores,

o meio próprio do homem é o mundo da sua percepção, ou seja o campo da sua experiência pragmática onde as suas acções, orientadas e reguladas pelos valores iminentes às tendências, cortam os objectos qualificados, situando-os uns em relações aos outros e todos em relação a si (p.152, tradução livre),

apela a uma abordagem dinâmica centrada no significado atribuído por cada um que engloba a singularização e re-singularização dos valores e normas que entre o local e o global se negociam (Schwartz, 2002; Lacomblez, no prelo) pondo em causa os actuais mecanismos de regulação da sociedade.

De facto, esta abordagem, construída a partir do cidadão, implica a introdução de novos mecanismos de regulação que, centrados nas formas de regulação humana no trabalho, reconheçam a sua variabilidade e singularidade e ultrapassem uma visão fordista e pós-fordista da relação salarial integrando definitivamente na relação de trabalho o conceito de bem-estar e, mais globalmente, a noção de bem-estar comum.

Contudo, novos princípios de acção das formas institucionais são exigidos, mais particularmente ao nível da relação salarial e da intervenção do Estado que, centrados na criação de redes de apoio ou de agências de regulação (Gaudin, 2002) ao nível local, possibilitem uma maior visibilidade dos efeitos do trabalho na saúde e no bem-estar a partir da produção, aplicação e avaliação de orientações e regras instituídas ao nível da colectividade.

Trata-se, portanto, de instituir um outro modo de gestão que, entre o local e o global, realce as dinâmicas territoriais e os seus mecanismos de regulação que a abordagem regulacionista designou de *modo de governação* (Gilly & Pecqueur, 1995) e que, na abordagem da saúde no trabalho, podem ser concretizadas através da criação de estruturas e redes de apoio ao nível colectivo.

A institucionalização destas redes de apoio funcionaria como um agente regulador que, ao nível local, impulsionaria um novo estilo de gestão da saúde no trabalho, construído a partir de cooperações a múltiplos níveis, aproximando os vários actores e promovendo a circulação de conhecimentos e experiências.

A ambição destas estruturas é, assim, a de promover a desmultiplicação de cenários de negociação de modo a favorecer a emergência de processos de coordenação multiactores com vista a produzir compromissos baseados na especificidade local da colectividade.

Nesta perspectiva, a concretização de uma gestão da saúde no trabalho centrada na acção colectiva de diferentes grupos de protagonistas favorecerá a construção de uma linguagem comum, essencial na compreensão das diferentes *Imagens da saúde* (Oddone, 2000) e constituirá o ponto de partida para a projecção a nível global de medidas concretas de acção adequadas à realidade territorial.

Mais concretamente, o ideal seria a institucionalização destas estruturas locais de mediação que, ao nível dos centros de saúde, promovessem, por um lado, a circulação de informação entre os diferentes actores, e por outro lado, a construção de referências comuns que possibilitassem, na perspectiva do trabalhador, o encontrar dos melhores compromissos colectivos capazes de, entre o local e o global, assegurar os mecanismos de regulação reveladores da especificidade local.

Neste sentido, a integração de uma referência explícita ao trabalho pelos discursos dos próprios actores enquadra-se nas novas políticas de promoção e prevenção da saúde e nas perspectivas mais modernas de saúde pública que estabelecem o compromisso explícito de melhorar a saúde e só com a sua efectivação é que tais práticas assumiriam, de facto, a centralidade do cidadão (Ministério da Saúde, 1999a) passando então a ter-se uma intervenção que não esquecesse que a maior parte dos cidadãos exerce uma actividade profissional.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---



Abrahão, J., Berthelette, D., Desnoyers, L., Ferreira, L., Jobert, G. Lacomblez, M., Launis, K., Leppanen, A., Maggi, B., Montreuil, S., Patesson, R., Paumès, D., Teiger, C., Vogel, L., & Wendelen, E. (1997). General introduction to the symposium: aims, context, concepts, methods, practices and problems. *Proceedings of the 13<sup>th</sup> Triennial Congress of the International Ergonomics Association*. Tampere, Finland.

Aglietta, M. (1976). *Régulation et crises du capitalisme*. Paris: Calmann-Levy.

Amable, B., Ernst, E., & Palombarini, S. (2002). Comment les marchés financiers peuvent-ils affecter les relations industrielles? Une approche par la complémentarité institutionnelle. *Révue de L'Année de la régulation*, 6, 271-288.

APT (2000). *Impacto da liberalização do comércio mundial de têxteis e vestuário na indústria portuguesa*. Lisboa: Associação Portuguesa de Têxteis e Vestuário.

Associação Comercial e Industrial do Vale do Ave. (2002). *Região do Vale do Ave. Anuário 2001.02*. Matosinhos: Europáginas.

Barros-Duarte, C. (1998a). *Psicologia do Trabalho, Análise Ergonómica do Trabalho e Formação. A contribuição da análise ergonómica do trabalho no desenvolvimento e transmissão de competências: análise de um caso no sector da plasturgia*. Dissertação de mestrado em Psicologia, área de Psicologia do Trabalho e das Empresas, apresentada na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.

Barros-Duarte C. (1998b). L'Impression Flexographique: une contribution de l'analyse ergonomique du travail au sein d'un projet de développement des compétences. *Performance Humaine et Techniques*. n° hors série, 139-141.

Barros-Duarte, C., Cunha, L., Ramos, S. & Lacomblez, M. (2001/2002). Discursos e Métodos em Saúde no Trabalho. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 17-18, 313-319.

Barros-Duarte, C. & Ramos, S. (2002). Inquérito Saúde, Idade e Trabalho: uma abordagem de carácter epidemiológico na ITV. *Livro de Comunicações do IV Congresso Nacional de Saúde Ocupacional* (pp. 133-140). Póvoa do Varzim:

Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Barros-Duarte, C., Ramos, S., Cunha, L. & Lacomblez, M. (no prelo). *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.

Beato, M., Serra, A. & Fernández, A. (1999). Índices Psicolinguísticos de 480 Palavras em Português. *Psiquiatria Clínica*, 20, 1, 21-31.

Beauchesne, M.N. & Lacomblez, M. (1983). Crise et nouvelles formes d'organisation du travail. *La Revue Nouvelle*, 9, 253-271.

Benach, J., Muntaner, C., Benavides, F-G., Amable, M. & Jódar, P. (2000). A new occupational health prevention for a new work environment: needs, principles and challenges. Actes du colloque *Working without limits? Re-organising work and reconsidering workers' health – Plenary Sessions* (pp. 85-95). Paris: TUTB – SALTSA.

Bertelson, P. & Mousty, Ph. (1982). Modes opératoires dans la lecture de l'écriture braille, *Le Travail Humain*, 45, 1, 13-23.

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

Boix, P. & Vogel, L. (1999) *L'évaluation des risques sur les lieux de travail: guide pour une intervention syndicale*. Paris: Bureau Technique Syndical Européen pour la Santé et la Sécurité.

Boyer, R. (1986). *La théorie de la régulation: une analyse critique*. Paris: La Découverte.

Boyer, R. (1987). *La flexibilité du travail en Europe: une étude comparative des transformations du rapport salarial dans sept pays de 1973 à 1985*. Paris: La Découverte.

Boyer, R. (1990a). *A Teoria da Regulação: uma análise crítica* (R. Zicman, Trad.). S. Paulo: Nobel. (Obra original publicada em 1986).

Boyer, R. (1990b). Les problèmes de la régulation face aux spécificités sectorielles. *Cahiers d'économie et de sociologie rurales*, 17.

Boyer, R. (1995). Vingt ans de recherches sur le rapport salarial: un bilan succinct. In R. Boyer & Y. Saillard (Dir.), *Théorie de la régulation. L'état des savoirs* (pp. 107-114). Paris: La Découverte.

Boyer, R., & Saillard, Y. (1995a). *Théorie de la régulation. L'état des savoirs*. Paris: La Découverte.

Boyer, R., & Saillard, Y. (1995b). Un précis de la régulation. In R. Boyer & Y. Saillard (Dir.), *Théorie de la régulation. L'état des savoirs* (pp. 58-68). Paris: La Découverte.

Boyer, R., & Saillard, Y. (1995c). La théorie de la régulation a 20 ans: piétinement ou affirmation d'un programme de recherche? In R. Boyer & Y. Saillard (Dir.), *Théorie de la régulation. L'état des savoirs* (pp. 69-81). Paris: La Paris: La Découverte.

Brito, J. (1999). *Saúde, Trabalho e Modos Sexuados de Viver*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Bucquet, D., & Condon, S. (1992). L'Indicateur de Santé Perceptuelle de Nottingham. In European Group for Quality of Life and Health Measurement (Eds.). *European Guide to the Nottingham Health Profile* (pp.105-182). Montpellier: Escubase.

Cabral, F., & Veiga, R. (2002). *Manual de Higiene, Segurança, Saúde e Prevenção de Acidentes de Trabalho*. Lisboa: Verlag Dashöfer.

Canguilhem, G. (1947). Milieu et Normes de l'Homme au Travail. *Cahiers Internationaux de Sociologie*, vol III, 120-136.

- Canguilhem, G. (1974). Régulation. *Encyclopaedia Universalis*, 14, 1-3.
- Canguilhem, G. (1998). *La connaissance de la vie*. (2<sup>e</sup> éd.). Paris: Librairie Philosophique J. Vrin. (Obra original publicada em 1965).
- Canguilhem, G. (1999). *Le normal et le pathologique* (8<sup>e</sup> éd.). Paris: PUF. (Obra original publicada em 1943).
- Canguilhem, G. (2002a). La santé, concept vulgaire et question philosophique. (pp. 49-68). *Écrits sur la médecine*. Paris: Éditions du Seuil. (Obra original publicada em 1988).
- Canguilhem, G. (2002b). Le problème des régulations. (pp. 101-125). *Écrits sur la médecine*. Paris: Éditions du Seuil. (Obra original publicada em 1955).
- Canguilhem, G. (2002c). Les maladies. (pp. 33-48). *Écrits sur la médecine*. Paris: Éditions du Seuil. (Obra original publicada em 1989).
- Canguilhem, G. (2002d). Une pédagogie de la guérison est-elle possible ? (pp. 69-99). *Écrits sur la médecine*. Paris : Éditions du Seuil. (Obra original publicada em 1978).
- Carta de Ottawa (1986). *A Promoção da Saúde*. 1<sup>a</sup> Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, 17-21 de Novembro de 1986, Ottawa, Canadá.
- Cassou, B., & Laville, A (1996). Vieillesse et travail: cadre général de l'enquête ESTEV. In F. Derriennic, A. Touranchet, & S. Volkoff. (Eds.). *Age, travail, santé* (pp. 13-31). Paris: Les Éditions INSERM
- Cassou, B., Buisset, C., Brugère, D., Davezies, P., Derriennic, F., Desplanques, G., Laville, A., Marquié, J-C., Touranchet, A., & Volkoff, S. (2001). *Travail, Santé, Vieillesse: relations et évolutions*. Toulouse: Éditions Octarès.
- Cesa-Bianchi, M. & Mantovano, G. (1982). La connaissance du processus: éléments pour un débat sur la notion d'opérateur, *Le Travail Humain*, 45, 1, 43-47.
- Cesa-Bianchi, M. & Marangoni, R. (1967). Les caractéristiques individuelles en relation avec l'accident. In CECA, *Les facteurs humains et la sécurité* (pp. 41-81). Luxembourg: Études de Physiologie et de Psychologie du Travail, 1.

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

Clot, Y. (1995b). *L'activité, le sens et l'analyse du travail*. Communication présentée au séminaire DESUP/DESS. Paris, France, mai-juin.

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

Clot, Y. (1999b). *La fonction psychologique du travail*. Paris: PUF.

Clot, Y., Faita, D., Fernandez, G., & Scheller, L. (2000). *Entretiens en autoconfrontation croisée: une méthode en clinique de l'activité* [versão electrónica]. Retirado em 22 de Outubro de 2001, de <http://www.unites.uqam.ca/pistes/v2n1/articles/v2n1a3.htm>

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.

Comissão do Livro Branco dos Serviços de Prevenção (1999). *Livro Branco dos Serviços de Prevenção das Empresas*. Lisboa: IDICT

Comissão Europeia (2001). *Livro verde. Promover um quadro europeu para a responsabilidade social das empresas*. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.

Conselho Económico e Social (1996). *Acordo de Concertação Estratégica 1996/1999*. Lisboa: CES

Conselho Económico e Social (2001). *Acordo sobre as Condições de Trabalho, Higiene e Segurança no Trabalho e Combate à Sinistralidade*. Lisboa: CES

Conselho Permanente de Concertação Social (1991). *Acordo de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho*. Lisboa: GPCS

- Cru, D. (2000). Prévention et formes du dialogue social – Mise en perspective socio-historique. *Revue de médecine du travail*, XXVII, 2, 119-126.
- Cru, D., & Dejourn, C. (1983). Les savoirs-faire de prudence dans les métiers du bâtiment. *Les cahiers médico-sociaux*, 3, 239-247.
- Cunha, L. (2002). O Sector dos Transportes Rodoviários de Passageiros: conhecer e compreender as condições de trabalho para transformar. *Livro de Comunicações do IV Congresso Nacional de Saúde Ocupacional*. 29-31 Outubro, 133-140, Póvoa do Varzim: Portugal. Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
- Cunha, L., Costa, A., & Lacomblez, M. (2003). Idade e Saúde na *organização do Trabalho: definir novas estratégias de prevenção dos riscos no sector da cerâmica*. *Revista Kéramica*, 262, 50-58.
- Curie, J. (1995). *L'usage des méthodes statistiques dans l'étude du travail*. Cahier Travail et Emploi. La Documentation Française.
- Curie, J. (2002). *Dis-moi, Docteur, c'est grave?* Manuscrito não publicado.
- Curie, J., & Cellier, J-M. (1987). Stratégie de la recherche en psychologie du travail. In C. Lévi-Leboyer, & J-M. Sperandio (Eds.), *Traité de Psychologie du Travail* (pp.117-144). Paris: PUF.
- Damáσιο, A. (2000). *O Erro de Descartes. Emoção, razão e cérebro Humano*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Daniel, W-W. (1999). *Biostatistics. A Foundation for Analysis in the Health Sciences*. New York: John Wiley & Sons, INC.
- Daubas-Letourneux, V. & Thébaud-Mony, A. (2002). *Organisation du travail et santé dans l'Union Européenne*. Luxembourg: Office des Publications Officielles des Communautés Européennes.
- Davezies, P. (1994) L'intervention sur la santé au travail: éléments de réflexion éthiques. *Education Permanente*, 121, 4, 131-143.
- Davezies, P. (1998). De la récupération psychique. *Santé et Travail*, 25, 35-37.

Davezies, P. (1999). *La prise en charge de la santé au travail en France: Aperçu historique sur les fondements idéologiques de l'institution*. Communication présentée au Congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française. Paris, France, septembre.

Davezies, P. (2000). *Aptitude, inaptitude, reclassement, entre droit du travail et déontologie médicale*. Communication présentée au Rencontre des inspecteurs et contrôleurs du travail, Direction Régionale du Travail et de l'Emploi. Ile de France, France, novembre.

Davezies, P. (2001). *Convergences, tensions et contradictions entre les différentes approches disciplinaires de la santé au travail*. Actes de la Journée: Pluridisciplinarité en santé au travail: des échanges de pratiques. Paris: 14 Junho 2001 [versão electrónica]. Retirado em 10 de Novembro de 2002, de <http://ergonomie-self.org/Pages/self/Activ/colloques/juin01/davezie.pdf>

Davezies, P. (2002). Bilan et Défis. *Prevention-Sécurité*, 61, 30-38.

Davezies, P. Cassou, B., & Laville, A. (1993). *Transformations avec l'âge et activité de travail*. *Archives Maladies Professionnelles*, 54, 3, 190-197.

DE (1997). *Quadros de Pessoal 1995*. Lisboa: CICT

DE (1998). *Quadros de Pessoal 1996*. Lisboa: CICT

De Keyser, V. (1972). Fiabilité et expérience. In CECA, *Études de Physiologie et de Psychologie du Travail* n° 7, *Fiabilité et Sécurité. Éléments pour une ergonomie des systèmes en milieu industriel* (pp.77-137). Luxembourg: Diffusion des Connaissances – Commission des Communautés Européennes.

De Keyser, V., Beauchesne, M-N., & Notte, D. (1982). *Analyser les conditions de travail*. Paris: Entreprises Modernes d'Édition.

De La Garza, C., & Weill-Fassina, A. (2000). Régulations horizontales et verticales du risque. In T. Benchekroun & A. Weill-Fassina (Eds.), *Le travail collectif. Perspectives actuelles en ergonomie* (pp.217-234). Toulouse: Éditions Octarès.

DEEP (2003). *Dados relativos ao número de empresas e ao emprego no Sector Têxtil e do Vestuário na região do Vale do Ave*. Dados solicitados, em Julho de

2003, ao Departamento de Estudos e Estatística e Planeamento do Ministério da Segurança Social e do Trabalho com vista ao apuramento específico do número de empresas e do emprego na região do Vale do Ave no sector de actividade da Indústria Têxtil e do Vestuário. Lisboa: DEEP.

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

Dejours, C. (1995b). *Le facteur humain*. Paris: PUF.

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

Dessors, D. (2000). Femmes au travail. Des victimes discrètes de la non-reconnaissance. *Santé et Travail*, 31, 21-23.

DETEFP (1999). *Quadros de Pessoal 1997*. Lisboa: CIDES

DETEFP (2001a). *Relatório sobre as Condições de Trabalho* [versão electrónica]. Retirado em 26 de Fevereiro de 2003, de <http://www.detefp.pt/publicacoes/pdf/ct.pdf>

DETEFP (2001b). *Quadros de Pessoal 1998*. Lisboa: CIDES

DETEFP (2002a). *Quadros de Pessoal 1999*. Lisboa: CIDES

DETEFP (2002b). *Inquérito à execução das acções de formação profissional em 2000*. Lisboa: CIDES

DETEFP (2002c). *Inquérito ao impacto das acções de formação profissional nas empresas 1998/2000 Continente*. Lisboa: CIDES

DETEFP (2003a). *Dados relativos ao apuramento específico de doenças profissionais por sector de actividade, por profissão, por sexo e por grupo etário*. Dados solicitados, em Junho de 2003, ao Departamento de Estatística do Trabalho, do Emprego e da Formação Profissional do Ministério da Segurança Social e do Trabalho com vista ao apuramento específico das doenças profissionais. Lisboa: DETEFP.

DETEFP (2003b). *Dados relativos às condições de trabalho e doenças profissionais no Sector Têxtil e do Vestuário*. Dados solicitados, em Junho de

2003, ao Departamento de Estatística do Trabalho, do Emprego e da Formação Profissional do Ministério da Segurança Social e do Trabalho com vista ao apuramento específico das condições de trabalho e das doenças profissionais no sector de actividade da Indústria Têxtil e do Vestuário. Lisboa: DETEFP.

Dozon, J-P. (2001). Quatre modèles de prévention. In J-P. Dozon & D. Fassin (Dir.), *Critique de la santé publique* (pp.23-46). Paris: Éditions Balland.

Drulhe, M. (1996). *Santé et Société. Le façonnement sociétal de la santé*. Paris: PUF.

Durrive, L. (1999). Accompagner et former en situation de travail: une approche ergologique. *Education Permanente*, 139, 199-218.

ESTEVE (1990, 1995). *ESTEVE - Enquête Santé, Travail & Vieillesse*. France: Mutualité Française.

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.

Faita, D., & Schwartz, Y. (1995). Temporalités, sens et valeurs. *Performances Humaines et Techniques*, n° hors série, 69-73.

Falzon, P., & Teiger, C. (1995). *Construire l'activité*. Communication présentée au Séminaire DESUP/DESS, Paris, France, mai-juin.

Faria, M. (1994). O exercício da Medicina do Trabalho em Portugal: Problemas e Tendências. *Actas do III Congresso de Medicina do Trabalho*. Póvoa do Varzim: Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Faverge, J-M. (1966). L'analyse du travail en terme de régulation. In J-M. Faverge, M. Olivier, J. Delahaut, P. Stephaneck & J-C. Falmagne. (Eds.), *L'ergonomie du processus industriels* (pp. 33-60). Bruxelles: Éditions de l'Institut de Sociologie.

Faverge, J-M. (1967a). *Recherche dans les charbonnages français*. Luxembourg : Collection d'études de physiologie et de psychologie du travail, n° 3.

Faverge, J-M. (1967b). *Psychosociologie des accidents du travail*. Paris: PUF.

- Faverge, J-M. (1967c). Traits de personnalité en relation avec l'accident. In CECA, *Les facteurs humains et la sécurité* (pp. 83-94). Luxembourg: Études de Physiologie et de Psychologie du Travail, nº 1.
- Faverge, J-M., Olivier, M., Delahaut, J., Stephaneck, P., & Falmagne, J-C. (1966) *L'ergonomie du processus industriels*. Bruxelles: Éditions de l'Institut de Sociologie.
- FESETE (1999). *Formação e Requalificação das Mulheres no Sector do Vestuário*. Lisboa : Ministério do Trabalho e da Solidariedade.
- Flageul-Caroly, S. (2001). *Régulations individuelles et collectives de situation critiques dans un secteur de service : le guichet de la Poste*. Thèse de Doctorat, École Pratiques de Hautes Études, Paris.
- Gaudin, J.-P. (2002). *Pourquoi la Gouvernance?* Paris: Presses de Sciences Po.
- Geertz, C. (1999). *Savoir local, savoir global. Les lieux du savoir*. (D. Paulme, Trad.). Paris: PUF. (Obra original publicada em 1983).
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (1993). *O Inquérito. Teoria e Prática*. Oeiras: Celta Editora.
- Giddens, A. (1996). *Novas regras do método sociológico*. Lisboa: Gradiva.
- Gilly, J-P., & Pecqueur, B. (1995). La dimension locale de la régulation. In R. Boyer & Y. Saillard (Dir.), *Théorie de la régulation. L'état des savoirs* (pp.304-312). Paris: La Découverte.
- Goguelin, P. (1996). *La prévention des risques professionnels*. Paris: PUF.
- Goldberg, M. (1995). *L'épidémiologie sans peine*. Paris: Frison-Roche.
- Gollac, M. & Volkoff, S. (2000). *Les conditions de travail*. Paris: Éditions La Découverte.
- Graça, L. (2002a). *A autopercepção do estado de saúde da população trabalhadora* [versão electrónica]. Retirado em 5 de Novembro de 2002, de <http://www.terravista.pt/meco/5531/textos150.html>

Graça, L. (2002b). *Baixa por doença e incapacidade temporária para o trabalho* [versão electrónica]. Retirado em 5 de Novembro de 2002, de <http://www.terravista.pt/meco/5531/textos151.html>

Grácio, S. (1986). *Política Educativa como Tecnologia Social. As reformas do ensino técnico de 1948 e 1983*. Lisboa : Livros Horizonte.

Grisez, J. (1982). « Dites-moi ce qu'il est important de chercher » *Le Travail Humain*, 45, 1, 73-77.

Grönkvist, L., & Lagerlöf, E. (1999). Santé et travail chez les femmes européennes. In K. Messing (Dir.), *Comprendre le travail des femmes pour le transformer* (pp. 35-51). Bruxelles: BTS.

Guélaud, F., Beauchesne, M-N., Gautrat, J., & Roustang, G. (1975). *Pour une analyse des conditions du travail ouvrier dans l'entreprise*. Paris: Librairie Armand Colin.

Guérin, F., Laville, A., Daniellou, F., Duraffoug, J., & Kerguelen, A. (1991). *Comprendre le travail pour le transformer - La pratique de l'ergonomie*. Paris: Anact.

Hall, P-A., & Soskice, D. (2001). *Varieties of Capitalism. The Institutional Foundations of Comparative Advantage*. Oxford: Oxford University Press.

Hirata, H. & Senotier, D. (1996). *Femmes et partage au travail*. Paris: Syros.

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

Houyoux, A. (1982). La psychologie: une attitude, *Le Travail Humain*, 45, 1, 79-83.

Hubault, F. (1995). *A quoi sert l'analyse de l'activité en ergonomie?* Communication présentée au séminaire DESUP/DESS. Paris, France, mai-juin.

Huez, D. (1998). L'évolution des risques professionnels. In J. Kergoat, J. Boutet, H. Jacot, & D. Linhart (Dir.), *Le monde du travail* (pp. 214-221). Paris: La Découverte.

Huteau, M. (1996). L'École française de psychotechnique 1900-1940. In Y. Clot (Dir.), *Les histoires de la psychologie du travail: approche pluridisciplinaire* (pp.29-46). Toulouse: Éditions Octares.

IDICT (1998). *Sector Têxtil – caracterização sócio-económica*. Lisboa: Instituto de Desenvolvimento e Inspeção das Condições de Trabalho.

IDICT (1999). Que futuro para o sector têxtil? *Jornal da Campanha Têxtil: melhores condições de trabalho*, 1, 1-4.

Igonet, G. & Andol, M. (2003). *Rapport d'activité 2003 de l'Association pour la prise en Charge des Maladies Eliminables*. Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville.

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

IIES (2003a). *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.

IIES (2003b). *Dados estatísticos relativos à surdez profissional: pensionistas com incapacidade permanente de 1990/2000*. 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 da surdez profissional por sexo e por grupos etários relativa aos anos de 1990 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/prodserv/quadros/mostra\\_quadro.asp](http://www.ine.pt/prodserv/quadros/mostra_quadro.asp)

INFOLINE (2003). *Retrato Territorial* [versão electrónica]. Retirado em 22 de Julho de 2003, de <http://www.ine.pt/prodserv/retrato/retrato.asp?nomenclatura=1&R1=V1>

INOFOR (2000). *A Indústria Têxtil em Portugal*. Lisboa: INOFOR

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, 91-93.

Jornal Oficial das Comunidades Europeias (1989). Directiva do Conselho, de 12 de Junho de 1989, relativa à aplicação de medidas destinadas a promover a melhoria da segurança e da saúde dos trabalhadores no trabalho (Directiva-Quadro 89/391/CEE), L183, 32º ano.

Kergoat, D. (2000). Réagir contre la pénibilité du travail. De la plainte à la revendication. *Santé et Travail*, 31, 34-35.

Krzeslo, E. (1998). *Le Développement de la polyvalence dans les entreprises du textile et de l'habillement. Examen des notions et des pratiques dans le cadre de la négociation collective – Rapport Final*. Bruxelles: Université Libre de Bruxelles – Centre de Sociologie du Travail, de l'Emploi et de la Formation.

Lacomblez, M. (1997). *A psicologia ergonómica: contribuição da psicologia do trabalho num projecto interdisciplinar na acção*. Comunicação apresentada na 1ª Conferência Internacional – Ergonomia, Segurança e Higiene Ocupacionais, Escola de Engenharia, Universidade do Minho, Guimarães, Portugal, Junho.

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

Lacomblez, M. (2001). Analyse du travail et élaboration des programmes de formation professionnelle. *Relations Industrielles*, 56, 3, 501-536.

Lacomblez, M. (2002). *Formation et pratique de la prescription*. Communication présente à SELF. Aix-en-Provence, France, Sep.

Lacomblez, M. (no prelo). *De Faverge à Vergnaud : entre variabilité et invariants dans le développement de l'activité*. Communication présenté, en 2004, au colloque International: Les processus de conceptualisation en débat: hommage à Gérard Vergnaud. Paris, France, Jan.

Lacomblez, M., & Freitas, I. (1992). Espoirs et désillusions de la formation au Portugal. *Formation et Emploi*, 37, 3-13.

Lacomblez, M., Stroobants, M., & Vanheerswynghels, A. (1988). Technologie et emploi: remarques méthodologiques sur l'appréhension des changements dans les entreprises. *Critique régionale*, 16, 21-32.

L'Année de la régulation. (2002). *Revue L'Année de la régulation. Économie, Institutions, Pouvoirs*. Collectif, n° 6, 2002-2003, Paris: Presses de Sciences Po.

Laville, A. (1989). Vieillesse et travail. *Le Travail Humain*, 52, 1, 3-20.

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.

Laville, A., Teiger, C., & Wisner, A. (1975). *Âge et contraintes de travail: aspects sociologiques, psychologiques, physiologiques*. Jouy-en-Josas: N.E.B. Éditions Scientifiques.

Le Galès, P., & Palier, B. (2002). Introduction: L'économie politique en débat. *Révue de L'Année de la régulation*, 6, 17-45.

Le Moigne, J.-L. (1995). *Les Épistémologies Constructivistes*. Paris: PUF.

Leclerc, A., Landre, M-F, Chastang, J-F, & Niedhammer, I. (2001). Age et troubles du membre supérieur dans le travail répétitif. Résultats issus de l'enquête nationale ANACT-INSERM. In B. Cassou, C. Buisset, D. Brugère, P. Davezies, F. Derriennic, G. Desplanques, A. Laville, J-C. Marquié, A. Touranchet & S. Volkoff (Eds.), *Travail, Santé, Vieillesse: relations et évolutions* (pp.69-80). Toulouse: Éditions Octarès.

Leplat, J. (1975). La charge de travail dans la régulation de l'activité: quelques applications pour les opérateurs vieillissants. In A. Laville, C. Teiger & A. Wisner (Eds.), *Âge et contraintes de travail: aspects sociologiques, psychologiques, physiologiques* (pp.209-223). Jouy-en-Josas: N.E.B. Éditions Scientifiques.

Leplat, J. (1992). L'analyse psychologique du travail. In J. Leplat (Coord.). *L'analyse du travail en psychologie ergonomique*. (Tome 1). (pp. 23-39). Toulouse: Octares Éditions. (Obra original publicada em 1986).

Leplat, J. (1997). *Regard sur l'activité en situation de travail: contribution à la psychologie ergonomique*. Paris: PUF.

Leplat, J., & Cuny, X. (1977). *Introdução à psicologia do trabalho*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Lopes, M. & Perista, H. (1999). *Práticas laborais e igualdade de oportunidades: banca, têxteis, vestuário e calçado*. Lisboa: DEPP/CIDES.

Maggi, B. (1996a). Analisi e progettazioni del lavoro per la tutela della salute. L'orientamento innovativo del D.L.G.S. 626/94. *Sociologia del Diritto*, 2, 5-39.

Maggi, B. (1996b). La régulation du processus d'action de travail. In P. Cazamian, F. Hubault & M. Noulin (Dir.), *Traité d'ergonomie* (pp.637-662). Toulouse : Éditions Octarès.

Marquié, J-C. (1995). Changements cognitifs, contraintes de travail et expérience: les marges de manœuvre du travailleur vieillissant. In J-C. Marquié, D. Paumès & S. Volkoff (Dir.), *Le travail au fil de l'âge* (pp.211-244). Toulouse: Les Éditions Octarès.

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.

Marquié, J-C., Niezborala, M., & Delgoulet, C. (2001). Quelques composantes psychiques et cognitives de la relation âge, travail, santé. In B. Cassou, C. Buisset, D. Brugère, P. Davezies, F. Derriennic, G. Desplanques, A. Laville, J-C. Marquié, A. Touranchet & S. Volkoff (Eds.), *Travail, Santé, Vieillesse : relations et évolutions* (pp.167-175). Toulouse: Éditions Octarès.

Marquié, J-C., Paumès, D., & Volkoff, S. (1995). *Le travail au fil de l'âge*. Toulouse: Éditions Octares.

Marquié, J-C.; Paumès, D. & Volkoff, S. (1998). *Working with age*. London: Taylor & Francis.

Marquié, J-C. & Volkoff, S. (2000). *Travail, santé et vieillissement*. Seminário apresentado na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto, Portugal, Jun.

Menezes, I. (2003). Participation Experiences and Civic Concepts, Attitudes and Engagement: implications for citizenship educations projects. *European Educational Research Journal*, 2, 3, 430-445.

Messing, K. (1999). *Comprendre le travail des femmes pour le transformer*. Bruxelles: BTS.

Ministério do Emprego e da Segurança Social (1991). Decreto-Lei nº 441/91: Estabelece o regime jurídico do enquadramento da segurança, higiene e saúde no trabalho, de 14 de Novembro. *Diário da República Série I-A*, 262, 5826-5833.

Ministério da Saúde (1990). *Lei de Bases da Saúde* [versão electrónica]. Retirado em 26 de Março de 2003, de <http://www.min-saude.pt/apresentacao/index.asp?Ramo=1132&RamoPai=0&Nivel=1>

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

Ministério da Saúde (1999b). *Decreto-Lei nº 156/99: Estabelece o regime dos sistemas locais de saúde*, de 10 de Maio. *Diário da República Série I-A*, 108, 2421-2424.

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](http://www.dgsaude.pt/biblos/relat_dgs_2002.pdf)

Ministério do Trabalho e da Solidariedade (1999). Decreto-Lei nº 133/99: Altera o Decreto-Lei nº 441/91, de 14 de Novembro, relativo aos princípios da prevenção de riscos profissionais, para assegurar a transposição de algumas regras da directiva quadro relativa à segurança e saúde dos trabalhadores nos locais de trabalho, de 21 de Abril. *Diário da República Série I-A*, 93, 2117-2119.

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

Ministério do Trabalho e da Solidariedade (2002). Decreto-Lei nº 29/2002: Cria o Programa de Adaptação dos Serviços de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho, previstos no Decreto-Lei nº 26/94, de 1 de Fevereiro, alterado pelas Leis n.os 7/95, de 29 de Março, e 118/99, de 11 de Agosto, e pelo Decreto-Lei n.º 109/2000, de 30 de Junho, e define o respectivo regime jurídico, de 14 de Fevereiro. *Diário da República, Série I-A, 38, 1202-1209.*

MiRe-DREES, DARES & La Poste (2003). *Appel a projets de recherche en «Santé et Travail»*. Paris: Direction de la Recherche, des Études, de l'Evaluation et des Statistiques.

Molinié, A-F. (2000). Contraintes de travail. Sexe faible? *Santé et Travail, 31, 24-25.*

Molinié, A-F. (2001). Introduction. In B. Cassou, C. Buisset, D. Brugère, P. Davezies, F. Derriennic, G. Desplanques, A. Laville, J-C. Marquié, A. Touranchet & S. Volkoff (Eds.), *Travail, Santé, Vieillessement : relations et évolutions* (pp.13-29). Toulouse: Éditions Octarès.

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

Mollard, A. (1995). L'agriculture entre régulation globale et sectorielle. In R. Boyer & Y. Saillard (Dir.), *Théorie de la régulation. L'état des savoirs* (pp. 332-340). Paris: Éditions La Découverte.

Monfort, C., Cassou, B., Norton, J., & Derriennic, F. (2001). Conditions de travail et évolution des douleurs musculosquelettiques chroniques du cou et des épaules – ESTEV analyse longitudinal 1990-1995. In B. Cassou, C. Buisset, D. Brugère, P. Davezies, F. Derriennic, G. Desplanques, A. Laville, J-C. Marquié, A. Touranchet & S. Volkoff (Eds.), *Travail, Santé, Vieillessement : relations et évolutions* (pp. 13-29). Toulouse: Éditions Octarès.

- Noulin, M. (1992). *Ergonomie*. Paris: Techniplus.
- Noulin, M. (1995). *Analyser l'activité et/ou comprendre le travail*. Communication présentée au séminaire DESUP/DESS. Paris, France, 29 mai-2 juin.
- Observatório Nacional de Saúde (2001). *Inquérito Nacional de Saúde 1998/1999. Continente. Dados Gerais*. Lisboa: INSA.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2002). *Relatório de Primavera de 2002: O estado da Saúde e a saúde do Estado*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Ochanine, D-A. (1992). The operative image of controlled object in "m-automatic machine systems. In J. Leplat (Coord.). *L'analyse du travail en psychologie ergonomique*. (Tome 1). (pp. 99-105). Toulouse: Octares Éditions. (Obra original publicada em 1966).
- Oddone, I. (2000). *Psychologie et organisation de la santé*. Texto apresentado no âmbito do seminário em "Métodos em Psicologia do Trabalho", 10 e 11 de Novembro de 2000. Porto: FPCEUP.
- Oddone, I., Re, A., & Briante, G. (1981). *Redécouvrir l'expérience ouvrière. Vers une autre psychologie du travail?* Paris: Messidor/Éditions Sociales.
- Oliveira Marques, A.H. (1986). *História de Portugal: das revoluções liberais aos nossos dias*. (vol. III). Lisboa. Palas Editores.
- Ombredane, A., & Faverge, J.M. (1955). *L'analyse du travail*. Paris: PUF.
- Pacaud, S. (1975). Le travailleur vieillissant : quelques réflexions sur ses difficultés, mais aussi ses facilités d'adaptation au travail. In A. Laville, C. Teiger & A. Wisner (Eds.), *Âge et contraintes de travail: aspects sociologiques, psychologiques, physiologiques* (pp. 116-179). Jouy-en-Josas: N.E.B. Éditions Scientifiques.
- Perrat, J. (2001). *Du rapport salarial à la relation d'emploi locale: les implications d'un changement d'échelle*. Actes du Forum de la Régulation, Paris, França, Oct.
- Pestana, N. (2003). *Trabalhadores mais velhos: políticas públicas e práticas empresariais*. Lisboa: MSST/DGERT.

Piaget, J. (1975). *L'équilibration des structures cognitives. Problème central du développement*. Paris: PUF.

Piaget, J. (2000). *Biologia e conhecimento* (J. Carvalho, Trad.). Porto: Rés Editora. (Obra original publicada em 1967).

Polanyi, K. (1983). *La Grande Transformation: Aux origines politiques et économiques de notre temps* (C. Malamoud, trad.). Paris: Gallimard. (Edição original, 1944).

Pueyo, V. (2003). *Modalités de gestion collective des risques par des équipes de fondateurs en fonction de leur âge et de leur expérience professionnelle*. Manuscrit non publié.

Re, A. (1990). *Psicologia e soggetto esperto. La trasmissione della competenza professionale*. Torino: Tirrenia Stamoatori.

Rodrigues, M-J. (1996). *O sistema de emprego em Portugal: crise e mutações*. (3ª edição). Lisboa: Publicações Dom Quixote.

Saillard, Y. (1995). Globalisation, localisation et spécialisation sectorielle. Que deviennent les régulations nationales? In R. Boyer & Y. Saillard (Dir.), *Théorie de la régulation. L'état des savoirs* (pp. 285-292). Paris: La Découverte.

Santos, C. (1988). Enquadramento conceptual dos cuidados de saúde ocupacional como componente dos cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 30, 6-11.

Schwartz, Y. (1996). Ergonomie, philosophie et exterritorialité. In F. Daniellou (Dir.), *L'ergonomie en quête de ses principes* (pp. 141-182). Toulouse: Octarès.

Schwartz, Y. (2000). *Le paradigme ergologique ou un métier de Philosophe*. Toulouse: Octarès.

Schwartz, Y. (2002). Disciplina Epistémica Disciplina Ergológica. Paideia e Politeia. *Pró-Posições*, 13, 1 (37), 126-149.

Simões, A. & Carvalhais, J. (1997). Les interactions université-entreprise dans une problématique de recherche, intervention et enseignement de l'Ergonomie au

Portugal. *Actes du congrès du XXXI<sup>ème</sup> Congrès SELF- 1997* (pp. 581-589). Lyon: Édition GERRA.

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

Six, B., & Carlin, N. (1993). *Ergonomie et Formation Professionnelle en Alternance - apports de l'auto-analyse ergonomique du travail*. CAEN: Groupe d'Intervention et de Recherche en Ergonomie et Sécurité.

Sperandio, J-C. (1972). Charge de travail et régulation des processus opératoires, *Le Travail Humain*, 35, 11, 85-98.

Sperandio, J-C. (1975). Phénomènes régulatoires associés aux variations de la charge de travail chez les contrôleurs de trafic aérien. In A. Laville, C. Teiger & A. Wisner (Eds.), *Âge et contraintes de travail: aspects sociologiques, psychologiques, physiologiques* (pp. 225-233). Jouy-en-Josas: N.E.B. Éditions Scientifiques.

Teiger, C. (1987). L'organisation temporelle des activités. In C. Lévy-Leboyer & J.C. Sperandio (Eds.), *Traité de Psychologie du Travail* (pp. 659-682). Paris: PUF.

Teiger, C. (1989). Le vieillissement différentiel par et dans le travail: un vieux problème dans un contexte récent. *Le Travail Humain*, 52, 1, 21-56.

Teiger, C. (1993). L'approche ergonomique: du travail humain à l'activité des hommes et des femmes au travail. *Education Permanente*, 116, 3, 71-96.

Teiger, C. (1995). Penser les relations âge/travail au cours du temps. In J-C. Marquié, D. Paumès & S. Volkoff (Dir.), *Le travail au fil de l'âge* (pp. 15-72). Toulouse: Les Éditions Octarès.

Teiger, C., & Frontini, J-M. (1996). Prévoir et prévenir les troubles musculo-squelettiques: de la prescription du comportement à la compréhension de l'activité de travail. *Livro de Comunicações do Congresso Nacional de Saúde Ocupacional, 4º Congresso de Medicina do Trabalho*. Póvoa do Varzim, 6-9 de Outubro.

Teiger, C., Laville, A., Boutin, J., Etxezaharreta, L., Pinsky, L., See, N., & Theureau, J. (1982). *Les Rotativistes. Changer les conditions de travail*. Paris: Anact.

- Tertre, C. (1995a). La dimension sectorielle de la régulation. In R. Boyer & Y. Saillard (Dir.), *Théorie de la régulation. L'état des savoirs* (pp. 313-322). Paris: La Découverte.
- Tertre, C. (1995b). Une approche sectorielle du travail. In R. Boyer & Y. Saillard (Dir.), *Théorie de la régulation. L'état des savoirs* (pp. 323-331). Paris: La Découverte.
- 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, & D. Linhart (Dir.), *Le monde du travail* (pp. 189-197). Paris: La Découverte.
- Thébaud-Mony, A. (2001). L'impact de la précarité et de la flexibilité sur la santé des travailleurs. *Numéro spécial – Bulletin d'Information du Bureau Technique Syndical Européen pour la Santé et la Sécurité, 15/16, 17-24.*
- Torres, C. & 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.
- Totterdill, P. (2001). L'évolution du marché du travail et de l'organisation du travail. *Numéro spécial – Bulletin d'information du Bureau technique syndical Européen pour la santé et la Sécurité, 15/16, 7-16.*
- Vézina, N. (2001). La pratique de l'ergonomie face aux TMS: ouverture à l'interdisciplinarité. *Actes du congrès de la SELF-ACE 2001* (pp. 44-60). Paris: SELF-ACE.
- Vézina, N., Tierney, D., Messing, K. (1992). When is light work heavy?. Components of physical workload of sewing machine operators which may lead to health problems. *Applied Ergonomics, 23, 268-276.*
- Vieira, S. & Araújo, A. (2003). Género, precarização e saúde no trabalho hospitalar. In M-E. Carvalho & M-Z. Pereira (Org.), *Género e Educação: múltiplas faces* (pp. 9-33). João Pessoa: Editora Universitária UFPB.

- Vigarello, G. (2001). *História das práticas de saúde: a saúde e a doença desde a Idade Média*. (L. F. Sarmento, Trad.). Lisboa: Editorial Notícias. (Obra original publicada em 1993).
- VISAT (1994). *Project VISAT: Étude longitudinale sur la relation Vieillesse, Santé, & Astreintes de Travail*. Toulouse : CNRS.
- VISAT (1996, 2001). *Enquête VISAT – Vieillesse, Santé, Travail*. Midi-Pyrénées: CRAM.
- Vogel, L. (1997). Droit du travail et précarisation des droits dans les États de l'Union Européenne. In B. Appay, & A. Thébaud-Mony (Dir.), *Précarisation sociale, travail et santé* (pp.111-141). Paris: IRESCO – CNSR - INSERM.
- 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* (pp. 9-33). Bruxelles: BTS.
- 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, 3-5.
- Volkoff, S. (1989). Le travail après 50 ans: quelques chiffres et plusieurs inquiétudes. *Le travail Humain*, 52, 2, 97-116.
- Volkoff, S. (1998). Représentativité, significativité, causalité: l'ergonomie au contact des méthodes épidémiologiques. In M-F. Dessaigne & I. Gaillard (Eds.), *Des évolutions en ergonomie...* (pp. 225-236). Toulouse: Éditions Octares.
- 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., Laville, A., & Maillard, M-C. (1996). Âge et travail : contraintes, sélection et difficultés chez les 40-45 ans. In F. Derriennic, A. Touranchet & S. Volkoff (Eds.), *Âge, travail, santé. Études sur les salariés âgés de 37 à 52 ans. Enquête ESTEV 1990* (pp. 57-75). Paris: INSERM.

Volkoff, S., Molinié, A-F., & Jolivet, A. (2000). *Efficaces à tout âge? Vieillesse démographique et activités de travail*. Paris: Dossier du Centre d'Études de l'Emploi n° 16.

Volkoff, S., & Thébaud-Mony, A. (2000). Santé au travail: l'inégalité des parcours. In A. Leclerc, D. Fassin, H. Grandjean, M. Kaminski & T. Lang (Eds.), *Les inégalités sociales de santé* (pp. 349-361). Paris : Les éditions La Découverte.

Volkoff, S., Touranchet, A., & 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* (pp. 121-129). Toulouse: Éditions Octares.

Wisner, A. (1975). Les phénomènes biologiques de vieillissement et les capacités des travailleurs de 40-50 ans. In A. Laville, C. Teiger & A. Wisner (Eds.), *Âge et contraintes de travail: aspects sociologiques, psychologiques, physiologiques* (pp. 47-75). Jouy-en-Josas: N.E.B. Éditions Scientifiques.

Wisner, A. (1995). *Réflexions sur l'ergonomie: (1962-1995)*. Toulouse: Octares.



**ANEXOS**

---

**ANEXO 1**

---

## Lista de doenças incluídas em cada tipo de doença profissional

(DETEFP, 2003)

<b>Grande Grupo</b>	<b>Doenças</b>
Tensões psicológica	Stress Problemas cardíacos
Inalação de produtos nocivos	Problemas de garganta Poeiras nos brônquios Bronquite alérgica Pneumatoses
Síndrome do edifício doente	Asma Sinusite Alergia ao ar condicionado
Alergias implícitas ao exercício da actividade	Alergia nos olhos Manifestações alérgicas das mucosas Rinite alérgica
Problemas auditivos	Surdez Audição fraca Zumbidos / dor
Problemas de visão	Vista fraca / cansada
Lesões traumáticas cumulativas	Tendinites Problemas de coluna Artroses Hérnias Varizes / má circulação Nevrologia



**ANEXO 2**

---

# INQUÉRITO

Saúde, Idade e Trabalho (SIT)

2001

## Activos

Número de anonimato

Médico

Trabalhador

Activo

Série

**Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto**

com o apoio do

**IDICT – Instituto de Desenvolvimento e Inspeção das Condições de Trabalho**

## SIT – Inquérito de Saúde, Idade e Trabalho

Ex.mo. Sr. (a):

Este trabalho insere-se num projecto de investigação apoiado pelo IDICT – Instituto de Desenvolvimento e Inspeção das Condições de Trabalho e visa, fundamentalmente, compreender o modo como as condições de trabalho actuais e passadas podem afectar a saúde dos indivíduos ao longo da sua vida profissional.

Pretende-se que o estudo no qual se encontram a participar permita aceder a dados mais concretos sobre as relações idade – sexo – trabalho no Sector dos Transportes em Portugal, bem como elaborar propostas de melhoria das condições de trabalho, nomeadamente no que respeita à organização do trabalho, tendo em consideração as características físicas e psicológicas dos trabalhadores de diferentes idades e sexos.

A sua participação não é obrigatória mas é essencial para o desenvolvimento do estudo. Assim, ser-lhe-á pedido para responder a um questionário sobre as suas condições de trabalho, o seu estado de saúde e hábitos de vida que será ainda completado por um exame médico a efectuar pelo seu médico do trabalho.

O presente estudo tem por objectivo a obtenção de resultados globais (a partir de uma análise estatística) e não individuais. É ainda de salientar o carácter **CONFIDENCIAL** e **ANÓNIMO** de todas as informações concedidas no âmbito deste estudo. Nenhuma das informações individuais será partilhada fora da equipa de investigação e em nenhum caso será comunicada a terceiros ou mesmo à empresa. O tratamento dos dados será efectuado sob anonimato, impossibilitando a identificação quer do trabalhador quer da empresa.

Agradecendo, desde já, a sua preciosa disponibilidade e colaboração, indispensáveis para o sucesso do projecto, apresentamos os nossos melhores cumprimentos,

A equipa de investigação



# QUESTIONÁRIO

## I – Características gerais e profissionais

2001

# Activos

Número de anonimato

Médico

Trabalhador

Activo

Série

---

Data:    20

Hora de Início:   h   m

É importante que todas estas questões sejam respondidas (mesmo que pareçam não dizer respeito ao trabalhador), e o mais rigorosamente possível.

Actividade económica principal  
da ENTIDADE EMPREGADORA: Código CAE \_\_\_\_\_

Caso não conheça o código CAE, qual a actividade económica da entidade empregadora:

1. Sexo: Masculino 

	1
--	---

 Ano de Nascimento 19 

--	--

 País de Nascimento \_\_\_\_\_  
Feminino 

	2
--	---

2. Se nasceu no estrangeiro, há quantos anos reside em Portugal? 

--	--

 anos

3. Qual é o seu nível de escolaridade? (assinalar apenas uma quadrícula)

Não sabe ler nem escrever  
Inferior à 4ª classe  
4ª classe  
6º ano  
9º ano

	1
	2
	3
	4
	5

11º ano  
12º ano  
Bacharelato  
Licenciatura  
Outras:

	6
	7
	8
	9
Qual? _____	

4. Que idade tinha quando começou a trabalhar? 

--	--

 anos  
(incluindo o período de aprendizagem numa empresa ou trabalho no campo mas não o trabalho durante as férias)

5. Desde o seu primeiro emprego, durante quantos anos interrompeu o seu trabalho e porque razão?  
(nº de anos: arredondar o quanto possível; coloque 00 se não lhe diz respeito)

Devido a:

- a) Doença prolongada ou acidente
- b) Procura de emprego, desemprego
- c) Encargos familiares
- d) Serviço militar
- e) Estudos
- f) Outros
- e) TOTAL

		anos

6. Durante quantos anos trabalhou a tempo parcial ou intermitentemente? 

		anos
--	--	------

  
6 i. Se sim, foi por sua escolha e vontade? 

	1	Sim
	2	Não

7. Durante quantos anos trabalhou a tempo inteiro? 

		anos
--	--	------

8. Durante quantos anos efectuou trabalhos temporários?  
(excluir o período de estudo) 

		anos
--	--	------

9. Quantos empregos diferentes já teve? nº    
(excluir as experiências profissionais enquanto estudante e os trabalhos temporários)

10. Qual é actualmente a sua profissão principal? Código CNP  
  
Não escrever no quadro

(Indicar a profissão realmente exercida com a maior precisão possível: por exemplo, electricista de construção civil, engenheiro químico, desenhador de esquemas eléctricos, operadora de auto-serviço, escriturário de contabilidade, etc)

11. Quantas pessoas trabalham aproximadamente na sua empresa? Menos de 10   1  
De 10 a 49   2  
De 50 a 299   3  
300 e mais   4

12. Há quantos anos trabalha no seu emprego actual? nº

12i Qual a sua situação laboral? 1  
2  
3  
4  
5  
6  
7

Sem termo	<input type="text"/>
A termo	<input type="text"/>
Trabalho temporário	<input type="text"/>
Trabalho sazonal	<input type="text"/>
Profissional liberal	<input type="text"/>
Estágio profissional	<input type="text"/>
Outra: Qual? _____	<input type="text"/>

13. O seu emprego é no sector público (ou equiparado)? Sim   1  
Não   2  
(Estado, autarquias, empresas públicas, hospitais)

13i Tem outra actividade que lhe permita completar a remuneração da sua profissão principal? Sim   1  
Não   2

13ii Se sim, qual o sector de actividade? Código CAE  
  
Não escrever no quadro

14. Que profissão desempenhou durante mais tempo? Código CNP  
  
Não escrever no quadro  
(caso não seja a mesma que tem actualmente)

15. Qual o sector de actividade em que trabalhou durante mais tempo? Código CAE  
  
Não escrever no quadro  
(caso não seja a mesma que tem actualmente)

16. Habitualmente quantas horas trabalha por semana, na realidade? Nº de horas

- |     |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |
|-----|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|
| 17. | Utiliza, actualmente, computador ou écran no seu trabalho?<br>(computador pessoal ou terminal)          | Nunca<br>Menos de 1 hora por dia, em média<br>Entre 1 e 2 horas por dia, em média<br>Mais de 2 horas por dia, em média | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;">1</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;">2</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;">3</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;">4</td></tr> </table> |  | 1 |  | 2 |  | 3 |  | 4 |
|     | 1   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |
|     | 2   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |
|     | 3   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |
|     | 4   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |
| 18. | Durante os últimos 5 anos, frequentou algum curso de formação profissional (de curta ou longa duração)? | Sim<br>Não   | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;">1</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;">2</td></tr> </table>   |  | 1 |  | 2 |  |   |  |   |
|     | 1   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |
|     | 2   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |
| 19. | Se SIM, qual a duração no total dos cursos de formação que frequentou:                                  | Menos de 1 mês (ou equivalente)<br>Um mês ou mais (ou equivalente)   | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;">1</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;">2</td></tr> </table>   |  | 1 |  | 2 |  |   |  |   |
|     | 1   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |
|     | 2   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |

**20. Descreva as características do seu trabalho, no conjunto de todas as actividades profissionais, actuais e passadas.**

**a) Duração da semana de trabalho frequentemente superior a 48 horas**  
(no mínimo 20 semanas por ano – cerca de 6 meses)

- |                                       |   |   |   |                                 |  |  |
|---------------------------------------|---|---|---|---------------------------------|--|--|
| * Sim, actualmente                    | 1 | } | ⇒ | No total, durante quantos anos? |  |  |
| * Não actualmente, mas sim no passado | 2 |   |   |                                 |  |  |
| * Nunca                               | 3 |   |   |                                 |  |  |

**bi) Trabalho por turnos em horários rotativos (por equipas, brigadas...)**

- |                                       |   |   |   |                                 |  |  |
|---------------------------------------|---|---|---|---------------------------------|--|--|
| * Sim, actualmente                    | 1 | } | ⇒ | No total, durante quantos anos? |  |  |
| * Não actualmente, mas sim no passado | 2 |   |   |                                 |  |  |
| * Nunca                               | 3 |   |   |                                 |  |  |

Se assinalou a resposta 2 (“Não, actualmente mas sim no passado): indique por favor há quantos anos tal não acontece.	nº de anos:		
Se assinalou a resposta 1 ou 2 (“Sim, actualmente” ou “Não, actualmente mas sim no passado): Qual o tipo de rotação praticada?			

Semanal	1	Qual? _____
Quinzenal	2	
Outro	3	

**bii) Trabalho por turnos em horários fixos**

- |                                       |   |   |   |                                 |  |  |
|---------------------------------------|---|---|---|---------------------------------|--|--|
| * Sim, actualmente                    | 1 | } | ⇒ | No total, durante quantos anos? |  |  |
| * Não actualmente, mas sim no passado | 2 |   |   |                                 |  |  |
| * Nunca                               | 3 |   |   |                                 |  |  |

**c) Horários de trabalho e tempo de trajecto para o trabalho que obrigam frequentemente a deitar-se depois da meia-noite** (no mínimo 50 dias por ano)

\* Sim, actualmente  1

\* Não actualmente, mas sim no passado  2

\* Nunca  3

Se assinalou a resposta 2 ("Não actualmente, mas sim no passado") indique por favor há quantos anos tal não acontece. n° de anos:

No total, durante quantos anos?

**d) Horários de trabalho e tempo de trajecto para o trabalho que obrigam frequentemente a levantar-se antes das 5 horas da manhã** (no mínimo 50 dias por ano)

\* Sim, actualmente  1

\* Não actualmente, mas sim no passado  2

\* Nunca  3

Se assinalou a resposta 2 ("Não actualmente, mas sim no passado") indique por favor há quantos anos tal não acontece. n° de anos:

No total, durante quantos anos?

**e) Horários de trabalho e tempo de trajecto para o trabalho que o(a) impedem frequentemente de dormir durante a noite** (no mínimo 50 dias por ano)

\* Sim, actualmente  1

\* Não actualmente mas sim no passado  2

\* Nunca  3

Se assinalou a resposta 2 ("Não actualmente, mas sim no passado") indique por favor há quantos anos tal não acontece. n° de anos:

No total, durante quantos anos?

**f) Outras formas de horários irregulares, parcelares ou diferenciados**  
(ex. empregadas de supermercado, empregadas de limpeza...)

\* Sim, actualmente  1

\* Não actualmente mas sim no passado  2

\* Nunca  3

Se assinalou a resposta 2 ("Não actualmente, mas sim no passado") indique por favor há quantos anos tal não acontece. n° de anos:

No total, durante quantos anos?

**g) Trabalho repetitivo com constrangimento de tempo** (trabalho em cadeia, produto ou peça que se desloca, trabalho em máquina de cadência automática, ritmo imposto por normas de produção rigorosas...)

- \* Sim, actualmente   1 }  No total, durante quantos anos?
- \* Não actualmente, mas sim no passado   2 }
- \* Nunca   3

**h) Remuneração conforme a produção** (ou à tarefa, à peça...)

- \* Sim, actualmente   1 }  No total, durante quantos anos?
- \* Não actualmente mas sim no passado   2 }
- \* Nunca   3

**i) Remuneração de acordo com os objectivos** (à comissão, à percentagem...)

- \* Sim, actualmente   1 }  No total, durante quantos anos?
- \* Não actualmente mas sim no passado   2 }
- \* Nunca   3

**j) Trabalho que obriga a posturas penosas ou cansativas** (de pé, curvado, braços no ar)

- \* Sim, actualmente   1 }  No total, durante quantos anos?
- \* Não actualmente mas sim no passado   2 }
- \* Nunca   3

**k) Trabalho que obriga a carregar cargas pesadas ou a esforços físicos intensos**

- \* Sim, actualmente   1 }  No total, durante quantos anos?
- \* Não actualmente mas sim no passado   2 }
- \* Nunca   3

**l) Barulho intenso** (de tal forma que impede de ouvir uma pessoa colocada a 2 ou 3 metros, mesmo que ela grite)

- \* Sim, actualmente   1 }  No total, durante quantos anos?
- \* Não actualmente mas sim no passado   2 }
- \* Nunca   3

**m) Exposição frequente ao calor excessivo ou ao frio intenso** (por exemplo: de forma contínua ou durante certos períodos de tempo todos os dias ou ainda várias semanas durante o ano etc...)

- \* Sim, actualmente   1 }  
\* Não actualmente mas sim no passado   2 } ⇒ No total, durante quantos anos?    
\* Nunca   3

**n) Exposição frequente ao mau tempo** (vento, chuva, neve...Trata-se de uma exposição directa devida ao trabalho ao ar livre)

- \* Sim, actualmente   1 }  
\* Não actualmente mas sim no passado   2 } ⇒ No total, durante quantos anos?    
\* Nunca   3

**o) Exposição a poeiras e gases**

- \* Sim, actualmente   1 }  
\* Não actualmente mas sim no passado   2 } ⇒ No total, durante quantos anos?    
\* Nunca   3

**p) Exposição à acção de micróbios ou outros agentes infecciosos**

- \* Sim, actualmente   1 }  
\* Não actualmente mas sim no passado   2 } ⇒ No total, durante quantos anos?    
\* Nunca   3

**q) Exposição à acção de solventes orgânicos ou hidrocarbonetos** (ex. benzeno ou trichlo, gasolina, tinta...)

- \* Sim, actualmente   1 }  
\* Não actualmente mas sim no passado   2 } ⇒ No total, durante quantos anos?    
\* Nunca   3

**r) Exposição à acção de outros produtos químicos** (pesticidas, ...)

- \* Sim, actualmente   1 }  
\* Não actualmente mas sim no passado   2 } ⇒ No total, durante quantos anos?    
\* Nunca   3

**21. Diria que o seu trabalho actual possui as seguintes características:  
(Trata-se do seu trabalho actual)**

- |  |                     |                          |   |
|--|---------------------|--------------------------|---|
| a) O seu trabalho actual foi uma escolha sua   | Sim, inteiramente   | <input type="checkbox"/> | 1 |
|  | Sim, de certa forma | <input type="checkbox"/> | 2 |
|  | Não completamente   | <input type="checkbox"/> | 3 |
|  | Não, nada           | <input type="checkbox"/> | 4 |
| b) O seu trabalho permite-lhe aprender coisas novas  | Sim, sem dúvida     | <input type="checkbox"/> | 1 |
|  | Sim, algumas        | <input type="checkbox"/> | 2 |
|  | Nem por isso        | <input type="checkbox"/> | 3 |
|  | Não, nada           | <input type="checkbox"/> | 4 |
| c) O seu trabalho é variado (permite-lhe utilizar uma grande parte das suas capacidades)   | Sim, muito          | <input type="checkbox"/> | 1 |
|  | Sim, um pouco       | <input type="checkbox"/> | 2 |
|  | Não muito           | <input type="checkbox"/> | 3 |
|  | Não, nada           | <input type="checkbox"/> | 4 |
| d) A maneira como trabalha é escolhida por si  | Sim, completamente  | <input type="checkbox"/> | 1 |
|  | Sim, de certa forma | <input type="checkbox"/> | 2 |
|  | Não completamente   | <input type="checkbox"/> | 3 |
|  | De forma nenhuma    | <input type="checkbox"/> | 4 |
| e) Os meios de que dispõe (matérias-primas, informações, tempo...) permitem-lhe executar um trabalho de boa qualidade?                   | Sim, inteiramente   | <input type="checkbox"/> | 1 |
|  | Sim, em parte       | <input type="checkbox"/> | 2 |
|  | Não completamente   | <input type="checkbox"/> | 3 |
|  | Não, nada           | <input type="checkbox"/> | 4 |
| f) Acha satisfatório o nível de responsabilidades que lhe é atribuído?   | Sim, inteiramente   | <input type="checkbox"/> | 1 |
|  | Sim, em parte       | <input type="checkbox"/> | 2 |
|  | Não completamente   | <input type="checkbox"/> | 3 |
|  | Não, nada           | <input type="checkbox"/> | 4 |
| f2) Se respondeu <b>NÃO</b> (resposta 3 ou 4), é porque sente que estas responsabilidades são:   | Insuficientes       | <input type="checkbox"/> | 1 |
|  | Excessivas          | <input type="checkbox"/> | 2 |
| g) Acha que seria possível actualmente (se o desejasse ou se as circunstâncias a isso obrigassem) <u>mudar de função na sua empresa?</u> | Sim, sem dúvida     | <input type="checkbox"/> | 1 |
|  | Sim, talvez         | <input type="checkbox"/> | 2 |
|  | Não, provavelmente  | <input type="checkbox"/> | 3 |
|  | Não, certamente     | <input type="checkbox"/> | 4 |
| g2) Se respondeu <b>SIM</b> (resposta 1 ou 2), ser-lhe-ia possível conseguir um trabalho: (qualificação, salário, condições de trabalho) | De nível superior   | <input type="checkbox"/> | 1 |
|  | Do mesmo nível      | <input type="checkbox"/> | 2 |
|  | De nível inferior   | <input type="checkbox"/> | 3 |

<b>h)</b>	Acha que seria possível actualmente (se o desejasse ou se as circunstâncias a isso obrigassem) <u>conseguir um emprego numa outra empresa?</u>	Sim, sem dúvida Sim, talvez Não, provavelmente Não, certamente	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
<b>h2)</b>	Se respondeu SIM (resposta 1 ou 2), ser-lhe-ia possível, encontrar um emprego (qualificação, salário, condições de trabalho):	De nível superior Do mesmo nível De nível inferior	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
<b>i)</b>	Sente-se capaz de continuar a executar o seu trabalho actual até à reforma?	Sim, sem dúvida Sim, talvez Nem por isso Não, de forma alguma	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
<b>j)</b>	Gostaria de continuar a executar o seu trabalho actual até à reforma?	Sim, muito Sim, talvez Nem por isso Não, de forma alguma	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
<b>k)</b>	No seu horário de trabalho existe alguma flexibilidade?	Sim, muita Sim, alguma Não muita Não, nenhuma	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
<b>ki)</b>	Se sim, é-lhe vantajoso?	Sim, muito Sim, de alguma maneira Não muito Não, de forma alguma	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
<b>l)</b>	É-lhe permitido escolher os momentos em que faz as suas pausas no trabalho?	Sim, sempre Sim, quase sempre Não, quase nunca Não, nunca	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
<b>li)</b>	No seu trabalho actual, é frequente a necessidade de inter-ajuda entre colegas?	Sim, muito Sim, moderadamente Não, nem por isso Não, nada	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
<b>m)</b>	Sente que, de forma geral, o seu trabalho é reconhecido no seu meio profissional?	Sim, muito Sim, moderadamente Não, nem por isso Não, nada	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
<b>n)</b>	Acha que a sua opinião é tida em consideração para o funcionamento do seu serviço (ou oficina) (por exemplo, quando há mudanças)?	Sim, sempre Sim, quase sempre Não, quase nunca Não, nunca	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

- o)** Sente que a sua experiência de trabalho lhe dá vantagens, no exercício do seu trabalho, face aos colegas mais novos?
- Sim, muito  
Sim, um pouco  
Não, nem por isso  
Não, nada
- |  |   |
|--|---|
|  | 1 |
|  | 2 |
|  | 3 |
|  | 4 |
- p)** No seu trabalho tem oportunidade de ensinar os colegas mais novos?
- Sim, muitas vezes  
Sim, às vezes  
Não, raramente  
Não, nunca
- |  |   |
|--|---|
|  | 1 |
|  | 2 |
|  | 3 |
|  | 4 |
- q)** Pensa que, nos próximos anos, poderá:
- q1)** Desenvolver as suas competências
- Sim, sem dúvida  
Sim, provavelmente  
Não, provavelmente  
Não, certamente
- |  |   |
|--|---|
|  | 1 |
|  | 2 |
|  | 3 |
|  | 4 |
- q2)** Progredir na sua carreira
- Sim, sem dúvida  
Sim, provavelmente  
Não, provavelmente  
Não, certamente
- |  |   |
|--|---|
|  | 1 |
|  | 2 |
|  | 3 |
|  | 4 |
- q3)** Ver o seu trabalho ser mais reconhecido na empresa
- Sim, sem dúvida  
Sim, provavelmente  
Não, provavelmente  
Não, certamente
- |  |   |
|--|---|
|  | 1 |
|  | 2 |
|  | 3 |
|  | 4 |
- r)** Já teve o sentimento, em alguns momentos da sua carreira profissional, de ter que recomeçar do zero, porque os seus conhecimentos anteriores se tornaram inúteis na sua nova actividade?
- Nunca  
Uma vez  
Duas vezes  
Mais de duas vezes
- |  |   |
|--|---|
|  | 1 |
|  | 2 |
|  | 3 |
|  | 4 |
- s)** Quando se compara com os seus pais (ou tutores), acha que a sua situação profissional é:
- Muito melhor  
Mais ou menos igual  
Um pouco pior  
Muito pior
- |  |   |
|--|---|
|  | 1 |
|  | 2 |
|  | 3 |
|  | 4 |
- si)** Se os tiver, gostava que os seus filhos, realizassem o seu trabalho:
- Sim  
Não
- |  |   |
|--|---|
|  | 1 |
|  | 2 |
- t)** No geral, como é que avalia o seu trabalho?  
(Faça uma cruz no ponto que lhe parece reflectir melhor a sua opinião)

Muito  
Satisfatório

--

Não me satisfaz  
absolutamente nada

## 22. Dificuldades sentidas no trabalho e a sua evolução com a idade

### Atenção

Para cada uma das seguintes afirmações, assinale se esse aspecto da vida profissional lhe diz respeito (assinale SIM), ou não lhe diz respeito (assinale NÃO)

- |  |  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |
|--|--|--|---|--|---|--|---|---|--|--|---|--|---|--|---|
| <p><b>a)</b> Fazer grandes esforços físicos, permanecer muito tempo de pé, adoptar ou manter posições desconfortáveis:</p> | <p>Sim <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">3</td></tr></table></p> <p>Não</p> <p>N A</p> |  | 1 |  | 2 |  | 3 | <p><b>j)</b> Detectar detalhes muito pequenos, ler textos pouco legíveis:</p>                             | <p>Sim <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">3</td></tr></table></p> <p>Não</p> <p>N A</p> |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  | 1  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |
|  | 2  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |
|  | 3  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |
|  | 1  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |
|  | 2  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |
|  | 3  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |
| <p><b>b)</b> Trabalhar com barulho:</p>  | <p>Sim <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">3</td></tr></table></p> <p>Não</p> <p>N A</p> |  | 1 |  | 2 |  | 3 | <p><b>k)</b> Não poder desviar o olhar do seu trabalho ou não poder ser interrompido no seu trabalho:</p> | <p>Sim <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">3</td></tr></table></p> <p>Não</p> <p>N A</p> |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  | 1  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |
|  | 2  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |
|  | 3  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |
|  | 1  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |
|  | 2  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |
|  | 3  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |
| <p><b>c)</b> Trabalhar ao frio, com muito calor ou sujeito ao mau tempo:</p>   | <p>Sim <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">3</td></tr></table></p> <p>Não</p> <p>N A</p> |  | 1 |  | 2 |  | 3 | <p><b>l)</b> Ter que se lembrar de muitas informações ao mesmo tempo:</p>                                 | <p>Sim <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">3</td></tr></table></p> <p>Não</p> <p>N A</p> |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  | 1  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |
|  | 2  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |
|  | 3  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |
|  | 1  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |
|  | 2  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |
|  | 3  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |
| <p><b>d)</b> Ter que se manter em equilíbrio em situações perigosas:</p>   | <p>Sim <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">3</td></tr></table></p> <p>Não</p> <p>N A</p> |  | 1 |  | 2 |  | 3 | <p><b>m)</b> Ser obrigado a fazer várias coisas ao mesmo tempo:</p>                                       | <p>Sim <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">3</td></tr></table></p> <p>Não</p> <p>N A</p> |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  | 1  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |
|  | 2  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |
|  | 3  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |
|  | 1  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |
|  | 2  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |
|  | 3  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |
| <p><b>e)</b> Fazer horas extra:</p>  | <p>Sim <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">3</td></tr></table></p> <p>Não</p> <p>N A</p> |  | 1 |  | 2 |  | 3 | <p><b>n)</b> Ser frequentemente interrompido no seu trabalho:</p>   | <p>Sim <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">3</td></tr></table></p> <p>Não</p> <p>N A</p> |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  | 1  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |
|  | 2  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |
|  | 3  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |
|  | 1  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |
|  | 2  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |
|  | 3  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |
| <p><b>f)</b> Trabalhar ao sábado e/ou ao domingo:</p>  | <p>Sim <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">3</td></tr></table></p> <p>Não</p> <p>N A</p> |  | 1 |  | 2 |  | 3 | <p><b>o)</b> Ser frequentemente obrigado a apressar-se ("despachar-se") no seu trabalho:</p>              | <p>Sim <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">3</td></tr></table></p> <p>Não</p> <p>N A</p> |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  | 1  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |
|  | 2  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |
|  | 3  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |
|  | 1  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |
|  | 2  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |
|  | 3  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |
| <p><b>g)</b> Dormir a horas irregulares ou pouco usuais por causa do trabalho:</p>   | <p>Sim <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">3</td></tr></table></p> <p>Não</p> <p>N A</p> |  | 1 |  | 2 |  | 3 | <p><b>p)</b> Ter que suportar as exigências do público (clientes, doentes, ...):</p>                      | <p>Sim <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">3</td></tr></table></p> <p>Não</p> <p>N A</p> |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  | 1  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |
|  | 2  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |
|  | 3  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |
|  | 1  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |
|  | 2  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |
|  | 3  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |
| <p><b>h)</b> Tomar as refeições a horas irregulares ou pouco usuais por causa do trabalho:</p>                             | <p>Sim <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">3</td></tr></table></p> <p>Não</p> <p>N A</p> |  | 1 |  | 2 |  | 3 | <p><b>q)</b> Dar resposta às dificuldades ou sofrimento de outras pessoas:</p>                            | <p>Sim <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">3</td></tr></table></p> <p>Não</p> <p>N A</p> |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  | 1  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |
|  | 2  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |
|  | 3  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |
|  | 1  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |
|  | 2  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |
|  | 3  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |
| <p><b>i)</b> Fazer gestos muito precisos e muito minuciosos:</p>   | <p>Sim <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">3</td></tr></table></p> <p>Não</p> <p>N A</p> |  | 1 |  | 2 |  | 3 | <p><b>r)</b> Trabalhar só (isolamento, falta de contacto):</p>  | <p>Sim <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">3</td></tr></table></p> <p>Não</p> <p>N A</p> |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  | 1  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |
|  | 2  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |
|  | 3  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |
|  | 1  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |
|  | 2  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |
|  | 3  |  |   |  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |  |   |

- s) Trabalhar sempre na presença de outros, sem se poder isolar em certos momentos:
- |     |   |
|-----|---|
| Sim | 1 |
| Não | 2 |
| N A | 3 |
- v) Ter de se adaptar a mudanças das directivas, do material (produtos ou instrumentos de trabalho), dos seus interlocutores (responsáveis, colegas, clientes):
- |     |   |
|-----|---|
| Sim | 1 |
| Não | 2 |
| N A | 3 |
- t) Ter dificuldade em obter ajuda quando surge um problema, sentir-se sozinho para o resolver:
- |     |   |
|-----|---|
| Sim | 1 |
| Não | 2 |
| N A | 3 |
- w) Correr riscos no trabalho, estar exposto(a) ao perigo (acidente, ferimentos, quedas, agressão verbal ou física...):
- |     |   |
|-----|---|
| Sim | 1 |
| Não | 2 |
| N A | 3 |
- u) Ter dificuldade em comunicar com as outras pessoas à sua volta devido a problemas de entendimento ou relacionamento:
- |     |   |
|-----|---|
| Sim | 1 |
| Não | 2 |
| N A | 3 |
- x) Ter medo de perder o emprego a curto prazo (no próximo ano):
- |     |   |
|-----|---|
| Sim | 1 |
| Não | 2 |
| N A | 3 |
- y) Ter medo de perder o emprego a longo prazo (no futuro):
- |     |   |
|-----|---|
| Sim | 1 |
| Não | 2 |
| N A | 3 |

### 23 . Trabalho e Repouso

Para responder às seguintes questões, baseie-se no dia de ontem. Responda tão precisamente quanto lhe for possível. Se não se lembrar bem, responda em função do que é mais habitual em si.

- a) Quantas horas trabalhou ontem?
- |                                 |                    |   |
|---------------------------------|--------------------|---|
| <u>Dia de trabalho de ontem</u> | Não trabalhou      | 1 |
|                                 | 8 horas (ou menos) | 2 |
|                                 | Entre 8 e 10 horas | 3 |
|                                 | Mais de 10 horas   | 4 |
- b) Se trabalhou ontem, uma parte do seu trabalho decorreu antes das 6 horas da manhã ou depois das 10 horas da noite?
- |     |   |
|-----|---|
| Sim | 1 |
| Não | 2 |
- c) Quer tenha trabalhado ou não, diria que a sua actividade, durante o dia de ontem, foi:
- |  |   |
|--|---|
| Mais calma, fácil ou de dificuldade média ou então | 1 |
| Mais difícil, ou mesmo difícil, desgastante        | 2 |

d) Na sua opinião, a sua actividade, durante o dia de ontem, foi de forma predominante:

Assinalar só uma resposta  
(de acordo com o que lhe parece ter contribuído mais para o seu cansaço)

Física (esforços musculares, posições fatigantes, deslocamentos, eventualmente ao frio, ao calor, ao barulho...)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
--------------------------	--------------------------	---

ou

Perceptiva e mental (esforços perceptivos, de concentração, de memória, de minúcia...)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
--------------------------	--------------------------	---

ou

Relacional, nervosa, psíquica (esforço de escuta, de tensão relacional, de conflitos...)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
--------------------------	--------------------------	---

e) A que horas se deitou ontem?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mn
--------------------------	--------------------------	---	--------------------------	--------------------------	----

da noite  
da manhã

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2

f) A que horas adormeceu ontem (aproximadamente)?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mn
--------------------------	--------------------------	---	--------------------------	--------------------------	----

da noite  
da manhã

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2

g) A que horas acordou hoje, depois do sono?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mn
--------------------------	--------------------------	---	--------------------------	--------------------------	----

da noite  
da manhã

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2

h) Se não se levantou logo que acordou, a que horas se levantou?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mn
--------------------------	--------------------------	---	--------------------------	--------------------------	----

da noite  
da manhã

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2

i) Entre o momento em que adormeceu e em que se levantou, acordou alguma vez?

Não  
Sim, uma ou duas vezes  
Mais de duas vezes

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3

j) No caso de ter acordado durante a noite, pelo menos uma vez, teve dificuldade em voltar a adormecer?

Sim  
Não

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2

k) Ontem, fez a sesta ?

Sim  
Não

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2

l) Dormiu bem a noite passada?  
(dormiu o suficiente e teve um sono repousante)

Sim, muito bem  
Sim, razoavelmente  
Nem por isso  
Não, nada bem

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4

m) Quantas horas trabalhou hoje, até ao momento?

Nº de horas (aproximadamente)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

## 24. Problemas que encontra no seu quotidiano e apreciação do seu estado de saúde

*Perfil de Saúde Nottingham – Versão Portuguesa, Centro de Estudos e Investigação em Saúde, 1997*

A lista que se segue apresenta alguns problemas que as pessoas podem ter no seu dia-a-dia.

Leia com atenção esta lista e coloque uma cruz no quadrado correspondente ao SIM se tiver esse problema e no NÃO se não o tiver.

Por favor responda a todas as perguntas. Se tiver dúvidas entre o SIM e o NÃO, coloque a cruz na resposta que, neste momento, se aplica melhor ao seu caso.

- |   |     |                          |   |     |                          |   |
|---|-----|--------------------------|---|-----|--------------------------|---|
| 1) Eu estou sempre cansado(a)                                   | Sim | <input type="checkbox"/> | 1 | Não | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 2) Tenho dores durante a noite                                  | Sim | <input type="checkbox"/> | 1 | Não | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 3) Tudo me desanima   | Sim | <input type="checkbox"/> | 1 | Não | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 4) Tenho dores insuportáveis                                    | Sim | <input type="checkbox"/> | 1 | Não | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 5) Tomo comprimidos para dormir                                 | Sim | <input type="checkbox"/> | 1 | Não | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 6) Já nem sei o que é sentir-me bem com a vida                  | Sim | <input type="checkbox"/> | 1 | Não | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 7) Sinto-me nervoso(a), tenso(a)                                | Sim | <input type="checkbox"/> | 1 | Não | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 8) Tenho dores quando mudo de posição                           | Sim | <input type="checkbox"/> | 1 | Não | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 9) Sinto-me só  | Sim | <input type="checkbox"/> | 1 | Não | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 10) Só consigo caminhar dentro de casa                          | Sim | <input type="checkbox"/> | 1 | Não | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 11) Tenho dificuldade em baixar-me                              | Sim | <input type="checkbox"/> | 1 | Não | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 12) Tudo me custa a fazer                                       | Sim | <input type="checkbox"/> | 1 | Não | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 13) Acordo muito cedo e tenho dificuldade em voltar a adormecer | Sim | <input type="checkbox"/> | 1 | Não | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 14) Não consigo mesmo andar                                     | Sim | <input type="checkbox"/> | 1 | Não | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 15) Custa-me estar com outras pessoas                           | Sim | <input type="checkbox"/> | 1 | Não | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 16) Os dias parece que nunca mais acabam                        | Sim | <input type="checkbox"/> | 1 | Não | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 17) Tenho dificuldade em subir ou descer escadas ou degraus     | Sim | <input type="checkbox"/> | 1 | Não | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 18) Tenho dificuldade em chegar às coisas                       | Sim | <input type="checkbox"/> | 1 | Não | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 19) Tenho dores ao andar  | Sim | <input type="checkbox"/> | 1 | Não | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 20) Ultimamente perco a paciência com facilidade                | Sim | <input type="checkbox"/> | 1 | Não | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 21) Sinto que não posso contar com ninguém                      | Sim | <input type="checkbox"/> | 1 | Não | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 22) Passo a maior parte de noite acordado(a)                    | Sim | <input type="checkbox"/> | 1 | Não | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 23) Sinto que estou a perder o controlo                         | Sim | <input type="checkbox"/> | 1 | Não | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 24) Tenho dores quando estou em pé                              | Sim | <input type="checkbox"/> | 1 | Não | <input type="checkbox"/> | 2 |

- |  |     |                            |     |                            |
|--|-----|----------------------------|-----|----------------------------|
| 25) Tenho dificuldade em vestir-me   | Sim | <input type="checkbox"/> 1 | Não | <input type="checkbox"/> 2 |
| 26) Estou a ficar sem forças   | Sim | <input type="checkbox"/> 1 | Não | <input type="checkbox"/> 2 |
| 27) Tenho dificuldade em estar de pé durante muito tempo<br>(ex. em frente ao lava-loiça ou à espera do autocarro) | Sim | <input type="checkbox"/> 1 | Não | <input type="checkbox"/> 2 |
| 28) As dores não me largam   | Sim | <input type="checkbox"/> 1 | Não | <input type="checkbox"/> 2 |
| 29) Levo muito tempo a adormecer   | Sim | <input type="checkbox"/> 1 | Não | <input type="checkbox"/> 2 |
| 30) Sinto que sou um peso para as outras pessoas   | Sim | <input type="checkbox"/> 1 | Não | <input type="checkbox"/> 2 |

Lembre-se que, se tiver dúvidas entre o SIM e o NÃO, deve colocar a cruz na resposta que se aplicar melhor ao seu caso, neste momento.

- |   |     |                            |     |                            |
|---|-----|----------------------------|-----|----------------------------|
| 31) As preocupações não me deixam dormir  | Sim | <input type="checkbox"/> 1 | Não | <input type="checkbox"/> 2 |
| 32) Sinto que não vale a pena viver   | Sim | <input type="checkbox"/> 1 | Não | <input type="checkbox"/> 2 |
| 33) Durmo mal de noite  | Sim | <input type="checkbox"/> 1 | Não | <input type="checkbox"/> 2 |
| 34) Tem sido difícil dar-me com as pessoas  | Sim | <input type="checkbox"/> 1 | Não | <input type="checkbox"/> 2 |
| 35) Preciso de ajuda para andar quando estou fora de casa<br>(ex. uma bengala ou o braço de alguém) | Sim | <input type="checkbox"/> 1 | Não | <input type="checkbox"/> 2 |
| 36) Tenho dores ao subir ou descer escadas ou degraus   | Sim | <input type="checkbox"/> 1 | Não | <input type="checkbox"/> 2 |
| 37) Sinto-me deprimido(a) ao acordar  | Sim | <input type="checkbox"/> 1 | Não | <input type="checkbox"/> 2 |
| 38) Tenho dores quando estou sentado(a)   | Sim | <input type="checkbox"/> 1 | Não | <input type="checkbox"/> 2 |

**25. A sua apreciação sobre o seu estado de saúde?**

De acordo com o seu estado de saúde actual, coloque uma cruz na linha abaixo, no ponto que lhe parece mais indicado.

Muito bom | \_\_\_\_\_ | Muito mau

**26. Como é que se sente em relação à sua idade?**

Coloque uma cruz sobre a linha no local que lhe parece mais indicado.

Muito mais jovem do que a sua idade | \_\_\_\_\_ | Muito mais velho do que a sua idade

Hora:   h   m

**Verifique se respondeu a todas as perguntas**

# QUESTIONÁRIO

## II – Questionário médico

2001

### Activos

Número de anonimato

Médico

Trabalhador

Activo

Série

---

Data:

20

Hora de Início:

h

m

1- Problemas de saúde pessoais, passados e actuais Verificar para cada um dos casos (indicar a idade aproximada de aparecimento nos casos em branco)	Identificar		Idade de aparecimento	Foi tratado?		Resolvido ou em curso?	
	1	2		1	2	1	2
a) Problemas tiroideus (se estão controlados por medicamentos, colocar "resolvidos")	SIM	NÃO		SIM	NÃO	Resolvido	Em curso
b) Diabetes Insulino dependente	SIM	NÃO		SIM	NÃO	Resolvido	Em curso
c) Diabetes Não-insulino dependente	SIM	NÃO		SIM	NÃO	Resolvido	Em curso
d) Dislipidemias	SIM	NÃO		SIM	NÃO	Resolvido	Em curso
e) Depressão reactiva em curso nos últimos 5 anos	SIM	NÃO	XXXXXXXXXXXX	SIM	NÃO	Resolvido	Em curso
f) Probl. psiquiátricos mais graves em curso nos últimos 5 anos	SIM	NÃO	XXXXXXXXXXXX	SIM	NÃO	Resolvido	Em curso
g) Probl. psiquiátricos mais graves anteriores (colocar a idade de início)	SIM	NÃO		SIM	NÃO	Resolvido	Em curso
h) Epilepsia	SIM	NÃO		SIM	NÃO	Resolvido	Em curso
i) Enxaquecas (unicamente se tratadas por um neurologista)	SIM	NÃO		XXXXXXXXXXXX		Resolvido	Em curso
j) Acidente vascular cerebral (AVC)	SIM	NÃO		SIM	NÃO	Resolvido	Em curso
k) Perdas de conhecimento (outras perdas de conhecimento e traumatismos cranianos)	SIM	NÃO		SIM	NÃO	Resolvido	Em curso
l) Hipertensão arterial	SIM	NÃO		SIM	NÃO	Resolvido	Em curso
m) Doenças hepáticas	SIM	NÃO		SIM	NÃO	Resolvido	Em curso
n) Doenças renais	SIM	NÃO		SIM	NÃO	Resolvido	Em curso
o) Traumatismos cranianos (pelo menos 1, colocar a idade do primeiro)	SIM	NÃO		XXXXXXXXXXXX		XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX
p) Quatro traumatismos cranianos, ou mais (colocar a idade do último)	SIM	NÃO		XXXXXXXXXXXX		XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX
q) Um desses traumatismos foi precedido de uma amnésia superior a 1h	SIM	NÃO		XXXXXXXXXXXX		XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX
r) Um de entre esses foi precedido de uma perda de conhecimento superior a 1 h	SIM	NÃO		XXXXXXXXXXXX		XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX
s) Quatro anestésias gerais, ou mais	SIM	NÃO		XXXXXXXXXXXX		XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX
t) Uma dessas foi superior a 3 h	SIM	NÃO		XXXXXXXXXXXX		XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX
u) Complicações perinatais (hipóxia à nascença, por ex.)	SIM	NÃO		XXXXXXXXXXXX		XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX
v) Problemas de mal nutrição durante o desenvolvimento	SIM	NÃO		XXXXXXXXXXXX		XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX
w) Intoxicação aguda por CO com perda de consciência	SIM	NÃO		XXXXXXXXXXXX		XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX

2- <b>Outros problemas de saúde actuais e passados.</b> Indique apenas os 3 mais importantes (podem existir menos de 3); <u>problemas graves que necessitaram de tratamento ou de hospitalização</u> ; dois dos três identificados podem ter origem no mesmo aparelho ou função; uma recidiva, mais de um ano depois, deve ser identificada como um novo acontecimento	Identificar	Idade de aparecimento	Resolvido ou em curso?	
			1	2
Doenças infecciosas e parasitárias	01		Resolvido	Em curso
	01		Resolvido	Em curso
Neoplasias	02		Resolvido	Em curso
	02		Resolvido	Em curso
Doenças hematológicas, dos órgãos hematopoiéticos Problemas imunitários	03		Resolvido	Em curso
	03		Resolvido	Em curso
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	04		Resolvido	Em curso
	04		Resolvido	Em curso
Doenças do sistema nervoso	05		Resolvido	Em curso
	05		Resolvido	Em curso
Doenças: olhos e anexos	06		Resolvido	Em curso
	06		Resolvido	Em curso
Doenças ORL	07		Resolvido	Em curso
	07		Resolvido	Em curso
Estomatologia	08		Resolvido	Em curso
	08		Resolvido	Em curso
Aparelho cardio-vascular	09		Resolvido	Em curso
	09		Resolvido	Em curso
Aparelho respiratório	10		Resolvido	Em curso
	10		Resolvido	Em curso
Aparelho digestivo	11		Resolvido	Em curso
	11		Resolvido	Em curso
Pele e anexos	12		Resolvido	Em curso
	12		Resolvido	Em curso
Sistema osteoarticular e muscular	13		Resolvido	Em curso
	13		Resolvido	Em curso
Aparelho génito-urinário	14		Resolvido	Em curso
	14		Resolvido	Em curso
Malformações congénitas	15		Resolvido	Em curso
	15		Resolvido	Em curso
Outros sintomas e sinais não classificados anteriormente	16		Resolvido	Em curso
	16		Resolvido	Em curso

3. Em caso de acidentes ou traumatismos graves, o indivíduo ficou com sequelas? Sim  1  
Não  2

3i. O indivíduo está inválido? Sim  1  
Não  2 É reconhecido como trabalhador com handicap pelo tribunal? Sim  1  
Não  2  
Em avaliação  3

3ii. O indivíduo ficou com incapacidade? Sim  1  
Não  2 → Se SIM, qual na tabela? (TNI)

4. O indivíduo teve uma doença profissional? Sim  1  
Não  2 É reconhecido como trabalhador com handicap do CNPRP? Sim  1  
Não  2  
Em avaliação  3

5. O indivíduo ficou com incapacidade? Sim  1  
Não  2 → Se SIM, qual na tabela? (TNI)

6. Ao longo dos últimos 12 meses esteve ausente ao trabalho por:

a) Doença: Sim  1 Não  2  
 b) Acidente: Sim  1 Não  2  
 c) Intervenção cirúrgica: Sim  1 Não  2

d) Nesses 12 meses quantas ausências teve por doença ou por acidente?

Nenhuma  1  
1  2  
2  3  
3  4  
4 ou mais  5

e) No total quantos dias de ausência isso representou?

0  1  
1 a 14 dias  2  
15 dias a 1 mês  3  
De 1 a 3 meses  4  
Mais de 3 meses  5

7. Além dos tratamentos eventualmente indicados nas páginas anteriores, o indivíduo toma regularmente, desde há 3 meses ou mais, algum medicamento?

Medicamento 1 \_\_\_\_\_  
 Medicamento 2 \_\_\_\_\_  
 Medicamento 3 \_\_\_\_\_  
 Medicamento 4 \_\_\_\_\_  
 Medicamento 5 \_\_\_\_\_  
 Medicamento 6 \_\_\_\_\_  
 Medicamento 7 \_\_\_\_\_

8. Nos últimos 12 meses, quantas vezes foi ao médico? (Especialista de Medicina Familiar e Geral ou outra, Médico do trabalho, mas sem contabilizar esta visita) nº

9. **Para as mulheres:**

- a) Número de gravidezes (no caso de estar grávida incluir a actual): n°
- b) Número de crianças nados vivos: n°
- b) Tempo total de ausência por licença de maternidade:   meses
- c) Idade da primeira menstruação:   anos

d) **Contraceção oral:**

Actual	<input type="checkbox"/>	1	Se actual/passada		Duração acumulada	<input type="text"/>	<input type="text"/>	anos
Não actual, mas passada	<input type="checkbox"/>	2	Idade de início	<input type="text"/> <input type="text"/>	(em anos)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	anos
Nunca	<input type="checkbox"/>	3						

e) Ano do primeiro parto: 19   Ano do último parto:     Gravidez em curso? Sim  1 Não  2

f) Número de meses de aleitamento acumulado (para todos os filhos): n° de meses

g) **Menopausa:**

Cirúrgica	<input type="checkbox"/>	1	Se sim	
Natural	<input type="checkbox"/>	2	Com que idade	<input type="text"/> <input type="text"/>
Perimenopausa	<input type="checkbox"/>	3		
Não	<input type="checkbox"/>	4		

h) Terapêutica hormonal de substituição (TSH) Sim  1 Não  2 Se sim Idade do início do tratamento   anos Duração acumulada do tratamento   anos

i) \* Se essa pessoa não está na menopausa, actualmente, o seu ciclo pode ser considerado regular? Sim   1 Não   2

\* Em que período do ciclo está no momento:

Actualmente está menstruada	Acabou de ter o período menstrual	Vai ter o período menstrual brevemente	Está entre os dois períodos	Não sabe
<input type="text"/> <input type="text"/> 1	<input type="text"/> <input type="text"/> 2	<input type="text"/> <input type="text"/> 3	<input type="text"/> <input type="text"/> 4	<input type="text"/> <input type="text"/> 5

10. Oftalmologia

O indivíduo usa correção (óculos ou lentes)?	Sim	<input type="checkbox"/> 1	Se sim	Para ver ao longe	Sim	<input type="checkbox"/> 1	Desde que idade	<input type="text"/>	anos
	Não	<input type="checkbox"/> 2		Para ver ao perto	Sim	<input type="checkbox"/> 1	Desde que idade	<input type="text"/>	anos
					Não	<input type="checkbox"/> 2			
					Não	<input type="checkbox"/> 2			

11. O.R.L.

O indivíduo apresenta problemas de audição (para ouvir uma conversa, para telefonar)?	Sim, alterações importantes	<input type="checkbox"/> 1
	Sim, alterações médias	<input type="checkbox"/> 2
	Sim, alterações ligeiras	<input type="checkbox"/> 3
	Não	<input type="checkbox"/> 4

12. Aparelho locomotor

Indique em baixo as articulações que fazem sofrer o indivíduo (ou que estão a ser tratadas) desde há mais de 6 meses, e a eventual existência de limitações de movimentos devidas a essas articulações dolorosas

		SIM Com Limitações 1	SIM, Sem Limitações 2	NÃO 3
a) 1	Ombro/Braço:			
b) 2	Cotovelo/Antebraço			
c) 3	Punho/Mão			
d) 4	Anca/Coxa			
e) 5	Joelho/Perna			
f) 6	Tornozelo/Pé			
g) 7	Região cervical			
h) 8	Região dorsal			
i) 9	Região lombar			

13. Tabaco

* O indivíduo fuma actualmente	<input type="checkbox"/> 1	}	→	Nº de cigarros por dia:	}	→	Durante quantos anos no total fumou:	<input type="text"/>	anos
* Não fuma actualmente, mas já fumou no passado	<input type="checkbox"/> 2								
* Nunca fumou	<input type="checkbox"/> 3								

14. Consumo de bebidas alcoólicas

a) O indivíduo consome bebidas alcoólicas todos os dias? (cerveja, vinho, aguardente, ...)	Sim	<input type="checkbox"/> 1	Se Sim →	b) Ser-lhe-á difícil passar 4 dias sem beber qualquer Bebida alcoólica? (cerveja, vinho, aguardente, ...)	Sim	<input type="checkbox"/> 1
	Não	<input type="checkbox"/> 2			Não	<input type="checkbox"/> 2

14i. Qual a opinião do médico sobre a situação do sujeito? \_\_\_\_\_

15. Aparelho cardíaco (medir após 10 min de repouso)

Pressão arterial (em repouso, braço direito):    /    MmHg

Frequência cardíaca (pulso radial mão direita):    / mn

16. Biometria

Altura de pé    cm

Peso actual    Kg

17. Medidas antropométricas

a) Distância dedos-solo   cm (joelho não flectido, dedos estendidos)

b) O indivíduo é sobretudo: dextro   1 esquerdino   2 ambidextro   3

c) Força muscular ao dinamómetro (pressão máxima da mão dominante)

1ª Medição   kg 2ª Medição   Kg

18. Pele e Anexos

Pele romboidal do pesçoço

Sim   1  
Não   2

Aspecto das rugas frontais

Ausentes   1  
Pouco pronunciadas   2  
Pronunciadas   3  
Muito pronunciadas   4

Número de nevos no corpo (incluindo a face)

Menos de 10   1  
10 a 50   2  
Mais de 50   3

19. Avaliação de memória.

Nem todas as pessoas têm as mesmas facilidades (ou dificuldades) de memória em diferentes áreas.

No quadro seguinte, apresentam-se 6 situações diferentes de memória.

Não há respostas certas nem erradas, pelo que deverá ser o mais sincero possível.

Indique o seu grau de concordância com cada uma das afirmações →		Discordo plenamente 1	Discordo 2	Não concordo nem discordo 3	Concordo 4	Concordo plenamente 5
a)	Lembro-me bem dos nomes					
b)	Lembro-me pouco de detalhes					
c)	Lembro-me bem das datas de nascimento					
d)	Não me lembro bem das conversas que tive					
e)	Lembro-me bem dos lugares onde estive					
f)	Tenho dificuldade em me lembrar dos sítios onde deixo as coisas					
g)	No geral, acho que tenho boa memória					
h)	A minha actividade profissional permitiu-me desenvolver a minha memória					

Hora:   h   m



É importante que todas estas questões sejam respondidas (mesmo que pareçam não dizer respeito ao trabalhador), e o mais rigorosamente possível.

- 1 Qual é o seu estado civil? 

Casado(a)	<input type="checkbox"/>	1
Solteiro(a)	<input type="checkbox"/>	2
Viúvo(a)	<input type="checkbox"/>	3
Divorciado(a) ou separado(a)	<input type="checkbox"/>	4
- 2 Vive sozinho(a)? 

Sim	<input type="checkbox"/>	1
Não	<input type="checkbox"/>	2
- 3 Vive com um marido/mulher/companheiro(a)? 

Sim	<input type="checkbox"/>	1
Não	<input type="checkbox"/>	2
- 4 Quantos filhos tem (ou teve a seu cargo)? 

Nº	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----	----------------------	----------------------
- 5 A sua habitação é: 

Um andar ou apartamento	<input type="checkbox"/>	1
Uma casa individual	<input type="checkbox"/>	2
Outro	<input type="checkbox"/>	3

Mais numa zona urbana	<input type="checkbox"/>	1
Numa zona rural	<input type="checkbox"/>	2
- 6 Se é casado(a) ou tem um(a) companheiro(a), ele(a) encontra-se a trabalhar? 

Sim, a tempo inteiro	<input type="checkbox"/>	1
Sim, a tempo parcial	<input type="checkbox"/>	2
Não	<input type="checkbox"/>	3
- 7 **Das seguintes actividades, indique aquelas que pratica:**
- a) Desporto 

Nada	<input type="checkbox"/>	1
Muito pouco	<input type="checkbox"/>	2
Um pouco	<input type="checkbox"/>	3
Muito	<input type="checkbox"/>	4
- e) Actividades sociais (associações, sindicatos, clubes, ...) 

Nada	<input type="checkbox"/>	1
Muito pouco	<input type="checkbox"/>	2
Um pouco	<input type="checkbox"/>	3
Muito	<input type="checkbox"/>	4
- b) Jardinagem 

Nada	<input type="checkbox"/>	1
Muito pouco	<input type="checkbox"/>	2
Um pouco	<input type="checkbox"/>	3
Muito	<input type="checkbox"/>	4
- f) Leitura (livros, jornais) 

Nada	<input type="checkbox"/>	1
Muito pouco	<input type="checkbox"/>	2
Um pouco	<input type="checkbox"/>	3
Muito	<input type="checkbox"/>	4
- c) Pequenos arranjos domésticos 

Nada	<input type="checkbox"/>	1
Muito pouco	<input type="checkbox"/>	2
Um pouco	<input type="checkbox"/>	3
Muito	<input type="checkbox"/>	4
- g) Outras actividades culturais e artísticas (música, pintura, cinema..) 

Nada	<input type="checkbox"/>	1
Muito pouco	<input type="checkbox"/>	2
Um pouco	<input type="checkbox"/>	3
Muito	<input type="checkbox"/>	4
- d) Costura, tricot 

Nada	<input type="checkbox"/>	1
Muito pouco	<input type="checkbox"/>	2
Um pouco	<input type="checkbox"/>	3
Muito	<input type="checkbox"/>	4
- h) Ver televisão 

Nada	<input type="checkbox"/>	1
Muito pouco	<input type="checkbox"/>	2
Um pouco	<input type="checkbox"/>	3
Muito	<input type="checkbox"/>	4
8. **Trabalho, repouso, fadiga (em geral)**  
Para as questões que se seguem, responda em função do que lhe é mais habitual.
- a) Quanto tempo demora habitualmente para ir de casa ao trabalho (em minutos)? 

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

 mn
- b) Quanto tempo demora habitualmente a voltar para casa depois do trabalho(em minutos)? 

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

 mn  
(se não é o mesmo que a ida para o trabalho)
- bi) Habitualmente quanto tempo trabalha, por dia, em tarefas domésticas(em minutos)? 

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

 mn  
(cozinhar, limpar a casa, tratar da roupa, cuidar dos filhos ou de outras pessoas à sua responsabilidade, fazer compras domésticas)

- c) Quando chega a casa, depois do trabalho, tem que fazer um grande esforço para fazer mais qualquer coisa e manter uma boa relação com as pessoas da sua família?  
sua família?
- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| Nunca   | Raramente   | Por vezes   | Muitas vezes  |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4 |
- d) Quando se vai deitar tem dificuldade em adormecer?
- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| Nunca   | Raramente   | Por vezes   | Muitas vezes  |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4 |
- e) Acorda durante o sono?
- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| Nunca   | Raramente   | Por vezes   | Muitas vezes  |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4 |
- f) Quando acorda durante o sono tem dificuldade em voltar a adormecer?
- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| Nunca   | Raramente   | Por vezes   | Muitas vezes  |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4 |
- g) Costuma acordar mais cedo do que desejava?
- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| Nunca   | Raramente   | Por vezes   | Muitas vezes  |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4 |
- h) Toma medicamentos para dormir?
- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| Nunca   | Raramente   | Por vezes   | Muitas vezes  |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4 |
- i) Ao domingo ou quando tem curtos dias de folga (1 a 3 dias) consegue dormir tudo o que desejava?
- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| Nunca   | Raramente   | Nem sempre  | Sempre  |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4 |
- j) De manhã, quando se levanta, sente-se imediatamente em forma?
- |     |   |
|-----|---|
| Sim | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 |
| Não | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 |
- k) Nos últimos dias, tem sentido vontade de dormir durante o dia (sonolência)?
- |     |   |
|-----|---|
| Sim | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 |
| Não | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 |
- l) Em geral, quantas vezes por semana faz uma sesta (em média)?
- Nº de vezes
- m) Em geral, quando pode dormir tudo o que deseja,  
(Para responder às 2 perguntas seguintes, pense nas suas férias)
- 1) Pertence ao tipo de pessoas que:
- |                     |   |
|---------------------|---|
| Dormem muito        | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 |
| Dormem medianamente | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 |
| Dormem pouco        | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3 |
- 2) Se pudesse escolher o seu horário de trabalho e de sono, você gostaria de ser:
- |   |   |
|---|---|
| Uma mulher ou um homem do dia (levantar-se bastante cedo e deitar-se também cedo) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 |
| Uma mulher ou um homem da noite (levantar-se bastante tarde e deitar-se tarde)    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 |
| Nem uma coisa nem outra ou "eu não sei"   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3 |

9. A lista que se segue diz respeito a acontecimentos (ou mudanças) importantes da vida que podem afectar as nossas emoções, os nossos hábitos de vida, o nosso equilíbrio pessoal e, por vezes, até mesmo a nossa saúde.

Coloque uma cruz à frente dos acontecimentos que lhe ocorreram pessoalmente **durante estes últimos 3 anos**.

Coloque essa cruz na coluna certa de acordo com a forma como esse acontecimento

o(a) afecta ainda **actualmente**:

\* Nada      \* Ligeiramente      \* Bastante      \* Muito      \* Muiíssimo

No que diz respeito a "Outros acontecimentos..." (no fim da lista) é importante que os assinale, se for esse o seu caso, sem mencionar do que se trata

(por exemplo: divórcio, separação, graves problemas financeiros, graves problemas com os filhos,...)

**Este acontecimento afecta-o(a) ainda hoje em dia (nas suas emoções ou no seu modo de vida):**



	1	2	3	4	5
	Nada	Um pouco	O suficiente	Muito	Muiíssimo
a) Morte do cônjuge, de um familiar, de um amigo ou de					
b) uma pessoa importante para si					
c) (se várias pessoas das suas relações tiverem falecido, <u>assinale uma linha por cada uma</u> )					
d)					
e) Despedimento					
f) Hospitalização de um membro da família devido a doença grave					
g) Desempregado há mais de um mês (se regularmente empregado)					
h) Imobilização prolongada na cama por doença, hospitalização, ...					
i) Reprovação num exame importante					
j) Problemas graves com o patrão, colegas ou subordinados					
k) Um exame importante para si					
l) Separação do cônjuge por motivos de trabalho (mudança, ...)					
m) Uma grande mudança no seu emprego					
n) Mudança de residência para outra cidade, região ou país					
o) Cessaçao definitiva de actividade ou reforma					
p) Compra ou construção de uma habitação principal					
q) <b>Outros acontecimentos ou mudanças importantes</b>					
r) (dolorosas ou felizes) na sua vida pessoal					
s) (sem dizer quais)					
t) ( <u>marque uma linha por acontecimento</u> )					

10. As seguintes questões dizem respeito às suas sensações e pensamentos durante o último mês.

Indique para cada uma das questões como é que se sentiu durante o último mês.

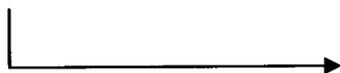
Ainda que algumas questões possam parecer semelhantes, existem diferenças entre elas e cada uma deve ser considerada como um questão independente das outras. A melhor maneira de proceder é tentar responder o mais rapidamente possível.

Assinale a resposta que lhe parece corresponder melhor à realidade de entre as 5 alternativas que lhe são propostas.

Durante o último mês:	Nunca 1	Quase nunca 2	Às vezes 3	Bastantes vezes 4	Com muita frequência 5
a) Pareceu-lhe difícil controlar as coisas importantes da sua vida?					
b) Sentiu-se confiante na suas capacidades para resolver os seus seus problemas pessoais?					
c) Sentiu que as coisas lhe corriam como desejava?					
d) Achou que as dificuldades se acumulavam de tal maneira que já não as conseguia controlar?					

11. As seguintes questões destinam-se a avaliar a forma como os acontecimentos importantes da nossa vida nos afectam.

Para cada uma das 6 afirmações apresentadas, indique em que medida está de acordo com cada uma delas escolhendo uma de entre as 5 possibilidades de resposta.



	Discordo inteiramente 1	Discordo 2	Nem concordo nem discordo 3	Concordo 4	Concordo inteiramente 5
a) Quando faço projectos, tenho quase a certeza de os conseguir concretizar					
b) Para se obter um bom emprego, é sobretudo preciso estar no lugar certo no momento certo					
c) O que me acontece depende só de mim					
d) Muitos acontecimentos desagradáveis, infelizes que acontecem na vida são devidos em parte ao azar					
e) Ter sucesso depende das capacidades de cada um e não tem nada a ver com a sorte					
f) Muitas vezes, sinto que tenho pouca influência sobre as coisas que me acontecem					

Hora:   h   m

# QUESTIONÁRIO

## V – Testes Psicotécnicos

2001

### Activos

Número de anonimato

Médico

Trabalhador

Activo

Série

---

Data:

20

Hora de Início:

h

m

## 1- Memorização de palavras: Aprendizagem

Instruções:

Escute bem a lista de 16 palavras que vai ouvir e tente reter o maior número de palavras possível. Deverá repetir todas as que se lembrar na ordem que preferir. Este exercício irá ser feito 3 vezes. Podemos começar?

<u>1ª leitura e evocação</u> Ler normalmente e com boa articulação, ao ritmo de uma palavra por segundo.			<u>Nova leitura e 2ª evocação</u>			<u>Nova leitura e 3ª evocação</u>		
Prova de evocação logo após a leitura:								
- numerar cada palavra em função da ordem na qual o sujeito as evocou;								
- em baixo (Q, R, S, T) assinalar as eventuais palavras não constantes da lista, também com o número de ordem.								
A	Pedra		A	Pedra		A	Pedra	
B	Verdade		B	Verdade		B	Verdade	
C	Tapete		C	Tapete		C	Tapete	
D	Orgulho		D	Orgulho		D	Orgulho	
E	Bola		E	Bola		E	Bola	
F	Moral		F	Moral		F	Moral	
G	Sapato		G	Sapato		G	Sapato	
H	Noção		H	Noção		H	Noção	
I	Cereja		I	Cereja		I	Cereja	
J	Facto		J	Facto		J	Facto	
K	Aranha		K	Aranha		K	Aranha	
L	Sistema		L	Sistema		L	Sistema	
M	Livro		M	Livro		M	Livro	
N	Causa		N	Causa		N	Causa	
O	Leite		O	Leite		O	Leite	
P	Assunto		P	Assunto		P	Assunto	
Q			Q			Q		
R			R			R		
S			S			S		
T			T			T		
NB			NB			NB		
NCC			NCC			NCC		
NCA			NCA			NCA		
NCT			NCT			NCT		
NI			NI			NI		
NIS		NIF	NIS		NIF	NIS		NIF
ORD			ORD			ORD		

Tempo de Duração da Prova:   m   s

## 2- Código

A cada um dos algarismos apresentados no modelo corresponde um símbolo.

Preencha os espaços em branco com os símbolos correspondentes, pela ordem apresentada e o mais rapidamente possível.

Escreva os símbolos de forma legível.

Modelo

1	2	3	4	5	6	7	8	9
-	⊥	⊐	L	U	O	^	X	=

Exemplos



2	1	3	7	2	4	8	1	5	4	2	1	3	2	1	4	2	3	5	2	3	1	4	6	3	

1	5	4	2	7	6	3	5	7	2	8	5	4	6	3	7	2	8	1	9	5	8	4	7	3	

6	2	5	1	9	2	8	3	7	4	6	5	9	4	8	3	7	2	6	1	5	4	6	3	7	

Tempo de Duração da Prova:   m   s

### 3- Procura de Letras

I – Em cada linha, procure e assinale com um traço a letra indicada no início da respectiva linha.

Existe apenas uma única letra a assinalar em cada linha.

Procure realizar o exercício seguindo a ordem das linhas e o mais rapidamente possível.

Exemplos:

**R** SGYCBTPG~~X~~NFHSMJKVNOGHTAQTVCWXDWJKXBDTSKGHSHXPUBDSTPFMSCX

**S** DTJKGHOHXPUVCDNTPFMQGYCDETPGTXNFHMJKVNOGHTNQT~~S~~VCLXDUJKXE

**J** IREFVYPCSWHOABXGQTZDOSIBEWTVPZJGDYAXRCHQPGFDITQ~~S~~XRCWBAZOVG

**W** KUHKFJNLHPASD~~T~~OZRM~~Y~~BQSFJKYPQMUHOLZIDARBTL~~Y~~HIPQKADZRSOUWJIGN

**P** ACQMOVYRENPLORMGIBDGYRFQWAMGZ~~N~~CHYONLFKQFSHRZTCXSYMGKODMRS

**G** TMPVUZKNSFKZXTWOVRSXDYWZNSMLBURFDPQIRBTZFGXPNKAJLRCSHEXBYO

**B** SGYCDETPGTXNFHSMJKVNOGHTAQT~~V~~CLXDUJKXEDTSKGHSHXPUBDSTPFMCX

**L** REHQPZYDUMWXNKONTCAFILZXD~~P~~YEFUHQA~~W~~MIOTRCWHKFMNRTQOCIU~~X~~ZPY

Tempo de Duração da Prova:   m   s

II – Procure uma das 4 letras indicadas no início de cada linha. Deve procurá-la e assinalá-la com um traço.

Existe apenas uma única letra a assinalar em cada linha.

Procure realizar o exercício seguindo a ordem das linhas e o mais rapidamente possível.

Exemplos:

**RBAS** QGYCDETPGTXNFHMJKVNOGHTNQT~~S~~VCLXDUJKXEDTJKGHOHXPUVCDNTPFM

**GBIT** XDUJKXBDJSK~~H~~SHXPVURDSTPFJSCXSOYCYETPZR~~X~~NFHSMJKVNOJHPAQTVCW

**ADUC** PFSN~~Z~~TJOMYIKWXYFREVG~~M~~KLHTSLEPFCXNZIRWJVNGIRXFSMTKOZGLFJWEY

**XAIO** PWRTHLYUSZJVDUMBFGCKJHTYWRBFMVKDPULGCHSRBV~~F~~JKLMFZCGDISPRT

**ACBK** XMWL~~V~~USTFGIBYRFNHDJZMGUXYHDNJFTSIPWZRVSNLIYHSJVGMXWRPZSFDP

**VPRT** MBLNEKJOAXIDCYSZBQFJANKYMOZXDGLSNBFEQCWIZTDLYXJGMBLEQCOWFS

**AVCE** ZQOUPBWNQMKRLHTGFIMRQNZL~~P~~BKRUF~~T~~GIMHOGSUTNRQIBGKVHWMIZXUPF

**EFRD** HUYKWMTBXQLSZGHVNPCAXRUWTGCAMNPHLPSVZQKBYSWUMVZAXKPBQGSNHC

Tempo de Duração da Prova:   m   s

#### 4- Memorização de palavras: Evocação Diferida

Da lista que aprendeu, escreva todas as palavras que se recorda.  
Pode fazê-lo na ordem que preferir.

- Comece aqui:
- 1 .....
  - 2 .....
  - 3 .....
  - 4 .....
  - 5 .....
  - 6 .....
  - 7 .....
  - 8 .....
  - 9 .....
  - 10 .....
  - 11 .....
  - 12 .....
  - 13 .....
  - 14 .....
  - 15 .....
  - 16 .....

NB:	
NCC:	
NCA:	
NCT:	
NI:	
NIS:	NIF:
ORD:	

Tempo de Duração da Prova:   m   s

## Memorização de palavras: Reconhecimento das palavras aprendidas

As 16 palavras que aprendeu há pouco encontram-se aqui misturadas com 32 novas palavras.

Deve assinalar as palavras que aprendeu anteriormente (tente reconhecer o maior número).

Rosa	
Causa	
Sapato	
Conceito	
Cenoura	
Noção	
Mesa	
Moral	
Banana	
Razão	
Casa	
Orgulho	
Girafa	
Amanhã	
Cereja	
Rumo	
Árvore	
Motivo	
Formiga	
Sucesso	
Agulha	
Facto	
Tapete	
Íntegro	

Pano	
Sistema	
Pedra	
Lucidez	
Janela	
Sempre	
Fogão	
Capaz	
Boca	
Verdade	
Cama	
Tudo	
Aranha	
Destino	
Cigarro	
Vida	
Leite	
Prudente	
Livro	
Ideal	
Cadeira	
Assunto	
Bola	
Modo	

NB	
NCC	
NCA	
NCT	
NI	



**ANEXO 3**

---

O processo de construção e aplicação do SIT contemplou vários momentos tendo em atenção a especificidade da amostra e os contextos de aplicação e realização do inquérito:

### *1º Momento: Tradução e adaptação*

O primeiro momento que presidiu à construção do Inquérito SIT consistiu na tradução do Inquérito VISAT (1996) acompanhada, em paralelo, pelo Inquérito ESTEV (1995) de modo a completar e a enriquecer os conteúdos dos questionários, o tipo de formulação das questões assim como as alternativas de resposta, procurando, assim, adequar os respectivos questionários às características da população alvo.

Nos questionários II e IV participaram um grupo de quatro médicos do trabalho, o que facilitou a adaptação da linguagem e da terminologia técnica utilizada na recolha dos dados.

Nesta fase, tivemos ainda oportunidade de discutir algumas dúvidas relativas à tradução e às alternativas de resposta com os investigadores responsáveis pelos Inquéritos ESTEV e VISAT, Serge Volkoff e Jean-Claude Marquié, respectivamente. Esta fase foi crucial já que permitiu não só compreender claramente o significado atribuído às questões e ao conjunto de questões presentes nos referidos Inquéritos, como também debater a pertinência da inclusão de outras questões que, embora não estivessem presentes nos inquéritos precursores, pudessem contribuir para o estudo das relações entre a saúde e o trabalho.

A versão provisória do SIT ficou assim definida e de modo a garantir a sua compreensão e a sua aplicabilidade foi desenvolvido um pré-teste ao questionário que consistiu, numa primeira fase, na análise de cada uma das questões isoladamente e, numa segunda fase, na análise da totalidade do questionário e das condições da sua aplicação (Ghiglione & Matalon, 1993).

Para esse efeito foi, então, realizado, numa primeira fase, um conjunto de entrevistas a 10 sujeitos com formação e experiências diferentes. Em situação de entrevista individual foi pedido a cada sujeito para responder a cada uma das

questões formuladas e tecerem um comentário sobre o objectivo e significado de cada uma. O nosso objectivo era o de analisar cada uma das questões individualmente, nomeadamente a forma como cada questão foi compreendida, permitindo, assim, evitar o problema da polissemia das palavras e da linguagem idiomática.

A segunda fase consistiu na aplicação do Inquérito a uma amostra de 50 sujeitos<sup>130</sup> – trabalhadores activos de 25 indústrias da região norte do país, com actividades na área da produção. Em situação de entrevista individual foi pedido a cada um dos sujeitos para responder ao questionário na sua totalidade e fazerem os comentários que achassem oportunos em relação às questões e à forma global do questionário. Esta fase permitiu não só analisar o conteúdo e a estrutura das questões mas também as condições de aplicação do questionário. Os contributos desta fase resultaram em algumas propostas pontuais de alteração e substituição de palavras, de formulação de questões e de alternativas de resposta, que se mostraram valiosos na definição da primeira versão do SIT e das condições da sua aplicação.

Todas estas fases foram analisadas e discutidas no seio da equipa de investigação de maneira a que as decisões tomadas fossem debatidas e partilhadas pelos seus membros.

### *2º Momento: Definição e caracterização das condições de realização*

Este momento consistiu na preparação de todo o material necessário à aplicação do Inquérito; na escolha das empresas participantes no estudo; na definição dos procedimentos utilizados.

#### *Preparação do material necessário*

*A Primeira versão do SIT* (decorrentes das alterações resultantes do primeiro momento da sua construção).

---

<sup>130</sup> A aplicação dos questionários foi realizada pelo grupo de médicos do 7º Curso de Medicina do Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Elaboração de *guias práticos*\*: à semelhança do Inquérito VISAT foram elaborados *guias práticos* de apoio à aplicação dos questionários de modo a assegurar uma relativa homogeneidade na sua aplicação por parte da equipa participante. Foi decidido pela equipa de investigação a construção de dois guias: um de carácter geral e o outro dirigido, sobretudo, aos médicos do trabalho que iriam participar no projecto. O primeiro guia prático é um guia mais geral onde são descritos os principais procedimentos a utilizar ao longo da aplicação do SIT e onde são esclarecidas as principais dúvidas que poderão surgir na aplicação dos cinco questionários respectivos. O segundo guia foi essencialmente elaborado para os médicos participantes de modo a possuírem um documento por um lado, enquadrador e descritor dos principais objectivos e procedimentos do SIT e, por outro lado, clarificador das principais dúvidas que pudessem surgir ao longo da aplicação dos questionários.

Elaboração de um *poster informativo*\* com o objectivo de ser apresentado e distribuído em cada uma das empresas participantes antes do início da realização do estudo, de modo a informar e esclarecer os trabalhadores acerca do objectivo do projecto e do interesse em participarem.

Construção de um instrumento específico de caracterização das empresas da amostra – *Instrumento de Análise para Estudos de Caso*\* (IAEC) cuja estrutura foi construída com base num estudo desenvolvido na Bélgica (Lacomblez, Stroobants & Vanheerswynghels, 1988), cujo objectivo era o de caracterizar de forma exaustiva as empresas participantes nos vários domínios do contexto organizacional, designadamente, a identificação e estrutura da empresa, a análise histórica, as relações económicas-financeiras, a gestão dos recursos humanos, a actividade da empresa e organização da produção, a organização da segurança, higiene e saúde no trabalho.

Foi, também, criado, à semelhança dos Inquéritos ESTEV e VISAT, um sistema de codificação dos trabalhadores de modo a assegurar a confidencialidade dos

---

\* Estes instrumentos encontram-se descritos de forma mais exaustiva no Relatório apresentado ao IDICT no âmbito da Campanha para a melhoria das Condições de Trabalho no sector da Têxtil (Barros-Duarte, Ramos, Cunha & Lacomblez, no prelo).

dados. A cada um dos trabalhadores foi atribuído um número de anonimato que contém quatro partes: código do médico (com três algarismos); código do trabalhador (com seis algarismos: três correspondentes à empresa em que trabalha e três correspondentes ao próprio trabalhador); código de identificação do trabalhador activo ou não activo (neste caso todos assumiram o código 1 por se tratarem de trabalhadores activos); código correspondente à série de aplicação do Inquérito (neste caso assumiram todos o código 1 por ser uma aplicação transversal).

*A escolha das empresas participantes no estudo:* A escolha das empresas participantes no estudo partiu de dois critérios essenciais: serem empresas do sector têxtil e do sector do vestuário e serem empresas situadas nas regiões norte e centro do país.

O primeiro passo foi contactar o IDICT, nomeadamente o responsável pela Campanha para a Melhoria das Condições de Trabalho na Indústria Têxtil e do Vestuário, no sentido de nos fornecer algumas indicações sobre as empresas do sector da ITV que, por um lado, possuíssem médico<sup>131</sup> da empresa e, por outro lado, estivessem disponíveis para a realização de um estudo com estas características<sup>132</sup>.

Através do IDICT, estabelecemos contactos com algumas associações patronais<sup>133</sup> no sentido de facilitar o contacto e a abertura das empresas ao estudo. Foi a partir de uma longa lista de empresas que os primeiros contactos foram estabelecidos no entanto sem grande sucesso na concretização do pedido.

Desta forma, foi através de alguns contactos privilegiados com algumas empresas do sector e com um grupo de médicos do trabalho que as empresas foram escolhidas tendo, portanto, como principal critério de escolha a disponibilidade da empresa em participar no projecto.

---

<sup>131</sup> Condição imprescindível para a realização do estudo já que a aplicação do Inquérito SIT comporta um questionário médico.

<sup>132</sup> Já que implica não só a participação dos médicos das empresas mas também a participação voluntária e por entrevista individual dos trabalhadores afectos à produção.

<sup>133</sup> Nomeadamente a ANIVEC – Associação Nacional das Indústrias de Vestuário e Confecção, a ANITLAR – Associação Nacional das Indústrias de Têxteis Lar, a APIM – Associação Portuguesa das Indústrias de Malha e Confecção e a APT – Associação Portuguesa de Têxteis e Vestuário.

### *Procedimentos de aplicação do SIT*

A definição das condições de aplicação do inquérito teve subjacente dois grandes aspectos:

1. Em termos de acção e intervenção da medicina do trabalho a realidade portuguesa é diferente da francesa. A presença de médicos do trabalho nas empresas portuguesas é ainda limitada o que condicionou a sua participação na recolha de dados para o Inquérito SIT: a sua colaboração foi na maior parte das vezes limitada ao tempo e ao espaço da consulta médica periódica, nas empresas em que não existia médico do trabalho foi o médico (de clínica geral) das empresas que assegurou a aplicação dos questionários.

2. Dadas as características da nossa amostra<sup>134</sup> por um lado, e dado o tempo previsto para a realização dos cinco questionários<sup>135</sup>, por outro, a situação mais favorável seria a aplicação dos questionários em situação de entrevista individual (em horário de trabalho) mas que não ocupasse o trabalhador durante três horas consecutivas.

Estes dois aspectos pesaram para a decisão da equipa de investigação em organizar a aplicação do Inquérito de modo diferente da prevista nos Inquéritos ESTEV e VISAT:

Os cinco questionários que compõem o Inquérito SIT foram aplicados em situação de entrevista individual e no horário de trabalho, tendo tido a seguinte organização:

---

<sup>134</sup> Trabalhadores do sector Têxtil e do Vestuário em que o nível de habilitações literárias é globalmente baixo, dificultando o preenchimento dos questionários pelo próprio trabalhador.

<sup>135</sup> No total cerca de 3h.

Quadro 1: Organização da aplicação do Inquérito SIT

Tipo de Questionário:	Responsabilidade na aplicação
QUESTIONÁRIO I – <i>CARACTERÍSTICAS GERAIS E PROFISSIONAIS</i>	Psicólogo
QUESTIONÁRIO II – <i>QUESTIONÁRIO MÉDICO</i>	Médico (do trabalho)
QUESTIONÁRIO III – <i>CONDIÇÕES DA VIDA FORA DO TRABALHO</i>	Médico (do trabalho)
QUESTIONÁRIO IV – <i>EXAMES COMPLEMENTARES</i>	Médico (do trabalho)
QUESTIONÁRIO V – <i>TESTES PSICOTÉCNICOS</i>	Psicólogo

Os questionários I e V foram aplicados pelo mesmo grupo de psicólogas que, pertencendo à equipa de investigação, conhecem exaustivamente os questionários e têm formação específica em Psicologia do Trabalho. Os questionários II e IV foram aplicados pelos médicos de cada uma das empresas participantes, dado o carácter técnico das questões e dos dados recolhidos. O questionário III foi também aplicado pelo médico da respectiva empresa por se tratar de um questionário que aborda algumas questões íntimas e do foro pessoal com as quais os médicos das empresas já estão familiarizados.

Ao contrário dos inquéritos ESTEV e VISAT, cujo preenchimento dos questionários I e III era realizado pelos próprios trabalhadores, no nosso estudo, foi substituída, por uma administração indirecta na qual o psicólogo ou o médico completavam os respectivos questionários a partir das respostas fornecidas pelos trabalhadores.

Deste modo, a aplicação dos respectivos questionários foi dividida pela equipa participante em cada empresa (médico e psicólogo) assegurando, assim, a sua exequibilidade em termos de organização do tempo dispendido para os trabalhadores e para a empresa.

Em termos de espaço, o local de realização das entrevistas deveria ser um local calmo e reservado disponibilizado para este objectivo e que garantisse um ambiente pessoal e informal.

É, ainda, de salientar, que a entrega dos guias práticos aos médicos participantes no estudo antecedeu o início da aplicação dos inquéritos e procurou ser um momento (in)formativo em que se explicava mais pormenorizadamente os objectivos e a metodologia do estudo. Foi, também um momento privilegiado para

o esclarecimento de dúvidas e para a definição dos procedimentos mais adequados na aplicação dos referidos inquéritos.

### *3º Momento: O confronto com a realidade*

Estando reunidas todas as condições necessárias, procedemos à aplicação dos primeiros Inquéritos SIT, no intuito de verificar *in loco* a sua aplicabilidade nas condições que foram previstas. Tratou-se de um momento privilegiado que permitiu ensaiar todos os aspectos da dinâmica necessária para a aplicação dos cinco questionários como também permitiu identificar as principais dificuldades com vista à definição de possíveis alterações à aplicação do inquérito e (re)definição de estratégias metodológicas:

Os primeiros Inquéritos SIT foram realizados durante o mês de Novembro de 2000 e abrangeram uma amostra de 27 trabalhadores de empresas da ITV da região de Barcelos.

Os primeiros contactos com os trabalhadores foram mediados por uma empresa de medicina do trabalho sediada em Barcelos que presta serviços de medicina do trabalho a um conjunto de empresas da região.

Foi no âmbito da consulta médica periódica em que os trabalhadores se deslocavam às instalações da empresa de medicina do trabalho que o médico aplicava os questionários II, III e IV. Após a sua realização o trabalhador era encaminhado para outro gabinete onde, com o psicólogo, eram aplicados os questionários I e IV.

A escolha dos trabalhadores foi condicionada pela marcação de consultas médicas o que, se por um lado, garantia a aleatoriedade da amostra, por outro, dificultava o seu equilíbrio em termos de sexo, idade e mais globalmente, a representatividade da amostra.

No primeiro contacto com o trabalhador eram explicados de forma mais pormenorizada os objectivos do estudo e a importância da sua participação (salientando mais uma vez o seu carácter voluntário). Era entregue a “Folha de Apresentação do Inquérito SIT” e sublinhado o carácter confidencial dos dados obtidos.

A aplicação dos questionários decorria em contexto de entrevista individual numa sala (ou no próprio consultório médico) disponibilizada pela empresa para este fim. O questionamento feito ao trabalhador partiu da formulação encadeada de questões tal e qual se apresentava em cada um dos questionários. O tempo de aplicação dos questionários I e IV foi variável de trabalhador para trabalhador, tendo demorado, em média, cerca de 2 horas. Os questionários II, III e IV tiveram uma duração média de 1.30h.

#### *4º Momento: Balanço da primeira aplicação e redefinição de uma nova estratégia de aplicação*

Após a primeira aplicação do SIT, a equipa de investigação reuniu-se com o objectivo de partilhar experiências e dificuldades sentidas na aplicação dos questionários e ainda reflectir na organização da aplicação do SIT e na metodologia utilizada.

As primeiras dificuldades debatidas prendiam-se, essencialmente, com dois aspectos:

1. A dificuldade em compreender com exactidão as características da situação de trabalho vivida pelo trabalhador. A ausência de um conhecimento mais aprofundado das diferentes actividades realizadas no sector dificultou a compreensão exacta das características do trabalho e das condições em que é realizado. Além deste aspecto, a utilização de uma linguagem própria e inerente à actividade de trabalho desenvolvida pelos trabalhadores, dificultou, também, o esclarecimento de certos aspectos mais específicos do trabalho e aumentou o tempo previsto para a duração da entrevista.

2. O segundo aspecto prende-se com a compreensão do discurso do trabalhador a partir do método de questionamento utilizado no questionário I. O questionamento feito, a partir da ordem estabelecida no questionário, dificultou a criação de uma dinâmica coerente e fluida, fundamental no decorrer de uma entrevista. Foi com bastante dificuldade que nos limitamos às questões formuladas no questionário na medida em que no decorrer da entrevista outros aspectos foram mencionados pelo trabalhador que mereciam ser explorados mas

devido aos constrangimentos do questionário e do tempo que dispúnhamos, tiveram que ser, muitas vezes abreviados.

A reflexão sobre estes dois aspectos levou à necessidade de redefinir uma nova estratégia de aplicação do SIT.

Em relação ao primeiro aspecto foram delineadas algumas decisões que nos pareceram essenciais para ultrapassar esta primeira dificuldade:

Existir um contacto prévio da equipa de psicólogos com as empresas participantes, permitindo negociar as condições de realização do estudo e explicar de forma mais exaustiva os objectivos e a metodologia utilizados no mesmo. Foi igualmente negociada uma visita guiada à empresa com uma descrição do processo produtivo e das principais funções afectas à produção e a possibilidade de, pontualmente, se fazerem algumas observações mais específicas da actividade de trabalho. O contacto com os contextos de trabalho revelou-se essencial para a compreensão das verbalizações dos trabalhadores acerca das características do seu trabalho e das condições em que é realizado.

O segundo aspecto foi ultrapassado pela decisão da equipa de investigação de construir uma *guião de entrevista*\* que serviu de apoio e estímulo à verbalização pelo trabalhador acerca dos temas contemplados no questionário. Desta forma, a aplicação do questionário I foi substituída pela realização de uma entrevista semi-estruturada cujo guião (construído para o efeito) permitiu alterar a ordem das questões e definir uma margem de liberdade para abordar outros assuntos não abrangidos pelo questionário mas valiosos para a compreensão da situação de trabalho. O questionário foi utilizado como unidade de registo no qual o psicólogo, ao longo da entrevista, registava as respostas às questões.

Foi, sem dúvida, fundamental a redefinição de uma nova estratégia, permitindo à equipa de investigação não só compreender claramente o discurso dos trabalhadores como ainda estabelecer com eles uma relação de confiança e sintonia em que, pelo confronto de questões e de dúvidas, os mesmos se

---

\* Este instrumento encontra-se descrito de forma mais exaustiva no Relatório apresentado ao IDICT no âmbito da Campanha para a melhoria das Condições de Trabalho no sector da Têxtil (Barros-Duarte, Ramos, Cunha & Lacomblez, no prelo).

aperceberam que compreendíamos o seu discurso, as suas experiências e as suas queixas.

**ANEXO 4**

---

## **Guião da entrevista realizada ao Director da Tecelagem**

---

### **Entrevista individual**

#### Objectivos

- Análise da actividade de trabalho do responsável pela tecelagem
- Análise da actividade de trabalho dos tecelões/tecedeiras
- Identificação e análise dos problemas/dificuldades do trabalho de um tecelão/tecedeira

#### Metodologia

- ✓ Entrevista individual com registo áudio

#### Análise do trabalho realizado pelo responsável da Tecelagem

- Identificação pessoal/percurso profissional
- Qual é a actividade/procedimento do responsável pela tecelagem nesta empresa?
- Que tipo de relações estabelece com os outros actores da empresa? Com os trabalhadores? Com os responsáveis pela produção? Com o responsável pelos serviços de SHSO?
- Comparativamente com as outras secções da empresa qual a importância desta secção no desempenho da empresa?
- Que imagem tem da secção?
- Que imagem pensa que os outros têm?
- E dos trabalhadores que trabalham na tecelagem?
- Há alguma relação com serviços externos à empresa? Qual?

#### Análise mais exaustiva do trabalho desenvolvido na tecelagem

- Como é que está organizado o trabalho na tecelagem?
- Quais as actividades dos trabalhadores da tecelagem?
- Em que é que consiste o trabalho de um tecelão/tecedeira (descrição de um dia normal de trabalho)? Qual o seu principal objectivo?

E de uma remetedeira? E de uma atadeira? E de um afinador? E de um encarregado? Mais algum?

- Quais os materiais e equipamentos necessários para a realização de cada uma destas actividades?

#### Análise mais exhaustiva do trabalho dos tecelões/tecedeiras

- Do trabalho realizado pelos tecelões/tecedeiras o que considera ser:
  - mais difícil
  - mais delicado
  - mais penoso/custoso/incómodo
  - mais perigoso
  - mais difícil de aprender para um principiante
  - mais importante para os objectivos da empresa
  - Os erros que não se devem cometer e como os ultrapassar
- Das dificuldades que enunciou quais considera serem os principais problemas desta secção?
- Fale do problema X (e outros referidos na questão anterior) – como se poderia ultrapassá-lo?
- Falemos agora dos problemas específicos dos tecelões/tecedeiras, das dificuldades que enunciou quais considera serem os principais problemas deste tipo de trabalho?
- Fale do problema X (e outros referidos na questão anterior) – como se poderia ultrapassá-lo?

**ANEXO 5**

---

## **Guião da entrevista realizada à médica da empresa**

---

### **Entrevista individual**

#### Objectivos

- Análise da actividade de trabalho da médica
- Análise dos problemas de saúde e queixas dos trabalhadores da tecelagem

#### Metodologia

- ✓ Entrevista individual com registo áudio

#### Análise do trabalho realizado pela médica da empresa

- Qual é a actividade/procedimento de um médico do trabalho numa empresa? E numa empresa têxtil?
- Qual a relação com os outros actores da empresa? Com os trabalhadores? Com os responsáveis pela produção? Com o responsável pelos serviços de SHSO?
- Há alguma relação com serviços externos à empresa? Qual?

#### Análise mais exaustiva dos trabalhadores da tecelagem

- Há algum cuidado especial com os trabalhadores da tecelagem? Qual?
- Quais são os principais problemas de saúde? Os principais sintomas? Qual a origem das baixas médicas?
- Quais são as queixas mais frequentes destes trabalhadores?

#### Aspectos a explorar:

##### Sempre que possível recorrer a exemplos concretos

- Recolher as queixas e a forma como as “ultrapassou ou ultrapassa”
- Recolher as consequências do trabalho no estado de saúde
- Efeitos do trabalho na vida fora de trabalho
- Efeitos da vida fora de trabalho no trabalho



**ANEXO 6**

---

## **Guião da entrevista individual realizada ao grupo de trabalhadores participantes da Tecelagem**

---

### **1 Entrevista individual: *O meu trabalho***

#### Objectivo

- Auto-análise da actividade de trabalho

#### Metodologia

- ✓ Entrevista individual com visionamento das situações de trabalho e registo áudio
  - Vamos imaginar que eu não conheço o seu trabalho mas que tenho algumas imagens. Vou lhe pedir para me explicar tudo acerca deste trabalho.
  - “Vou-lhe mostrar a situação de trabalho e pedir-lhe para me explicar o que é que a pessoa está a fazer?”
  - No final, do visionamento: Há mais alguma coisa que queira dizer do seu trabalho?

## **Guião da entrevista individual realizada ao grupo de trabalhadores participantes da Tecelagem**

---

### **2 Entrevista individual: *Os riscos profissionais***

#### Objectivos

- Auto-análise da percepção das relações entre o trabalho e a saúde
- Identificação e análise dos riscos profissionais do tecelão/tecedeira

#### Metodologia

- ✓ Entrevista individual com registo áudio
  - Clarificação na noção de risco (risco profissional = é tudo aquilo, que no seu trabalho, lhe poderá trazer problemas de saúde e bem estar ou então poder provocar-lhe um acidente)
  - O que é que acha que, no seu trabalho, pode ser um risco profissional?
  - Apresentação e confrontação junto do trabalhador de uma lista de riscos profissionais (lista construída a partir do Questionário sobre os Riscos profissionais<sup>136</sup>)
  - Identificação dos principais problemas de saúde sentidos pelos trabalhadores (lista construída a partir do Questionário sobre os Riscos Profissionais)

---

<sup>136</sup> Ver página 383.

## **Guião da entrevista individual realizada ao grupo de trabalhadores participantes da Tecelagem**

---

### **3 Entrevista individual: *As estratégias de regulação***

#### Objectivos

- Auto-análise da percepção das relações entre o trabalho e a saúde
- Identificação e análise das estratégias individuais de regulação da saúde no trabalho

#### Metodologia:

- ✓ Entrevista individual com visionamento das situações de trabalho e registo áudio
  - Formulação da questão com utilização da técnica do sócia: “Suponha que eu sou uma pessoa idêntica a si e que, a partir de amanhã, vou começar a fazer o seu trabalho. Que cuidados é que teria que ter para cuidar da minha saúde?”

#### Aspectos a explorar:

##### Sempre que possível recorrer a exemplos concretos

- Recolher o percurso do sujeito de modo a compreender as estratégias utilizadas para gerir a vida de trabalho e a vida fora de trabalho
- Recolher as queixas e a forma como as “ultrapassou ou ultrapassa”
- Recolher a percepção das consequências do trabalho no seu estado de saúde
- Efeitos do trabalho na vida fora de trabalho
- Efeitos da vida fora de trabalho no trabalho
- Representação do papel do C. Saúde, da médica da empresa na construção da sua saúde.



**ANEXO 7**

---

# Guião de entrevista para a análise dos riscos profissionais da actividade de tecelão/tecedeira<sup>137</sup>

Análise subjectiva dos problemas de saúde no trabalho

Este questionário enquadra-se no âmbito de um projecto de investigação no domínio da saúde no trabalho e tem como principal objectivo identificar e caracterizar os principais riscos profissionais da actividade de tecelão/tecedeira.

Nas páginas seguintes são apresentados alguns problemas que os tecelões/tecedeiras podem sentir no seu trabalho.

Leia com atenção a lista e identifique os problemas que sente no seu trabalho.

Empresa:.....

Departamento:.....

Data:.....

Utilização do questionário:

Pelo próprio trabalhador .....

Em grupos de discussão (nº de participantes).....

Por outros interlocutores (nome e função).....

<sup>137</sup> Adaptado do questionário de avaliação dos riscos profissionais nos locais de trabalho de Boix e Vogel (1999).



Na sua actividade de trabalho, como é que sente em relação a cada um destes problemas? Acha que as outras pessoas (os colegas, o encarregado, o engenheiro, a administração) têm conhecimento de cada um destes problemas?

	Pela pessoa		Outras pessoas	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1. Desconforto por falta de espaço ou de má organização do espaço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Limpeza e arranjo insuficientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Problemas de evacuação em caso de emergência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Riscos de quedas ou de acidentes causados por veículos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Riscos de quedas de objectos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Riscos de acidentes causados por máquinas (teares)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Riscos de acidentes causados pelos ferramentas de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Riscos de acidente causados por grandes esforços	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Riscos de electrocussão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Riscos de incêndio ou de explosão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Temperatura inadequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Humidade ou secura excessiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Correntes de ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Arejamento/ventilação insuficientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Má instalação do ar condicionado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Iluminação insuficiente ou reflexos desagradáveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Barulho muito intenso ou então que perturbe a execução do trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Vibrações provenientes das máquinas ou dos ferramentas de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Irradiações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Riscos de infecções	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Fumos, gases, vapores, poeiras, odores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Riscos no contacto de líquidos ou de salpicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Poeiras desagradáveis ou nocivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Problemas relacionados com a utilização de equipamento de protecção individual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Esforço físico elevado e fatigante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Manipulação/transporte de cargas pesadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Permanência numa mesma posição por períodos de tempo longos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Posturas forçadas na realização de tarefas ou de operações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Movimentos repetitivos muito frequentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Duração excessiva da jornada de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. Má organização dos horários e das equipas de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Cadência de trabalho muito elevada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Ritmo de trabalho muito elevado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Trabalho monótono, rotineiro com tarefas pouco variadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Trabalho isolado sendo difícil o contacto com os colegas de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Falta de meios adequados à realização do trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Conflitos com os clientes/utilizadores internos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Más relações com os colegas de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Poucas possibilidades de decidir a maneira de realizar o trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Poucas possibilidades de promoção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Agressividade, assédio sexual ou violência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Más relações com os chefes ou com os responsáveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Dificuldades em conciliar o trabalho na empresa e as tarefas de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Discriminação no trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Desconhecimento ou formação insuficiente dos riscos ligados ao trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Riscos para a saúde ou para a segurança no exterior da empresa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Trabalho que obriga a deslocações frequentes e fatigantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Instalações sanitárias insuficientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Ausência de locais para fumadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indique por ordem de importância os 5 problemas prioritários

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

Relativamente à seguinte lista de problemas de saúde, indique os que possui. Indique também se acha que estão relacionados com o seu trabalho?

Problemas de saúde:	Identificação		Relação com o trabalho	
	Sim	Não	Provocados	Agravados
Feridas por acidente				
Doenças infecciosas				
Enxaquecas ou dores de cabeça frequentes				
Problemas de audição/surdez				
Problemas de visão				
Hipertensão				
Doenças cardíacas				
Varizes				
Problemas musculo-esqueléticos				
Doenças renais				
Intoxicação por metais ou produtos químicos				
Problemas respiratórios				
Doenças de pele				
Cancro				
Problemas digestivos				
Doenças hepáticas				
Problemas articulares				
Dores musculares crónicas				
Adormecimento frequente dos membros				
Lesões discais ou da coluna vertebral				
Lombalgias				
Problemas nervosos				
Stress/depressão				
Mudanças bruscas de humor/modificações de comportamento				
Problemas de sono				
Alcoolismo e toxicomania				
Uso frequente de medicamentos				
Absentismo significativo devido a problemas de saúde				
Mudanças/abandono do trabalho por causa da saúde				
Agressividade ou comportamento violento				
Problemas de menstruação				
Problemas em engravidar ou durante a gravidez				
Esporão do calcâneo				
Outros problemas: (especificar)				



**ANEXO 8**

---

# Questionário de identificação dos riscos profissionais da actividade de tecelão/tecedeira<sup>138</sup>

Análise dos problemas relativos às condições de trabalho

Este questionário enquadra-se no âmbito de um projecto de investigação no domínio da saúde no trabalho e tem como principal objectivo identificar e caracterizar os principais riscos profissionais da actividade de tecelão/tecedeira.

Nas páginas seguintes são apresentados alguns problemas que os tecelões/tecedeiras podem sentir no seu trabalho.

Leia com atenção estas listas e identifique os problemas, que na sua opinião, são sentidos por estes trabalhadores.

Empresa:.....

Departamento:.....

Data:.....

Utilização do questionário:

Pelo próprio trabalhador .....

Em grupos de discussão (nº de participantes).....

Por outros interlocutores (nome e função).....

<sup>138</sup> Adaptado do questionário de avaliação dos riscos profissionais nos locais de trabalho de Boix e Vogel (1999).



## Questionário 1: Locais de trabalho e instalações

Coloque uma cruz na coluna do lado direito se achar que os seguintes problemas se verificam com os tecelões/tecedeiras.

Se achar que esses mesmos problemas já foram identificados pelos Serviços de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho e/ou administração, e/ou então pelos trabalhadores, assinale-o nas colunas respectivas do lado esquerdo

De seguida, no quadro que se encontra em baixo, descreva brevemente aqueles problemas que assinalou na coluna do lado direito.

Identificação dos problemas:		
Serviços SHST Administração	Trabalhadores	Problemas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Espaço de trabalho insuficiente – muitas pessoas e/ou equipamento <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Desordem ou falta de limpeza <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sistemas de armazenagem inadequados e/ou perigosos <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Segurança insuficiente durante as deslocações a pé (estrados, corredores, escadas) <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Segurança insuficiente durante as deslocações mecânicas(veículos, empilhadores) <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Possibilidade de quedas devido a protecção inadequada das vias de circulação e das zonas de trabalho em altura <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Instalação eléctrica em condições de segurança insuficientes <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Instalação de gás ou pneumáticos em condições de segurança insuficientes <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sistemas de prevenção de incêndios e/ou explosões inadequados <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Saídas de emergência em número e local inadequadas <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ventilação e/ou climatização insuficientes dos locais de trabalho <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Iluminação inadequada em função do trabalho a executar <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Temperatura inadequada em função do trabalho a executar <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Barulho ambiente que possa levar a uma redução da atenção necessária para a execução das tarefas <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Vestiários e casas de banho insuficientes em quantidade e qualidade <input type="checkbox"/>

### Descrição dos problemas

## Questionário 2: Equipamento, tecnologia, ferramentas

Coloque uma cruz na coluna do lado direito se achar que os seguintes problemas se verificam com os tecelões/tecedeiras.

Se achar que esses mesmos problemas já foram identificados pelos Serviços de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho e/ou administração, e/ou então pelos trabalhadores, assinale-o nas colunas respectivas do lado esquerdo

De seguida, no quadro que se encontra em baixo, descreva brevemente aqueles problemas que assinalou na coluna do lado direito.

Identificação dos problemas:		
Serviços SHST Administração	Trabalhadores	Problemas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dispositivos de segurança insuficientes ou inadequados <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Manutenção preventiva inadequada <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Instruções de segurança insuficientes ou inadequadas <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Utilização perigosa de máquinas ou de ferramentas <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Possibilidade de quedas ou ferimentos devido a protecção inadequada das máquinas <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Riscos de acidentes por pancadas, arrastamento ou cortes <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Riscos de queimaduras <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Riscos de descargas eléctricas provenientes de máquinas ou de ferramentas <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Protecção inadequada contra o barulho <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Exposição a vibrações durante a utilização das máquinas ou ferramentas <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Protecção inadequada contra as radiações ionizantes <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Exposição a campos electromagnéticos <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fadiga visual provocada por fontes luminosas sobre os equipamentos de trabalho <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Exposição a fontes de calor irradiante <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Utilização inadequada de equipamentos de protecção individual <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nocividade acústica externa <input type="checkbox"/>

### Descrição dos problemas

### Questionário 3: **Substâncias e materiais utilizados**

Coloque uma cruz na coluna do lado direito se achar que os seguintes problemas se verificam com os tecelões/tecedeiras.

Se achar que esses mesmos problemas já foram identificados pelos Serviços de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho e/ou administração, e/ou então pelos trabalhadores, assinale-o nas colunas respectivas do lado esquerdo

De seguida, no quadro que se encontra em baixo, descreva brevemente aqueles problemas que assinalou na coluna do lado direito.

Identificação dos problemas:		
Serviços SHST Administração	Trabalhadores	Problemas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Utilização de substâncias químicas tóxicas e/ou de materiais perigosos <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Etiquetagem inadequada dos conteúdos <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Informação/formação insuficiente sobre os riscos das substâncias e materiais <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Falta de segurança no transporte e/ou armazenagem de substâncias e de materiais <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Má qualidade do ar (presença de fumos, gás, vapores, poeiras, odores) <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Riscos resultantes do contacto com os olhos ou com a pele <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Riscos por inalação <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Exposição a agentes cancerígenos ou mutagénicos <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Exposição a agentes alérgénicos <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Exposição a agentes biológicos <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Instalações de protecção colectiva insuficientes ou inadequados <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Utilização inadequada dos equipamentos de protecção individual <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Contaminação externa <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Riscos de acidentes ambientais graves (incidentes, fugas, explosões) <input type="checkbox"/>

Descrição dos problemas

#### Questionário 4: Factores ergonómicos

Coloque uma cruz na coluna do lado direito se achar que os seguintes problemas se verificam com os tecelões/tecedeiras.

Se achar que esses mesmos problemas já foram identificados pelos Serviços de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho e/ou administração, e/ou então pelos trabalhadores, assinale-o nas colunas respectivas do lado esquerdo

De seguida, no quadro que se encontra em baixo, descreva brevemente aqueles problemas que assinalou na coluna do lado direito.

Identificação dos problemas:		
Serviços SHST Administração	Trabalhadores	Problemas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concepção inadequada dos postos de trabalho em geral <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Espaço de trabalho reduzido para a realização da tarefa <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Distribuição inadequada das pessoas e/ou dos equipamentos <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concepção inadequada do mobiliário, dos equipamentos ou das ferramentas <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cadeiras ou assentos reguláveis insuficientes ou inadequados <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Permanência excessiva numa mesma postura de trabalho <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Necessidade de adoptar posturas forçadas desconfortáveis <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trabalho que obriga a deslocações frequentes e fatigantes <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	As tarefas não permitem mudanças de postura frequentes <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Repetição excessiva dos movimentos <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Manipulação inútil de cargas <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Manipulação/transporte inadequada de cargas (peso, volume, altura, deslocação, ...) <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Manutenção prolongada de cargas sem pausas suficientes <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Armazenagem inadequada impedindo a manipulação/transporte correcta de cargas <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Formação insuficiente ou inadequada dos trabalhadores no domínio da ergonomia <input type="checkbox"/>

Descrição dos problemas

## Questionário 5: Factores de organização do trabalho

Coloque uma cruz na coluna do lado direito se achar que os seguintes problemas se verificam com os tecelões/tecedeiras.

Se achar que esses mesmos problemas já foram identificados pelos Serviços de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho e/ou administração, e/ou então pelos trabalhadores, assinale-o nas colunas respectivas do lado esquerdo

De seguida, no quadro que se encontra em baixo, descreva brevemente aqueles problemas que assinalou na coluna do lado direito.

Identificação dos problemas:		
Serviços SHST Administração	Trabalhadores	Problemas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Insatisfação sobre a organização geral do trabalho <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tarefas cansativas ou monótonas <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ritmo ou pressões de trabalho excessivas <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Meios insuficientes para responder aos objectivos ou prazos fixados <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trabalho em equipa ou em colaboração dificultado pelo trabalho <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Autonomia insuficiente no trabalho <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Duração inadequada da jornada de trabalho, da organização dos horários, das equipas de trabalho <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dificuldade em conciliar o trabalho e a vida social ou familiar <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Modalidades de participação e consulta insuficientes ou inadequadas <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Poucas possibilidades de formação contínua ou de promoção <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Relações insatisfatórias com os chefes ou os responsáveis <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Relações insatisfatórias entre os trabalhadores <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Relações insatisfatórias com os clientes/utilizadores internos <input type="checkbox"/>

Descrição dos problemas

## Questionário 6: Factores de desigualdade

Coloque uma cruz na coluna do lado direito se achar que os seguintes problemas se verificam com os tecelões/tecedeiras.

Se achar que esses mesmos problemas já foram identificados pelos Serviços de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho e/ou administração, e/ou então pelos trabalhadores, assinale-o nas colunas respectivas do lado esquerdo

De seguida, no quadro que se encontra em baixo, descreva brevemente aqueles problemas que assinalou na coluna do lado direito.

Identificação dos problemas:		
Serviços SHST Administração	Trabalhadores	Problemas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Política inadequada de igualdade de oportunidades no trabalho <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Discriminação para com as mulheres no trabalho <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Condições de trabalho diferentes segundo os sexos <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Divisão do trabalho entre tarefas "para as mulheres" e tarefas "para os homens" <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Casos de assédio sexual <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Discriminação baseada segundo as diferenças étnicas, culturais, linguísticas, etc. <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Condições de trabalho diferentes segundo o tipo de emprego (efectivo/contratado/temporário/estagiário) <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Condições de trabalho diferentes segundo o contrato de trabalho na empresa (subcontratação) <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Atribuição de trabalhos de risco a trabalhadores temporários ou subcontratados <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Protecção insuficiente dos trabalhadores temporários ou subcontratados <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Formação e informação preventiva insuficientes de trabalhadores temporários/subcontratados <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Em geral, ausência de solidariedade e de apoio entre colegas <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Em geral, ausência de respeito nas relações <input type="checkbox"/>

### Descrição dos problemas

**ANEXO 9**

---

# **Guião de entrevista para a identificação dos problemas de saúde da actividade de tecelão/tecedeira<sup>139</sup>**

Análise da médica do trabalho dos problemas de saúde no trabalho

Este questionário enquadra-se no âmbito de um projecto de investigação no domínio da saúde no trabalho e tem como principal objectivo identificar e caracterizar os principais riscos profissionais da actividade de tecelão/tecedeira.

Na página seguinte são apresentados alguns problemas de saúde que os tecelões/tecedeiras podem sentir no seu trabalho.

Empresa:.....

Departamento:.....

Data:.....

---

<sup>139</sup> Adaptado do questionário de avaliação dos riscos profissionais nos locais de trabalho de Boix e Vogel (1999).



Relativamente à seguinte lista de problemas de saúde, indique os problemas existentes na actividade de tecelão/tecedeira. Indique também se acha que estão relacionados com o trabalho?

Problemas de saúde:	Identificação		Relação com o trabalho	
	Sim	Não	Provocados	Agravados
Feridas por acidente				
Doenças infecciosas				
Enxaquecas ou dores de cabeça frequente				
Problemas de audição/surdez				
Problemas de visão				
Hipertensão				
Doenças cardíacas				
Varizes				
Problemas musculo-esqueléticos				
Doenças renais				
Intoxicação por metais ou produtos químicos				
Problemas respiratórios				
Doenças de pele				
Cancro				
Problemas digestivos				
Doenças hepáticas				
Problemas articulares				
Dores musculares crónicas				
Adormecimento frequente dos membros				
Lesões discais ou da coluna vertebral				
Lombalgias				
Problemas nervosos				
Stress/depressão				
Mudanças bruscas de humor/modificações de comportamento				
Problemas de sono				
Alcoolismo e toxicomania				
Uso frequente de medicamentos				
Absentismo significativo devido a problemas de saúde				
Mudanças/abandono do trabalho por causa da saúde				
Agressividade ou comportamento violento				
Problemas de menstruação				
Problemas em engravidar ou durante a gravidez				
Esporão do calcâneo				
Outros problemas: (especificar)				



**ANEXO 10**

---

## Guião da entrevista colectiva realizada ao grupo de participantes: Grupo G1

---

### Entrevista colectiva G1: *O eu e os riscos profissionais*

#### 1Entrevista colectiva G1

##### Objectivos

- Análise colectiva das relações entre o trabalho e a saúde
- Identificação e análise dos riscos profissionais da actividade de tecelão/tecedeira
- Identificação e análise dos efeitos das condições de trabalho na saúde e no bem-estar

##### Metodologia

- ✓ Entrevista colectiva com 3 trabalhadores participantes (A1, B1 e C1) com registo áudio e vídeo

##### Fases da entrevista

- ✓ Agradecer a presença de todos
- ✓ Pedir autorização para a gravação e filmagem da entrevista – explicar o porquê.
- ✓ Dar a possibilidade de completar algum aspecto que não foi referido na 3Entrevista individual.
  - Na última entrevista que fizemos há algum aspecto que gostariam de acrescentar?
- ✓ Hoje vamos voltar a falar dos riscos profissionais da actividade de tecelão/tecedeira. Recordam-se do que é um risco profissional?
  - Distribuição de um conjunto de riscos que foram enunciados por vocês nas entrevistas anteriores (*ver conjunto de fichas dos riscos espontâneos e dos riscos induzidos pela grelha, p.411*).
  - Ordenação individual do conjunto dos riscos profissionais (*ver p.412*) por ordem de importância, ou seja: “Vão colocar em primeiro lugar o que consideram mais importante”.

- Justificação individual do ordenamento que efectuaram: “porquê, que conseqüências é que podem ter para a saúde e bem-estar”.
  - Ordenação colectiva do conjunto dos riscos profissionais (ver p.413) por ordem de importância, ou seja: “Vão colocar em primeiro lugar o que consideram mais importante”
  - Justificação colectiva do ordenamento que efectuaram (*formalização do trabalho de grupo em cartolina branca*).
  - Escolha individual de 4/5 riscos profissionais (ver p.414) à escolha para reflexão e análise dos seus efeitos na vida de trabalho na empresa e fora de empresa: “Vão agora pensar melhor em cada um deles e na forma como cada um afectou a V. Saúde, as relações na família, com a mulher, com os filhos, com os amigos, e outros, ao longo da Vida.” Queria que pensassem em exemplos concretos para que na próxima reunião voltássemos falar sobre eles.
- ✓ Marcação da segunda entrevista colectiva.
  - ✓ Descrever e esclarecer o percurso do trabalho que tem vindo a ser feito com todos os participantes
  - ✓ Esclarecer os objectivos do trabalho, orientando principalmente para os riscos da sua profissão.
  - ✓ Conduzir à tomada de consciência do trabalho de análise e reflexão (individual e colectiva) que tem vindo a ser realizado.
  - ✓ Explicar as próximas fases e o objectivo final de acção/intervenção.

## **Guião da entrevista colectiva realizada ao grupo de participantes: Grupo G1**

### **Entrevista colectiva G1: *O eu e os riscos profissionais***

---

#### **2Entrevista colectiva G1**

##### Objectivos

- Tomada de consciência dos riscos profissionais da actividade de tecelão/tecedeira e dos efeitos na saúde e bem-estar
- Identificação e análise das estratégias utilizadas na gestão da saúde no trabalho
- Apresentação e discussão dos resultados obtidos no Inquérito SIT na ITV

##### Metodologia

- ✓ Entrevista colectiva com 3 trabalhadores participantes (A1, B1 e C1) com registo áudio e vídeo

##### Fases da entrevista

- ✓ Agradecer de novo a presença de todos
- ✓ Retomar a selecção individual dos 4 riscos a fim de proceder à reflexão e análise dos seus efeitos na saúde e na vida de trabalho da empresa e fora da empresa.
  - Na última entrevista cada um escolheu 4 riscos profissionais com o objectivo de analisar e reflectir as suas consequências na saúde e na vida de trabalho na empresa e fora da empresa. Vou vos pedir para me referirem um exemplo concreto para cada um dos riscos que estudaram.
- ✓ Introduzir o estudo de investigação realizado no âmbito da Campanha para a melhoria das condições de trabalho na Indústria Têxtil. Explicar:
  - o objectivo do estudo (*o impacto das condições de trabalho na saúde dos trabalhadores da ITV*)
  - as entidades envolvidas (*FPCE da UP e IDICT*)
  - a amostra: n.º de trabalhadores (*330 trabalhadores*), n.º de empresas (*12 empresas*)

- a metodologia utilizada (*SIT em situação de entrevista*)
- a finalidade (*propostas de intervenção nas condições de trabalho*)
- os resultados
- ✓ Apresentar os principais resultados do estudo do IDICT (*com suporte em papel de cor para acompanhar a leitura feita pelo investigador, ver p.415-417*) e promover os comentários.
  - O trabalhador “típico” da ITV
  - A trabalhadora “típica” da ITV
- ✓ Promover a discussão e reflexão
  - Principais riscos profissionais dos tecelões/tecedeiras
  - Principais problemas de saúde dos homens e das mulheres
- ✓ Promover a discussão e reflexão

## ***Fichas dos riscos profissionais espontâneos e dos riscos induzidos pela grelha***

### **Tecelagem: Grupo 1**

#### **Lista de riscos profissionais espontâneos (7)**

Riscos de acidentes causados pelos teares

Barulho muito intenso

Poeiras desagradáveis ou nocivas

Humidade excessiva

Riscos de quedas de objectos

Grande esforço físico

Instalações sanitárias insuficientes

#### **Lista de riscos profissionais induzidos pela grelha (5)**

Posturas forçadas na realização das tarefas

Dificuldades em conciliar o trabalho na empresa com o trabalho fora da empresa

Trabalho que obriga a deslocações frequentes e fatigantes

Trabalho monótono, rotineiro com tarefas pouco variadas

Problemas relacionados com a utilização de equipamento de protecção individual

## ***Ordenação individual dos riscos profissionais***

### **Tecelagem: Grupo 1**

#### **A1**

Riscos de acidentes causados pelos teares

Barulho muito intenso

Poeiras desagradáveis ou nocivas

Grande esforço físico

Trabalho que obriga a deslocações frequentes e fatigantes

Posturas forçadas na realização das tarefas

Riscos de quedas de objectos

Humidade excessiva

Problemas relacionados com a utilização de equipamento de protecção individual

Dificuldades em conciliar o trabalho na empresa com o trabalho fora da empresa

Trabalho monótono, rotineiro com tarefas pouco variadas

Instalações sanitárias insuficientes

#### **B1**

Instalações sanitárias insuficientes

Grande esforço físico

Riscos de quedas de objectos

Humidade excessiva

Poeiras desagradáveis ou nocivas

Barulho muito intenso

Riscos de acidentes causados pelos teares

#### **C1**

Poeiras desagradáveis ou nocivas

Riscos de acidentes causados pelos teares

Barulho muito intenso

Humidade excessiva

Posturas forçadas na realização das tarefas

Trabalho monótono, rotineiro com tarefas pouco variadas

Dificuldades em conciliar o trabalho na empresa com o trabalho fora da empresa

Instalações sanitárias insuficientes

Riscos de quedas de objectos

Grande esforço físico

Trabalho que obriga a deslocações frequentes e fatigantes

Problemas relacionados com a utilização de equipamento de protecção individual

## ***Ordenação colectiva dos riscos profissionais***

### **Tecelagem: Grupo 1**

Instalações sanitárias insuficientes

Humidade excessiva

Poeiras desagradáveis ou nocivas

Grande esforço físico

Barulho muito intenso

Riscos de acidentes causados pelos teares

Posturas forçadas na realização das tarefas

Problemas relacionados com a utilização de equipamento de protecção individual

Riscos de quedas de objectos

Trabalho que obriga a deslocações frequentes e fatigantes

Trabalho monótono, rotineiro com tarefas pouco variadas

Dificuldades em conciliar o trabalho na empresa com o trabalho fora da empresa

## ***Escolha individual dos riscos profissionais para reflexão***

### **Tecelagem: Grupo 1**

#### **A1**

Humidade excessiva

Poeiras desagradáveis ou nocivas

Trabalho que obriga a deslocações frequentes e fatigantes

Dificuldades em conciliar o trabalho na empresa com o trabalho fora da empresa

#### **B1**

Instalações sanitárias insuficientes

Humidade excessiva

Poeiras desagradáveis ou nocivas

Grande esforço físico

#### **C1**

Riscos de acidentes causados pelos teares

Posturas forçadas na realização das tarefas

Problemas relacionados com a utilização de equipamento de protecção individual

Barulho muito intenso

### **O Trabalhador "Típico" da ITV**

- 34 anos de idade;
- 6º ano de escolaridade;
- Trabalha desde os 14 anos;
- É efectivo numa empresa há 11 anos;
- É tecelão;
- Trabalha em turnos fixos;
- Possui uma segunda actividade profissional;
- É obrigado a
  - adoptar posturas penosas ou cansativas,
  - carregar cargas pesadas,
  - efectuar esforços físicos intensos;
- Está exposto ao ruído e a poeiras;
- Alguma dificuldade em trabalhar com o barulho;
- Alterações ligeiras de audição;
- Estado de saúde bom;
- Está bastante satisfeito com o seu trabalho;
- Espera um futuro diferente para os seus filhos.

### **A Trabalhadora "Típica" da ITV**

- 33 anos de idade;
- 6º ano de escolaridade;
- Trabalha desde os 14 anos;
- É efectivo numa empresa há 11 anos;
- É costureira;
- Trabalha em turnos fixos;
- Trabalho doméstico 4h diárias;
- É obrigado a adoptar posturas penosas ou cansativas;
- Está exposto às poeiras;
- Alguma dificuldade em
  - fazer esforços físicos;
  - manter posturas desconfortáveis;
- Sente-se frequentemente nervosa e tensa;
- Estado de saúde bom;
- Está bastante satisfeito com o seu trabalho;
- Espera um futuro diferente para os seus filhos.

## **Problemas de saúde dos homens e das mulheres da ITV**

- Mais homens apresentam marcas de acidentes;
- Mais homens apresentam incapacidade resultante de acidente;
- As mulheres consomem mais medicamentos;
- Os homens faltam mais por acidente;
- As mulheres faltam mais por doença;
- Os homens sofrem mais de:
  - hipertensão arterial,
  - problemas digestivos,
  - problemas respiratórios,
  - problemas articulares e musculares;
- As mulheres sofrem mais de:
  - doenças nervosas,
  - depressões,
  - dores de cabeça;
- Mais homens apresentam problemas de audição;
- Mais mulheres apresentam problemas de visão e de locomoção.

## **Riscos Profissionais dos Tecelões e Tecedeiras**

90 trabalhadores em cada 100

**trabalham por turnos em horários fixos**

90 trabalhadores em cada 100

**são obrigados a adoptar posturas penosas ou cansativas**

58 trabalhadores em cada 100

**são obrigados a carregar cargas pesadas**

58 trabalhadores em cada 100

**executam esforços físicos intensos**

90 trabalhadores em cada 100

**estão expostos a ruído intenso**

95 trabalhadores em cada 100

**estão expostos a poeiras**

58 trabalhadores em cada 100

**têm dificuldade em fazer grandes esforços físicos,**

**a permanecer muito tempo de pé,**

**a manter posições desconfortáveis**

65 trabalhadores em cada 100

**têm dificuldade em trabalhar com barulho**

25 trabalhadores em cada 100

**apresentam alterações de audição**

## **Guião da entrevista colectiva realizada ao grupo de participantes: Grupo G2**

### **Entrevista colectiva G2: *A actividade de trabalho e as estratégias de regulação***

#### **1Entrevista colectiva G2**

##### Objectivos

- Análise colectiva das relações entre o trabalho e a saúde
- Identificação e análise das estratégias utilizadas na preservação da saúde no trabalho

##### Metodologia

- ✓ Entrevista colectiva com 3 trabalhadores participantes (A2, B2 e C2) com visionamento das situações de trabalho e registo áudio e vídeo

##### Fases da entrevista

- ✓ Agradecer a presença de todos
- ✓ Pedir autorização para a gravação e filmagem da entrevista – explicar o porquê.
- ✓ Vamos voltar a ver algumas imagens de vídeo relativas ao V. Trabalho. Vamos ver imagens dos três, começamos pelo A2, depois a C2 e no fim a B2.
- ✓ O que é que vos vou pedir:
  - Vamos começar pelo A2, queria que a C2 e a B2, depois de verem o filme, falassem sobre as imagens que viram do A2. Depois o A2 irá comentar o que disseram. Vamos fazer isto com todos.
- ✓ Visionamento do filme do A2.
- ✓ Comentários espontâneos: “Então o que é que acham?/Como é que faz em relação ao que viu?”
  - Vamos ver a C2, queria que o A2 e a B2, depois de verem o filme, falassem sobre as imagens que viram da C2. Depois a C2 irá comentar o que disseram.

- ✓ Visionamento do filme da C2.
- ✓ Comentários espontâneos: “Então o que é que acham? Como é que faz em relação ao que viu?”
- ✓ 1ª Questão: o que é que diferencia cada um e porquê?
- ✓ 2ª Questão: o que é que igual para cada um e porquê?
- ✓ Estimular/reformular as questões/respostas ao longo da entrevista
- ✓ Referência ao passado: “Como fazia antes?”
- ✓ Depois de terem esgotado o diálogo, induzir/estimular o diálogo  
(ver p.423)

## **Guião da entrevista colectiva realizada ao grupo de participantes: Grupo G2**

### ***Entrevista colectiva G2: A actividade de trabalho e as estratégias de regulação***

#### **2Entrevista colectiva G2**

##### Objectivos

- Análise colectiva das relações entre o trabalho e a saúde
- Identificação e análise das estratégias utilizadas na preservação da saúde no trabalho

##### Metodologia

- ✓ Entrevista colectiva com 3 trabalhadores participantes (A2, B2 e C2) com visionamento das situações de trabalho e registo áudio e vídeo

##### Fases da entrevista

- ✓ Agradecer a presença de todos
- ✓ Pedir autorização para a gravação e filmagem da entrevista – explicar o porquê.
- ✓ Vamos voltar a ver algumas imagens de vídeo relativas ao V. Trabalho. Vamos ver hoje a imagem da B2.
- ✓ O que é que vos vou pedir:
  - Vamos ver a B2, queria que o A2 e a B2, depois de verem o filme, falassem sobre as imagens que viram da B2. Depois a B2 irá comentar o que disseram.
- ✓ Visionamento do filme da B2.
- ✓ Comentários espontâneos: “Então o que é que acham?”
- ✓ 1ª Questão: o que é que diferencia cada um e porquê?
- ✓ 2ª Questão: o que é que igual para cada um e porquê?
- ✓ Ir reformulando as questões/respostas ao longo da entrevista em função da check-list de temas (ver p.423)
- ✓ Referência ao passado: “Como fazia antes?”

## **Guião da entrevista colectiva realizada ao grupo de participantes: Grupo G2**

### **Entrevista colectiva G2: A actividade de trabalho e as estratégias de regulação**

#### **3Entrevista colectiva G2**

##### Objectivos

- Análise colectiva das relações entre o trabalho e a saúde
- Tomada de consciência dos riscos profissionais da actividade de tecelão/tecedeira e dos efeitos na saúde e bem-estar
- Apresentação e discussão dos resultados obtidos no Inquérito SIT na ITV comparativamente com o Sector dos Transportes

##### Metodologia

- ✓ Entrevista colectiva com 3 trabalhadores participantes (A2, B2 e C2) com visionamento das situações de trabalho e registo áudio e vídeo

##### Fases da entrevista

- ✓ Agradecer de novo a presença de todos
- ✓ Pedir autorização para a gravação e filmagem da entrevista – explicar o porquê.
- ✓ Introduzir o estudo de investigação realizado no âmbito da Campanha para a melhoria das condições de trabalho na Indústria Têxtil. Explicar:
  - o objectivo do estudo (*o impacto das condições de trabalho na saúde dos trabalhadores da ITV*)
  - as entidades envolvidas (*FPCE da UP e IDICT*)
  - a amostra: n.º de trabalhadores (*330 trabalhadores*), n.º de empresas (*12 empresas*)
  - a metodologia utilizada (*SIT em situação de entrevista*)
  - a finalidade (*propostas de intervenção nas condições de trabalho*)
- ✓ Introduzir o estudo de investigação realizado no Sector dos Transportes: explicar sucintamente.

- Explicar os resultados
- ✓ Apresentar os principais resultados do estudo da ITV e compará-los com os Transportes (*com suporte em papel de cor para acompanhar a leitura feita pelo investigador, ver p.424-428*) e promover os comentários.
  - O trabalhador “típico” da ITV/TRANS
  - A trabalhadora “típica” da ITV/TRANS
- ✓ Promover a discussão e reflexão
  - Principais riscos profissionais dos tecelões/tecedeiras comparativamente com os motoristas
  - Principais problemas de saúde dos homens e das mulheres dos tecelões/tecedeiras comparativamente com os motoristas
- ✓ Promover a discussão e reflexão
- ✓ Intervenção livre da Médica da empresa

### Check-list de temas a introduzir: ... e fez sempre assim?

- Deslocamentos
- Subir e descer aos teares
- Subir e descer aos estrados
- Estrados perigosos *versus* não perigosos: quais, como e porquê
- Botões de segurança: quais, utilização: quando e porquê
- As posturas: esticar, dobrar, agachar
- Utilização dos auriculares
- Os emaranhados de fios da teia
- Monotonia do trabalho
- Quando a carreira está andar bem, em que é que pensam e quando está a correr mal, em que é que pensam.
- Comunicação através dos lábios
  
- Estratégias de antecipação (para evitar que o tear pare) – exemplos:
  - Limpar o algodão do tear
  - Emendar o fio de trama
  - Esticar os fios que sobram da teia
- Estratégias de antecipação (para evitar o defeito) – exemplos
  - Vigiar o tecido
- Estratégias de prevenção do acidente – exemplos
- Estratégias de construção da saúde – exemplos

### **O Trabalhador "Típico" da ITV**

- 34 anos de idade;
- 6º ano de escolaridade;
- Trabalha desde os 14 anos;
- É efectivo numa empresa há 11 anos;
- É tecelão;
- Trabalha em turnos fixos;
- Possui uma segunda actividade profissional;
- É obrigado a
  - adoptar posturas penosas ou cansativas,
  - carregar cargas pesadas,
  - efectuar esforços físicos intensos;
- Está exposto ao ruído e a poeiras;
- Alguma dificuldade em trabalhar com o barulho;
- Alterações ligeiras de audição;
- Estado de saúde bom;
- Está bastante satisfeito com o seu trabalho;
- Espera um futuro diferente para os seus filhos.

### **A Trabalhadora "Típica" da ITV**

- 33 anos de idade;
- 6º ano de escolaridade;
- Trabalha desde os 14 anos;
- É efectivo numa empresa há 11 anos;
- É costureira;
- Trabalha em turnos fixos;
- Trabalho doméstico 4h diárias;
- É obrigado a adoptar posturas penosas ou cansativas;
- Está exposto às poeiras;
- Alguma dificuldade em
  - fazer esforços físicos;
  - manter posturas desconfortáveis;
- Sente-se frequentemente nervosa e tensa;
- Estado de saúde bom;
- Está bastante satisfeito com o seu trabalho;
- Espera um futuro diferente para os seus filhos.

## **O Trabalhador "Típico" do Sector dos Transportes**

- É homem
- 39 anos de idade;
- 9º ano de escolaridade;
- Trabalha desde os 16 anos;
- É efectivo numa empresa há 5 anos;
- É motorista;
- Trabalha em horários irregulares;
- Não possui uma segunda actividade profissional;
- É obrigado a
  - adoptar posturas penosas ou cansativas,
  - permanecer muitas horas sentado;
- Está exposto a poluição e a agentes infecciosos;
- Alguma dificuldade em trabalhar ao sábado e domingo;
- Alterações ligeiras de visão;
- Estado de saúde bom;
- Está satisfeito com o seu trabalho;
- Espera um futuro diferente para os seus filhos.

## **Problemas de saúde dos homens e das mulheres da ITV**

- Mais homens apresentam marcas de acidentes;
- Mais homens apresentam incapacidade resultante de acidente;
- As mulheres consomem mais medicamentos;
- Os homens faltam mais por acidente;
- As mulheres faltam mais por doença;
- Os homens sofrem mais de:
  - hipertensão arterial,
  - problemas digestivos,
  - problemas respiratórios,
  - problemas articulares e musculares;
- As mulheres sofrem mais de:
  - doenças nervosas,
  - depressões,
  - dores de cabeça;
- Mais homens apresentam problemas de audição;
- Mais mulheres apresentam problemas de visão e de locomoção.

## **Problemas de Saúde dos Motoristas**

Os motoristas sofrem mais de:

- Problemas de coluna
- Problemas digestivos
- Problemas gênito-urinários;

Os motoristas têm limitações ao nível do aparelho locomotor:

- Região cervical
- Região dorsal
- Região lombar;

Os motoristas normalmente não tomam medicamentos

## **Riscos Profissionais dos Tecelões e Tecedeiras**

90 trabalhadores em cada 100

**trabalham por turnos em horários fixos**

90 trabalhadores em cada 100

**são obrigados a adoptar posturas penosas ou cansativas**

58 trabalhadores em cada 100

**são obrigados a carregar cargas pesadas**

58 trabalhadores em cada 100

**executam esforços físicos intensos**

90 trabalhadores em cada 100

**estão expostos a ruído intenso**

95 trabalhadores em cada 100

**estão expostos a poeiras**

58 trabalhadores em cada 100

**têm dificuldade em fazer grandes esforços físicos,**

**a permanecer muito tempo de pé,**

**a manter posições desconfortáveis**

65 trabalhadores em cada 100

**têm dificuldade em trabalhar com barulho**

25 trabalhadores em cada 100

**apresentam alterações de audição**

## **Riscos Profissionais dos Motoristas**

80 trabalhadores em cada 100

**trabalham em horários irregulares**

90 trabalhadores em cada 100

**são obrigados a adoptar posturas penosas ou cansativas**

50 trabalhadores em cada 100

**estão expostos a agentes poluentes**

70 trabalhadores em cada 100

**estão expostos a agentes infecciosos**

80 trabalhadores em cada 100

**têm que suportar as exigências do público,**

**tomam refeições a horas irregulares,**

**dormem a horas irregulares**

50 trabalhadores em cada 100

**são frequentemente obrigados a despacharem-se**

**são frequentemente interrompidos**

**são obrigados a trabalhar ao sábado e ao domingo**

30 trabalhadores em cada 100

**apresentam alterações de visão**

## **Guião da entrevista colectiva realizada ao grupo de participantes: Grupo G3**

### **Entrevista colectiva G3: *As minhas estratégias e as estratégias dos outros***

---

#### **Entrevista colectiva G3: Preparação**

##### Objectivos

- Tomada de consciência das estratégias individuais de preservação da saúde no trabalho
- Confrontação com as estratégias desenvolvidas pelos outros
- Apresentação e discussão dos resultados obtidos no Inquérito SIT na ITV comparativamente com o Sector dos Transportes

##### Metodologia

- ✓ Entrevista individual com um elemento A3 de um grupo de 3 trabalhadores com registo áudio e vídeo

##### Fases da entrevista

- ✓ Pedir autorização para a gravação da entrevista – explicar o porquê.
- ✓ Reconstituir sucintamente o percurso da A3 (3 entrevistas individuais) e apresentar as nossas intenções relativas ao objectivo desta entrevista e da entrevista colectiva.
- ✓ Ao longo das três entrevistas realizadas falamos sobre muita coisa. Uma das coisas que falamos foi sobre as *estratégias de antecipação na preservação da saúde*, o que é isto? São todas aquelas coisas que fazemos para evitar que outra coisa aconteça (ex. quando está a chover, conduzimos mais devagar para podermos travar e não derrapar se precisarmos de parar).

Deste modo: (Apresentação dos quadros, ver p.433,434)

- Momento 1: Verbalização espontânea: como é que costuma fazer?
- Momento 2: Restituição das suas *estratégias individuais*: o que é que acha? Há alguma coisa nova/diferente?
- Momento 3: Confrontação com as *estratégias dos outros*: o que é que acha? Há alguma coisa nova/igual/diferente?

- ✓ Introduzir o estudo de investigação realizado no âmbito da Campanha para a melhoria das condições de trabalho na Indústria Têxtil. Explicar:
  - o objectivo do estudo (*o impacto das condições de trabalho na saúde dos trabalhadores da ITV*)
  - as entidades envolvidas (*FPCE da UP e IDICT*)
  - a amostra: n.º de trabalhadores (*330 trabalhadores*), n.º de empresas (*12 empresas*)
  - a metodologia utilizada (*SIT em situação de entrevista*)
  - a finalidade (*propostas de intervenção nas condições de trabalho*)
- ✓ Introduzir o estudo de investigação realizado no Sector dos Transportes: explicar sucintamente.
  - Explicar os resultados
- ✓ Apresentar os principais resultados do estudo da ITV e compará-los com os Transportes (*com suporte em papel de cor para acompanhar a leitura feita pelo investigador, ver p.424-428*) e promover os comentários. Pedir exemplos concretos
  - O trabalhador “típico” da ITV/TRANS
  - A trabalhadora “típica” da ITV/TRANS
- ✓ Promover a discussão e reflexão
  - Principais riscos profissionais dos tecelões/tecedeiras comparativamente com os motoristas
  - Principais problemas de saúde dos homens e das mulheres dos tecelões/tecedeiras comparativamente com os motoristas
- ✓ Promover a discussão e reflexão

## Guião da entrevista colectiva realizada ao grupo de participantes: Grupo G3

### Entrevista colectiva G3: *As minhas estratégias e as estratégias dos outros*

---

#### Entrevista colectiva G3

##### Objectivos

- Análise colectiva das relações entre o trabalho e a saúde
- Tomada de consciência das estratégias individuais de preservação da saúde no trabalho
- Confrontação com as estratégias desenvolvidas pelos outros
- Apresentação e discussão dos resultados obtidos no Inquérito SIT na ITV comparativamente com o Sector dos Transportes

##### Metodologia:

- ✓ Entrevista colectiva com 3 trabalhadores participantes (A3, B3 e C3) com registo áudio e vídeo

##### Fases da entrevista

- ✓ Agradecer de novo a presença de todos
- ✓ Pedir autorização para a gravação e filmagem da entrevista – explicar o porquê.
- ✓ Hoje vamos falar de sobre as *estratégias de antecipação na preservação da saúde*, o que é isto? São todas aquelas coisas que fazemos para evitar que outra coisa aconteça (ex. quando está a chover, conduzimos mais devagar para podermos travar e não derrapar se precisarmos de parar).
- ✓ Explicar a razão da constituição do grupo: 1 tecedeira + 1 remetedeira + 1 atadeira
- ✓ Explicar a razão da entrevista individual com a tecedeira e enquadrar o conceito de *estratégias de antecipação*, referindo exemplos concretos.

Deste modo: (Apresentação do quadro, ver p.434)

- Momento 1: Verbalização espontânea com a remetedeira e atadeira: como é que costumam fazer?
  - Momento 2: Intervenção da tecedeira referindo as suas *estratégias individuais com exemplos concretos*: o que é que acham? Há alguma coisa nova/diferente?
  - Momento 3: Confrontação com as *estratégias dos outros*: o que é que acham? Há alguma coisa nova/igual/diferente?
- 
- ✓ Intervenção da tecedeira com o objectivo de resumir os resultados do estudo de investigação realizado no âmbito da Campanha para a melhoria das condições de trabalho na Indústria Têxtil comparando-os com os resultados no Sector dos Transportes (*com suporte em papel de cor para acompanhar a leitura feita pelo investigador, ver p.424-428*) e promover os comentários. Pedir exemplos concretos.
  - ✓ Promover a discussão e reflexão
    - O trabalhador “típico” da ITV/TRANS
    - A trabalhadora “típica” da ITV/TRANS
    - Principais riscos profissionais dos tecelões/tecedeiras comparativamente com os motoristas
    - Principais problemas de saúde dos homens e das mulheres dos tecelões/tecedeiras comparativamente com os motoristas
  - ✓ Promover a discussão e reflexão

Tecelagem  
Quadro – Grupo G3

Estratégias	A3	
<p><b>Tecelões</b></p> <p>Paragem simultânea (ou quase) de muitos teares</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Começa pelo tear que está mais perto, deixando para trás os que têm mais fios para emendar (independentemente de ser quebra de teia – luz azul ou quebra de trama – luz amarela</li> <li>- Vigiar as teias.</li> <li>- Ver se faltam fios da teia.</li> </ul>	
<p>Prevenir a paragem do tear</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigiar as teias.</li> <li>- Ver se as aureolas estão bem</li> </ul>	
<p>Prevenir o acidente</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quando está com a alavanca do tear em cima procura segurá-la para não descer.</li> <li>- Subir e descer o tear devagar para não escorregar.</li> <li>- Usa chinelos com sola de borracha para não escorregar.</li> <li>- Usa roupa de malha (mais justa) para não prender ao tear.</li> <li>- Não usa anéis nem pulseiras para as mãos não prenderem nas malhas do tear.</li> </ul>	
<p>Prevenir a saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Subir ao rolo do tecido</li> <li>- Depois de sair do trabalho não penso mais.</li> <li>- Chamar o ajudante quando há uma manada de fios.</li> <li>- Falar/pensar/imaginar</li> </ul>	

Tecelagem  
Quadro – Grupo G3

Estratégias	A3	Outros
Paragem simultânea (ou quase) de muitos teares	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Começa pelo tear que está mais perto, deixando para trás os que têm mais fios para emendar (independentemente de ser quebra de teia – luz azul ou quebra de trama – luz amarela)</li> <li>- Vigiar as teias.</li> <li>- Ver se faltam fios da teia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Começa pelo tear que está mais perto.</li> <li>- Começa pela trama.</li> <li>- Começa pelo tear com quebra de poucos fios (um ou dois).</li> </ul>
Prevenir a paragem do tear	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigiar as teias.</li> <li>- Ver se as aureolas estão bem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Emendar o fio de trama.</li> <li>- Limpar o cotão.</li> <li>- Esticar os fios que sobram da teia.</li> </ul>
Prevenir o defeito	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigiar as teias.</li> <li>- Ver se as aureolas estão bem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigiar o tecido.</li> <li>- Limpar o defeito.</li> <li>- Limpar o calcador.</li> <li>- Estar atento ao tipo de remetido.</li> </ul>
Prevenir o acidente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quando está com a alavanca do tear em cima procura segurá-la para não descer.</li> <li>- Subir e descer o tear devagar para não escorregar.</li> <li>- Usa chinelos com sola de borracha para não escorregar.</li> <li>- Usa roupa de malha (mais justa) para não prender ao tear.</li> <li>- Não usa anéis nem pulseiras para as mãos não prenderem nas malhas do tear.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Travar o tear (que normalmente não se faz)</li> <li>- Usar calçado de borracha.</li> <li>- Subir e descer os estrado devagar.</li> <li>- Quando se está a emendar o fio ver se há alguém junto ao tear.</li> </ul>
Prevenir a saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Subir ao rolo do tecido</li> <li>- Depois de sair do trabalho não penso mais.</li> <li>- Chamar o ajudante quando há uma manada de fios.</li> <li>- Falar/pensar/imaginar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Subir aos teares/dar a volta aos teares/esticar-se em cima do estrado.</li> <li>- Apoiar o pé alternadamente no estrado/apoiar a perna alternadamente no rolo de tecido.</li> <li>- Falar para pedir informações, esclarecimentos, ajuda resolução de problemas</li> <li>- Pensar/falar/cantar/rezar</li> </ul>

## **Guião da entrevista colectiva realizada ao grupo de participantes: Grupo G4**

### **Entrevista colectiva G4: *As minhas estratégias, diferenças e evoluções***

---

#### **Entrevista colectiva G4**

##### Objectivos

- Análise colectiva das relações entre o trabalho e a saúde
- Tomada de consciência das estratégias individuais de preservação da saúde no trabalho
- Confrontação com as estratégias dos principiantes *versus* experientes e de diferentes gerações
- Apresentação e discussão dos resultados obtidos no Inquérito SIT na ITV comparativamente com o Sector dos Transportes

##### Metodologia:

- ✓ Entrevista colectiva com 3 trabalhadores participantes (A4, B4 e C4) com registo áudio e vídeo

##### Fases da entrevista

- ✓ Agradecer a presença de todos
- ✓ Pedir autorização para a gravação e filmagem da entrevista – explicar o porquê.
- ✓ Vamos falar de estratégias de construção da saúde que utilizam para cuidar/preservar a V. Saúde?

(explicar a noção de *estratégia de antecipação*)

- ✓ A partir deste conjunto de estratégias utilizadas pelos tecelões/tecedeiras gostaria que indicasse aquelas que são:
  - Estratégias de principiantes *versus* experientes
  - Estratégias de gerações diferentes

(apresentação do quadro das *estratégias* tecelões/tecedeiras, ver p.437-439)

- ✓ Temas a introduzir:
  - Como faziam quando começaram?

- Como fazem agora?
- Como faziam na tecelagem antiga?
- Como fazem na tecelagem nova?
- ✓ Devolução e restituição dos dados do SIT na ITV confrontando-os com os dados do SIT no Sector dos Transportes
- ✓ Apresentar os principais resultados do estudo da ITV e compará-los com os Transportes (*com suporte em papel de cor para acompanhar a leitura feita pelo investigador, ver p.424-428*) e promover os comentários. Pedir exemplos concretos
  - O trabalhador “típico” da ITV/TRANS
  - A trabalhadora “típica” da ITV/TRANS
- ✓ Promover a discussão e reflexão
  - Principais riscos profissionais dos tecelões/tecedeiras comparativamente com os motoristas
  - Principais problemas de saúde dos homens e das mulheres dos tecelões/tecedeiras comparativamente com os motoristas
- ✓ Promover a discussão e reflexão

Tecelagem  
Quadro – Grupo G4

Tecelões <hr/> Estratégias	Exemplos:	Principiante	Experiente
Paragem simultânea (ou quase) de muitos teares	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Começa pelo tear que está mais perto.</li> <li>- Começa pela trama.</li> <li>- Começa pelo tear com quebra de poucos fios (um ou dois).</li> <li>- Começa pelo tear que está mais perto, deixando para trás os que têm mais fios para emendar (independentemente de ser quebra de teia – luz azul ou quebra de trama – luz amarela)</li> </ul>		

Tecelões <hr/> Estratégias	Exemplos:	Principiante	Experiente
Prevenir a paragem do tear	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Emendar o fio de trama.</li> <li>- Limpar o cotão.</li> <li>- Esticar os fios que sobram da teia.</li> <li>- Vigiar as teias.</li> <li>- Ver se faltam fios da teia.</li> </ul>		

Tecelagem  
Quadro – Grupo G4

Tecelões Estratégias Prevenir o defeito	Exemplos:	Principiante	Experiente
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigiar o tecido.</li> <li>- Limpar o defeito.</li> <li>- Limpar o calcador.</li> <li>- Estar atento ao tipo de remetido.</li> <li>- Ver se as aureolas estão bem</li> </ul>		

Tecelões Estratégias Prevenir o acidente	Exemplos:	Principiante	Experiente
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Travar o tear (que normalmente não se faz)</li> <li>- Usar calçado de borracha para não escorregar.</li> <li>- Subir e descer os estrado devagar para não escorregar.</li> <li>- Quando se está a emendar o fio ver se há alguém junto ao tear.</li> <li>- Quando está com a alavanca do tear em cima procura segurá-la para não descer.</li> <li>- Usa roupa de malha (mais justa) para não prender ao tear.</li> <li>- Não usa anéis nem pulseiras para as mãos não prenderem nas malhas do tear</li> </ul>		

Tecelagem/Sampedro  
 Quadro – Grupo G4

Tecelões Estratégias Prevenir a saúde	Exemplos:	Principiante	Experiente
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Subir aos teares/dar a volta aos teares/esticar-se em cima do estrado.</li> <li>- Apoiar o pé alternadamente no estrado/apoiar a perna alternadamente no rolo de tecido.</li> <li>- Falar para pedir informações, esclarecimentos, ajuda, resolução de problemas</li> <li>- Pensar/falar/cantar/rezar/imaginar</li> <li>- Subir ao rolo do tecido</li> <li>- Depois de sair do trabalho não pensar mais no trabalho.</li> <li>- Chamar o ajudante quando há uma manada de fios.</li> </ul>		

## **Guião da entrevista colectiva realizada ao grupo de participantes: Grupo G5**

### **Entrevista colectiva G5: *O eu e os outros, riscos e estratégias***

---

#### **Entrevista colectiva G5**

##### Objectivos

- Análise colectiva das relações entre o trabalho e a saúde
- Identificação e análise dos riscos profissionais da actividade de tecelão/tecedeira
- Identificação e análise dos efeitos das condições de trabalho na saúde e no bem-estar
- Identificação e análise das estratégias utilizadas na preservação da saúde no trabalho
- Apresentação e discussão dos resultados obtidos no Inquérito SIT na ITV comparativamente com o Sector dos Transportes

##### Metodologia:

- ✓ Entrevista colectiva com 3 trabalhadores participantes (A5, B5 e C5) com registo áudio e vídeo

##### Fases da entrevista

- ✓ Agradecer a presença de todos
- ✓ Pedir autorização para a gravação e filmagem da entrevista – explicar o porquê.
- ✓ Em que é que consiste o V. Trabalho?
- ✓ Quais os riscos da V. Profissão?  
(explicar a noção de *risco profissional*)?
- ✓ Quais as estratégias que utilizam para cuidar/preservar a V. Saúde?  
(explicar a noção de *estratégia de antecipação*)  
(confrontar com o quadro das *estratégias dos outros* tecelões/tecedeiras, ver p.442)

- ✓ Devolução e restituição dos dados do SIT na ITV confrontando-os com os dados do SIT no Sector dos Transportes
- ✓ Apresentar os principais resultados do estudo da ITV e compará-los com os Transportes (*com suporte em papel de cor para acompanhar a leitura feita pelo investigador, ver p.424-428*) e promover os comentários. Pedir exemplos concretos
  - O trabalhador “típico” da ITV/TRANS
  - A trabalhadora “típica” da ITV/TRANS
- ✓ Promover a discussão e reflexão
  - Principais riscos profissionais dos tecelões/tecedeiras comparativamente com os motoristas
  - Principais problemas de saúde dos homens e das mulheres dos tecelões/tecedeiras comparativamente com os motoristas
- ✓ Promover a discussão e reflexão

Tecelagem  
Quadro – Grupo G5

Estratégias	Outros
<p>Tecelões</p> <p>Paragem simultânea (ou quase) de muitos teares</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Começa pelo tear que está mais perto.</li> <li>- Começa pela trama.</li> <li>- Começa pelo tear com quebra de poucos fios (um ou dois).</li> <li>- Começa pelo tear que está mais perto, deixando para trás os que têm mais fios para emendar (independentemente de ser quebra de teia – luz azul ou quebra de trama – luz amarela</li> </ul>
<p>Prevenir a paragem do tear</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Emendar o fio de trama.</li> <li>- Limpar o cotão.</li> <li>- Esticar os fios que sobram da teia.</li> <li>- Vigiar as teias.</li> <li>- Ver se faltam fios da teia.</li> </ul>
<p>Prevenir o defeito</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigiar o tecido.</li> <li>- Limpar o defeito.</li> <li>- Limpar o calçador.</li> <li>- Estar atento ao tipo de remetido.</li> <li>- Ver se as aureolas estão bem</li> </ul>
<p>Prevenir o acidente</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Travar o tear (que normalmente não se faz)</li> <li>- Usar calçado de borracha para não escorregar.</li> <li>- Subir e descer os estrado devagar para não escorregar.</li> <li>- Quando se está a emendar o fio ver se há alguém junto ao tear.</li> <li>- Quando está com a alavanca do tear em cima procura segurá-la para não descer.</li> <li>- Usa roupa de malha (mais justa) para não prender ao tear.</li> <li>- Não usa anéis nem pulseiras para as mãos não prenderem nas malhas do tear</li> </ul>
<p>Prevenir a saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Subir aos teares/dar a volta aos teares/esticar-se em cima do estrado.</li> <li>- Apoiar o pé alternadamente no estrado/apoiar a perna alternadamente no rolo de tecido.</li> <li>- Falar para pedir informações, esclarecimentos, ajuda, resolução de problemas</li> <li>- Pensar/falar/cantar/rezar/imaginar</li> <li>- Subir ao rolo do tecido</li> <li>- Depois de sair do trabalho não pensar mais no trabalho.</li> <li>- Chamar o ajudante quando há uma manada de fios.</li> </ul>

**ANEXO 11**

---

QSR N6 Full version, revision 6.0.

Licensee: +++.

PROJECT: Tecelagem, User Carla, 5:58 pm, Apr 13, 2003.

REPORT ON NODES FROM Tree Nodes '~/'

Depth: ALL

Restriction on coding data: NONE

\*\*\*\*\*

(2) /Dados Conteúdo

\*\*\* Description:

Sistema de categorias para análise das entrevistas

This node codes 35 documents.

1: 1ECG1	2: 1ECG2	3: 1EIA1	4: 1EIA2
5: 1EIA3	6: 1EIA4	7: 1EIC1	8: 2ECG1
9: 2ECG2	10: 2EIA1	11: 2EIA2	12: 2EIA3
13: 2EIA4	14: 2EIB2	15: 2EIB3	16: 2EIC1
17: 2EIC3	18: 2EIC4	19: 3ECG2	20: 3EIA1
21: 3EIA2	22: 3EIA3	23: 3EIA4	24: 3EIB1
25: 3EIB2	26: 3EIB3	27: 3EIB4	28: 3EIC1
29: 3EIC2	30: 3EIC3	31: 3EIC4	32: ECG3
33: ECG4	34: ECG5	35: EPrepECG3	

\*\*\*\*\*

(2 1) /Dados Conteúdo/Estratégias de regulação

\*\*\* Description:

Esta categoria reúne o conjunto das estratégias de regulação desenvolvidas pelos trabalhadores na procura de um equilíbrio frágil entre o cumprimento de normas de produção e a preservação da sua saúde e bem-estar.

This node codes 29 documents.

1: 1ECG1	2: 1ECG2	3: 1EIA1	4: 1EIA2
5: 1EIA3	6: 1EIA4	7: 2ECG1	8: 2ECG2
9: 2EIA1	10: 2EIA2	11: 2EIA3	12: 2EIB2
13: 3ECG2	14: 3EIA1	15: 3EIA2	16: 3EIA3
17: 3EIA4	18: 3EIB1	19: 3EIB2	20: 3EIB3
21: 3EIB4	22: 3EIC1	23: 3EIC2	24: 3EIC3
25: 3EIC4	26: ECG3	27: ECG4	28: ECG5
29: EPrepECG3			

\*\*\*\*\*

(2 1 1) /Dados Conteúdo/Estratégias de regulação/Pólo eu

\*\*\* Description:

Esta categoria descreve as estratégias de regulação centradas no próprio trabalhador

This node codes 28 documents.

1: 1ECG1	2: 1ECG2	3: 1EIA1	4: 1EIA2
5: 1EIA3	6: 2ECG1	7: 2ECG2	8: 2EIA1
9: 2EIA2	10: 2EIA3	11: 2EIB2	12: 3ECG2
13: 3EIA1	14: 3EIA2	15: 3EIA3	16: 3EIA4

17: 3EIB1      18: 3EIB2      19: 3EIB3      20: 3EIB4  
21: 3EIC1      22: 3EIC2      23: 3EIC3      24: 3EIC4  
25: ECG3      26: ECG4      27: ECG5      28: EPrepECG3

\*\*\*\*\*

(2 1 1 2)      /Dados Conteúdo/Estratégias de regulação/Pólo eu/Regulações  
catacréticas

\*\*\* Description:

Estas estratégias de regulação descrevem a utilização de um instrumento, de uma acção ou de um pensamento com outra finalidade da que foi inicialmente prevista

This node codes 21 documents.

1: 1ECG1      2: 1ECG2      3: 2ECG1      4: 2ECG2  
5: 2EIA2      6: 3EIA1      7: 3EIA2      8: 3EIA3  
9: 3EIA4      10: 3EIB1      11: 3EIB2      12: 3EIB3  
13: 3EIB4      14: 3EIC1      15: 3EIC2      16: 3EIC3  
17: 3EIC4      18: ECG3      19: ECG4      20: ECG5  
21: EPrepECG3

\*\*\*\*\*

(2 1 1 1)      /Dados Conteúdo/Estratégias de regulação/Pólo eu/Regulações  
operatórias

\*\*\* Description:

Estas estratégias de regulação descrevem os modos de agir e de pensar utilizados pelos trabalhadores

This node codes 27 documents.

1: 1ECG1      2: 1ECG2      3: 1EIA1      4: 1EIA2  
5: 1EIA3      6: 2ECG1      7: 2ECG2      8: 2EIA1  
9: 2EIA3      10: 2EIB2      11: 3ECG2      12: 3EIA1  
13: 3EIA2      14: 3EIA3      15: 3EIA4      16: 3EIB1  
17: 3EIB2      18: 3EIB3      19: 3EIB4      20: 3EIC1  
21: 3EIC2      22: 3EIC3      23: 3EIC4      24: ECG3  
25: ECG4      26: ECG5      27: EPrepECG3

\*\*\*\*\*

(2 1 3)      /Dados Conteúdo/Estratégias de regulação/Pólo outros

\*\*\* Description:

Esta categoria descreve as estratégias de regulação horizontais desenvolvidas e partilhadas no seio do colectivo de trabalho

This node codes 17 documents.

1: 1ECG2      2: 1EIA4      3: 2ECG1      4: 2ECG2  
5: 3EIA1      6: 3EIA2      7: 3EIA3      8: 3EIB1  
9: 3EIB2      10: 3EIB3      11: 3EIC1      12: 3EIC2  
13: 3EIC3      14: 3EIC4      15: ECG3      16: ECG5  
17: EPrepECG3

\*\*\*\*\*

(2 1 2)      /Dados Conteúdo/Estratégias de regulação/Pólo sistema

\*\*\* Description:

Esta categoria descreve as estratégias de regulação desenvolvidas em função do sistema

This node codes 26 documents.

1: 1ECG2      2: 1EIA1      3: 1EIA2      4: 1EIA3  
5: 1EIA4      6: 2ECG1      7: 2ECG2      8: 2EIA1

9: 2EIA3      10: 2EIB2      11: 3EIA1      12: 3EIA2  
 13: 3EIA3      14: 3EIA4      15: 3EIB1      16: 3EIB2  
 17: 3EIB3      18: 3EIB4      19: 3EIC1      20: 3EIC2  
 21: 3EIC3      22: 3EIC4      23: ECG3      24: ECG4  
 25: ECG5      26: EPrepECG3

\*\*\*\*\*

(2 1 2 2)      /Dados Conteúdo/Estratégias de regulação/Pólo sistema/Regulações estruturais

\*\*\* Description:

Estas estratégias de regulação descrevem alterações dos objectivos fixados para determinada tarefa ou determinado objecto de trabalho

This node codes 17 documents.

1: 1ECG2      2: 1EIA4      3: 2ECG1      4: 2ECG2  
 5: 3EIA1      6: 3EIA2      7: 3EIA3      8: 3EIB2  
 9: 3EIB3      10: 3EIB4      11: 3EIC1      12: 3EIC2  
 13: 3EIC3      14: 3EIC4      15: ECG3      16: ECG5  
 17: EPrepECG3

\*\*\*\*\*

(2 1 2 1)      /Dados Conteúdo/Estratégias de regulação/Pólo sistema/Regulações funcionais

\*\*\* Description:

Estas estratégias de regulação descrevem alterações ao método de trabalho inicialmente previsto

This node codes 24 documents.

1: 1ECG2      2: 1EIA1      3: 1EIA2      4: 1EIA3  
 5: 2ECG1      6: 2ECG2      7: 2EIA1      8: 2EIA3  
 9: 2EIB2      10: 3EIA1      11: 3EIA2      12: 3EIA3  
 13: 3EIA4      14: 3EIB1      15: 3EIB2      16: 3EIB3  
 17: 3EIB4      18: 3EIC2      19: 3EIC3      20: 3EIC4  
 21: ECG3      22: ECG4      23: ECG5      24: EPrepECG3

\*\*\*\*\*

(2 2)      /Dados Conteúdo/Valores

\*\*\* Description:

Esta categoria reúne o conjunto dos valores que, enraizados na história de vida de cada um, dão um significado à actividade de trabalho nomeadamente na saúde no trabalho

This node codes 32 documents.

1: 1ECG1      2: 1ECG2      3: 1EIA1      4: 1EIA2  
 5: 1EIA4      6: 1EIC1      7: 2ECG1      8: 2ECG2  
 9: 2EIA1      10: 2EIA4      11: 2EIB2      12: 2EIB3  
 13: 2EIC1      14: 2EIC3      15: 2EIC4      16: 3ECG2  
 17: 3EIA1      18: 3EIA2      19: 3EIA3      20: 3EIA4  
 21: 3EIB1      22: 3EIB2      23: 3EIB3      24: 3EIB4  
 25: 3EIC1      26: 3EIC2      27: 3EIC3      28: 3EIC4  
 29: ECG3      30: ECG4      31: ECG5      32: EPrepECG3

\*\*\*\*\*

(2 2 1)      /Dados Conteúdo/Valores/Gestão de si no trabalho

\*\*\* Description:

Valores que caracterizam o uso de si no trabalho e a forma como gerem o uso de si

This node codes 28 documents.

1: 1ECG1	2: 1ECG2	3: 1EIA1	4: 1EIA4
5: 2ECG1	6: 2ECG2	7: 2EIA1	8: 2EIA4
9: 2EIB2	10: 2EIC1	11: 2EIC3	12: 2EIC4
13: 3ECG2	14: 3EIA1	15: 3EIA2	16: 3EIA3
17: 3EIA4	18: 3EIB1	19: 3EIB2	20: 3EIB3
21: 3EIC1	22: 3EIC2	23: 3EIC3	24: 3EIC4
25: ECG3	26: ECG4	27: ECG5	28: EPrepECG3

\*\*\*\*\*

(2 2 2) /Dados Conteúdo/Valores/Mercado

\*\*\* Description:

Valores que justificam e legitimam a nocividade do trabalho e das condições de trabalho

This node codes 21 documents.

1: 1ECG1	2: 1ECG2	3: 2ECG1	4: 2ECG2
5: 2EIA1	6: 2EIB2	7: 2EIB3	8: 2EIC3
9: 2EIC4	10: 3EIA1	11: 3EIA2	12: 3EIA3
13: 3EIA4	14: 3EIB1	15: 3EIB2	16: 3EIB4
17: 3EIC2	18: 3EIC3	19: 3EIC4	20: ECG3
21: EPrepECG3			

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

(2 2 3) /Dados Conteúdo/Valores/Politeia

\*\*\* Description:

Valores subjectivos, sem dimensão, que, específicos a cada um, se entrelaçam com os modos de agir e de pensar no trabalho e que reflectem diferentes planos de vida

This node codes 17 documents.

1: 1ECG1	2: 1ECG2	3: 1EIA4	4: 2ECG1
5: 2ECG2	6: 2EIC4	7: 3EIA1	8: 3EIA2
9: 3EIA3	10: 3EIA4	11: 3EIB1	12: 3EIB2
13: 3EIC3	14: 3EIC4	15: ECG3	16: ECG5
17: EPrepECG3			

\*\*\*\*\*

(1) /Dados de Identificação

\*\*\* Description:

Esta categoria integra a identificação e descrição dos vários intervenientes nos diferentes tipos e momentos das entrevistas

This node codes 45 documents.

1: 1ECG1	2: 1ECG2	3: 1EIA1	4: 1EIA2
5: 1EIA3	6: 1EIA4	7: 1EIB1	8: 1EIB2
9: 1EIB3	10: 1EIB4	11: 1EIC1	12: 1EIC2
13: 1EIC3	14: 1EIC4	15: 2ECG1	16: 2ECG2
17: 2EIA1	18: 2EIA2	19: 2EIA3	20: 2EIA4
21: 2EIB1	22: 2EIB2	23: 2EIB3	24: 2EIB4
25: 2EIC1	26: 2EIC2	27: 2EIC3	28: 2EIC4
29: 3ECG2	30: 3EIA1	31: 3EIA2	32: 3EIA3
33: 3EIA4	34: 3EIB1	35: 3EIB2	36: 3EIB3
37: 3EIB4	38: 3EIC1	39: 3EIC2	40: 3EIC3
41: 3EIC4	42: ECG3	43: ECG4	44: ECG5

45: EPrepECG3

\*\*\*\*\*

(1 1) /Dados de Identificação/Intervenientes

\*\*\* Description:

Esta categoria identifica os vários participantes na investigação

This node codes 45 documents.

- |           |           |           |           |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1: 1ECG1  | 2: 1ECG2  | 3: 1EIA1  | 4: 1EIA2  |
| 5: 1EIA3  | 6: 1EIA4  | 7: 1EIB1  | 8: 1EIB2  |
| 9: 1EIB3  | 10: 1EIB4 | 11: 1EIC1 | 12: 1EIC2 |
| 13: 1EIC3 | 14: 1EIC4 | 15: 2ECG1 | 16: 2ECG2 |
| 17: 2EIA1 | 18: 2EIA2 | 19: 2EIA3 | 20: 2EIA4 |
| 21: 2EIB1 | 22: 2EIB2 | 23: 2EIB3 | 24: 2EIB4 |
| 25: 2EIC1 | 26: 2EIC2 | 27: 2EIC3 | 28: 2EIC4 |
| 29: 3ECG2 | 30: 3EIA1 | 31: 3EIA2 | 32: 3EIA3 |
| 33: 3EIA4 | 34: 3EIB1 | 35: 3EIB2 | 36: 3EIB3 |
| 37: 3EIB4 | 38: 3EIC1 | 39: 3EIC2 | 40: 3EIC3 |
| 41: 3EIC4 | 42: ECG3  | 43: ECG4  | 44: ECG5  |

45: EPrepECG3

\*\*\*\*\*

(1 1 1) /Dados de Identificação/Intervenientes/G1

\*\*\* Description:

Grupo 1

This node codes 11 documents.

- |          |           |           |          |
|----------|-----------|-----------|----------|
| 1: 1ECG1 | 2: 1EIA1  | 3: 1EIB1  | 4: 1EIC1 |
| 5: 2ECG1 | 6: 2EIA1  | 7: 2EIB1  | 8: 2EIC1 |
| 9: 3EIA1 | 10: 3EIB1 | 11: 3EIC1 |          |

\*\*\*\*\*

(1 1 1 1) /Dados de Identificação/Intervenientes/G1/A1

\*\*\* Description:

Participante A1

This node codes 5 documents.

- |          |          |          |          |
|----------|----------|----------|----------|
| 1: 1ECG1 | 2: 1EIA1 | 3: 2ECG1 | 4: 2EIA1 |
| 5: 3EIA1 |          |          |          |

\*\*\*\*\*

(1 1 1 2) /Dados de Identificação/Intervenientes/G1/B1

\*\*\* Description:

Participante B1

This node codes 5 documents.

- |          |          |          |          |
|----------|----------|----------|----------|
| 1: 1ECG1 | 2: 1EIB1 | 3: 2ECG1 | 4: 2EIB1 |
| 5: 3EIB1 |          |          |          |

\*\*\*\*\*

(1 1 1 3) /Dados de Identificação/Intervenientes/G1/C1

\*\*\* Description:

Participante C1

This node codes 5 documents.

- |          |          |          |          |
|----------|----------|----------|----------|
| 1: 1ECG1 | 2: 1EIC1 | 3: 2ECG1 | 4: 2EIC1 |
| 5: 3EIC1 |          |          |          |

\*\*\*\*\*

(1 1 2) /Dados de Identificação/Intervenientes/G2

\*\*\* Description:

Grupo 2

This node codes 12 documents.

1: 1ECG2	2: 1EIA2	3: 1EIB2	4: 1EIC2
5: 2ECG2	6: 2EIA2	7: 2EIB2	8: 2EIC2
9: 3ECG2	10: 3EIA2	11: 3EIB2	12: 3EIC2

\*\*\*\*\*

(1 1 2 1) /Dados de Identificação/Intervenientes/G2/A2

\*\*\* Description:

Participante A2

This node codes 6 documents.

1: 1ECG2	2: 1EIA2	3: 2ECG2	4: 2EIA2
5: 3ECG2	6: 3EIA2		

\*\*\*\*\*

(1 1 2 2) /Dados de Identificação/Intervenientes/G2/B2

\*\*\* Description:

Participante B2

This node codes 6 documents.

1: 1ECG2	2: 1EIB2	3: 2ECG2	4: 2EIB2
5: 3ECG2	6: 3EIB2		

\*\*\*\*\*

(1 1 2 3) /Dados de Identificação/Intervenientes/G2/C2

\*\*\* Description:

Participante C2

This node codes 6 documents.

1: 1ECG2	2: 1EIC2	3: 2ECG2	4: 2EIC2
5: 3ECG2	6: 3EIC2		

\*\*\*\*\*

(1 1 3) /Dados de Identificação/Intervenientes/G3

\*\*\* Description:

Grupo 3

This node codes 11 documents.

1: 1EIA3	2: 1EIB3	3: 1EIC3	4: 2EIA3
5: 2EIB3	6: 2EIC3	7: 3EIA3	8: 3EIB3
9: 3EIC3	10: ECG3	11: EPrepECG3	

\*\*\*\*\*

(1 1 3 1) /Dados de Identificação/Intervenientes/G3/A3

\*\*\* Description:

Participante A3

This node codes 5 documents.

1: 1EIA3	2: 2EIA3	3: 3EIA3	4: ECG3
5: EPrepECG3			

\*\*\*\*\*

(1 1 3 2) /Dados de Identificação/Intervenientes/G3/B3

\*\*\* Description:

Participante B3

This node codes 4 documents.

1: 1EIB3      2: 2EIB3      3: 3EIB3      4: ECG3  
\*\*\*\*\*

(1 1 3 3)      /Dados de Identificação/Intervenientes/G3/C3

\*\*\* Description:

Participante C3

This node codes 4 documents.

1: 1EIC3      2: 2EIC3      3: 3EIC3      4: ECG3

\*\*\*\*\*

(1 1 4)      /Dados de Identificação/Intervenientes/G4

\*\*\* Description:

Grupo 4

This node codes 10 documents.

1: 1EIA4      2: 1EIB4      3: 1EIC4      4: 2EIA4

5: 2EIB4      6: 2EIC4      7: 3EIA4      8: 3EIB4

9: 3EIC4      10: ECG4

\*\*\*\*\*

(1 1 4 1)      /Dados de Identificação/Intervenientes/G4/A4

\*\*\* Description:

Participante A4

This node codes 4 documents.

1: 1EIA4      2: 2EIA4      3: 3EIA4      4: ECG4

\*\*\*\*\*

(1 1 4 2)      /Dados de Identificação/Intervenientes/G4/B4

\*\*\* Description:

Participante B4

This node codes 4 documents.

1: 1EIB4      2: 2EIB4      3: 3EIB4      4: ECG4

\*\*\*\*\*

(1 1 4 3)      /Dados de Identificação/Intervenientes/G4/C4

\*\*\* Description:

Participante C4

This node codes 4 documents.

1: 1EIC4      2: 2EIC4      3: 3EIC4      4: ECG4

\*\*\*\*\*

(1 1 6)      /Dados de Identificação/Intervenientes/G5

\*\*\* Description:

Grupo 5

This node codes 1 document.

1: ECG5

\*\*\*\*\*

(1 1 6 1)      /Dados de Identificação/Intervenientes/G5/A5

\*\*\* Description:

Participante A5

This node codes 1 document.

1: ECG5

\*\*\*\*\*

(1 1 6 2)      /Dados de Identificação/Intervenientes/G5/B5

\*\*\* Description:

Participante B5

This node codes 1 document.

1: ECG5

\*\*\*\*\*

(1 1 6 3) /Dados de Identificação/Intervenientes/G5/C5

\*\*\* Description:

Participante C5

This node codes 1 document.

1: ECG5

\*\*\*\*\*

(1 1 5) /Dados de Identificação/Intervenientes/Outros

\*\*\* Description:

Outros participantes

This node codes 33 documents.

1: 1ECG1	2: 1ECG2	3: 1EIA1	4: 1EIA2
5: 1EIA3	6: 1EIA4	7: 1EIB1	8: 1EIB2
9: 1EIB3	10: 1EIB4	11: 1EIC1	12: 1EIC2
13: 1EIC3	14: 1EIC4	15: 2ECG1	16: 2ECG2
17: 3ECG2	18: 3EIA1	19: 3EIA2	20: 3EIA3
21: 3EIA4	22: 3EIB1	23: 3EIB2	24: 3EIB3
25: 3EIB4	26: 3EIC1	27: 3EIC2	28: 3EIC3
29: 3EIC4	30: ECG3	31: ECG4	32: ECG5

33: EPrepECG3

\*\*\*\*\*

(1 1 5 1) /Dados de Identificação/Intervenientes/Outros/Investigadora

\*\*\* Description:

Investigadora

This node codes 33 documents.

1: 1ECG1	2: 1ECG2	3: 1EIA1	4: 1EIA2
5: 1EIA3	6: 1EIA4	7: 1EIB1	8: 1EIB2
9: 1EIB3	10: 1EIB4	11: 1EIC1	12: 1EIC2
13: 1EIC3	14: 1EIC4	15: 2ECG1	16: 2ECG2
17: 3ECG2	18: 3EIA1	19: 3EIA2	20: 3EIA3
21: 3EIA4	22: 3EIB1	23: 3EIB2	24: 3EIB3
25: 3EIB4	26: 3EIC1	27: 3EIC2	28: 3EIC3
29: 3EIC4	30: ECG3	31: ECG4	32: ECG5

33: EPrepECG3

\*\*\*\*\*

(1 1 5 2) /Dados de Identificação/Intervenientes/Outros/Médica

\*\*\* Description:

Médica da empresa

This node codes 1 document.

1: 3ECG2

\*\*\*\*\*

(1 2) /Dados de Identificação/Tipos de entrevista

\*\*\* Description:

Esta categoria identifica os diferentes tipos de entrevistas desenvolvidos e os vários momentos das entrevistas

This node codes 45 documents.

1: 1ECG1	2: 1ECG2	3: 1EIA1	4: 1EIA2
5: 1EIA3	6: 1EIA4	7: 1EIB1	8: 1EIB2
9: 1EIB3	10: 1EIB4	11: 1EIC1	12: 1EIC2
13: 1EIC3	14: 1EIC4	15: 2ECG1	16: 2ECG2
17: 2EIA1	18: 2EIA2	19: 2EIA3	20: 2EIA4
21: 2EIB1	22: 2EIB2	23: 2EIB3	24: 2EIB4
25: 2EIC1	26: 2EIC2	27: 2EIC3	28: 2EIC4
29: 3ECG2	30: 3EIA1	31: 3EIA2	32: 3EIA3
33: 3EIA4	34: 3EIB1	35: 3EIB2	36: 3EIB3
37: 3EIB4	38: 3EIC1	39: 3EIC2	40: 3EIC3
41: 3EIC4	42: ECG3	43: ECG4	44: ECG5

45: EPrepECG3

\*\*\*\*\*

(1 2 3) /Dados de Identificação/Tipos de entrevista/Colectiva

\*\*\* Description:

Entrevistas colectivas

This node codes 8 documents.

1: 1ECG1	2: 1ECG2	3: 2ECG1	4: 2ECG2
5: 3ECG2	6: ECG3	7: ECG4	8: ECG5

\*\*\*\*\*

(1 2 3 1) /Dados de Identificação/Tipos de entrevista/Colectiva/Primeira

\*\*\* Description:

Primeira entrevista colectiva

This node codes 5 documents.

1: 1ECG1	2: 1ECG2	3: ECG3	4: ECG4
5: ECG5			

\*\*\*\*\*

(1 2 3 2) /Dados de Identificação/Tipos de entrevista/Colectiva/Segunda

\*\*\* Description:

Segunda entrevista colectiva

This node codes 2 documents.

1: 2ECG1	2: 2ECG2
----------	----------

\*\*\*\*\*

(1 2 3 3) /Dados de Identificação/Tipos de entrevista/Colectiva/Terceira

\*\*\* Description:

Terceira entrevista colectiva

This node codes 1 document.

1: 3ECG2
----------

\*\*\*\*\*

(1 2 1) /Dados de Identificação/Tipos de entrevista/Individual

\*\*\* Description:

Entrevistas individuais

This node codes 36 documents.

1: 1EIA1	2: 1EIA2	3: 1EIA3	4: 1EIA4
5: 1EIB1	6: 1EIB2	7: 1EIB3	8: 1EIB4
9: 1EIC1	10: 1EIC2	11: 1EIC3	12: 1EIC4
13: 2EIA1	14: 2EIA2	15: 2EIA3	16: 2EIA4

17: 2EIB1      18: 2EIB2      19: 2EIB3      20: 2EIB4  
21: 2EIC1      22: 2EIC2      23: 2EIC3      24: 2EIC4  
25: 3EIA1      26: 3EIA2      27: 3EIA3      28: 3EIA4  
29: 3EIB1      30: 3EIB2      31: 3EIB3      32: 3EIB4  
33: 3EIC1      34: 3EIC2      35: 3EIC3      36: 3EIC4

\*\*\*\*\*

(1 2 1 1)      /Dados de Identificação/Tipos de entrevista/Individual/Primeira

\*\*\* Description:

Primeira entrevista individual

This node codes 12 documents.

1: 1EIA1      2: 1EIA2      3: 1EIA3      4: 1EIA4  
5: 1EIB1      6: 1EIB2      7: 1EIB3      8: 1EIB4  
9: 1EIC1      10: 1EIC2      11: 1EIC3      12: 1EIC4

\*\*\*\*\*

(1 2 1 2)      /Dados de Identificação/Tipos de entrevista/Individual/Segunda

\*\*\* Description:

Segunda entrevista individual

This node codes 12 documents.

1: 2EIA1      2: 2EIA2      3: 2EIA3      4: 2EIA4  
5: 2EIB1      6: 2EIB2      7: 2EIB3      8: 2EIB4  
9: 2EIC1      10: 2EIC2      11: 2EIC3      12: 2EIC4

\*\*\*\*\*

(1 2 1 3)      /Dados de Identificação/Tipos de entrevista/Individual/Terceira

\*\*\* Description:

Terceira entrevista individual

This node codes 12 documents.

1: 3EIA1      2: 3EIA2      3: 3EIA3      4: 3EIA4  
5: 3EIB1      6: 3EIB2      7: 3EIB3      8: 3EIB4  
9: 3EIC1      10: 3EIC2      11: 3EIC3      12: 3EIC4

\*\*\*\*\*

(1 2 2)      /Dados de Identificação/Tipos de entrevista/Indivprepcolectiv

\*\*\* Description:

Entrevista individual de preparação para a entrevista colectiva do grupo 3

This node codes 1 document.

1: EPrepECG3

**ANEXO 12**

---

## **Guião da entrevista realizada aos médicos do Centro de Saúde**

---

### **Entrevista individual**

#### Objectivos

- Análise da actividade de trabalho do médico
- Análise e caracterização dos principais problemas de saúde e queixas dos utentes trabalhadores da tecelagem
- Análise e caracterização dos principais problemas de saúde e queixas dos utentes que trabalham na ITV
- Compreender a actividade desenvolvida no centro de saúde e suas relações com a comunidade

#### Metodologia

- ✓ Entrevista individual

#### Questões formuladas

- ✓ Identificação pessoal: nome, idade, habilitações, formações, especialidade, experiência, antiguidade na função, horário de trabalho, percurso profissional, actividades complementares.
- ✓ Em que é que consiste o seu trabalho?
- ✓ Como é que realizado um processo de um doente? Que tipo de informações, exames possui? O que falta?
- ✓ Acha que possui de todos os meios (informações, condições, equipamento etc.) para fazer um trabalho de qualidade? O que é que poderia estar melhor?
- ✓ Quais as principais dificuldades do seu trabalho?
- ✓ Na sua actividade de médico no centro de saúde: quais são os tipos de queixas mais frequentes nos seus doente? De que grupos (sexo, idade, actividade profissional)?
- ✓ Tem um conhecimento concreto da actividade profissional dos seus doentes? Como?

- ✓ Acha que muitas dessas queixas se devem ao tipo de trabalho desenvolvido? Quais? Como é que gere o tipo de queixas apresentadas, o tipo de trabalho desenvolvido e o plano terapêutico?
- ✓ Há alguma relação com as empresas? Qual? E com o médico do trabalho?
- ✓ Propostas de melhoria
- ✓ Observações

**ANEXO 13**

---

## **Guião da entrevista realizada à médica de Saúde Pública: Delegação de Saúde**

---

### **Entrevista individual**

#### Objectivos

- Análise da actividade de trabalho da médica
- Recolher dados/informações relativas à caracterização da região
- Recolher dados/informações mais específicos relativos à saúde ocupacional
- Análise e caracterização dos principais problemas de saúde e queixas dos utentes trabalhadores da tecelagem
- Análise e caracterização dos principais problemas de saúde e queixas dos utentes que trabalham na ITV
- Compreender a actividade desenvolvida e suas relações com a comunidade

#### Metodologia

- ✓ Entrevista individual com registo áudio

#### Questões formuladas

- ✓ Identificação pessoal: nome, idade, habilitações, formações, especialidade, experiência, antiguidade na função, horário de trabalho, percurso profissional, actividades complementares.
- ✓ Em que é que consiste o seu trabalho?
- ✓ Acha que possui de todos os meios (informações, condições, equipamento etc.) para fazer um trabalho de qualidade? O que é que poderia estar melhor?
- ✓ Quais as principais dificuldades do seu trabalho?
- ✓ Se lhe pedisse para caracterizar a região em termos de saúde como é que a caracterizava? O que é que a torna diferente das outras regiões? O que é que é semelhante?
- ✓ Como é que são as pessoas da região? Qual o cidadão típico? (o cidadão (homem) e a cidadã (mulher)?)

- ✓ Na sua actividade de médico se saúde pública: quais são os tipos de queixas mais frequentes na população? De que grupos (sexo, idade, actividade profissional)?
- ✓ Tem um conhecimento concreto da actividade profissional dos seus doentes? Como?
- ✓ Acha que muitas dessas queixas se devem ao tipo de trabalho desenvolvido? Quais? Como é que gere o tipo de queixas apresentadas, o tipo de trabalho desenvolvido e o plano terapêutico?
- ✓ Há alguma relação com as empresas? Qual? E com o médico do trabalho?
- ✓ Propostas de melhoria
- ✓ Observações

**ANEXO 14**

---

## Guião da entrevista realizada ao Presidente da Junta de Freguesia

---

### Entrevista individual

#### Objectivos

- Análise da actividade de trabalho do Presidente da Junta de Freguesia
- Compreender a actividade desenvolvida pela Junta de Freguesia e suas relações com a comunidade

#### Metodologia

- ✓ Entrevista individual com registo áudio

#### Questões formuladas

- ✓ Identificação pessoal: nome, idade, habilitações, formações, especialidade, experiência, antiguidade na função, horário de trabalho, percurso profissional, actividades complementares.
- ✓ Em que é que consiste uma Junta de Freguesia?
- ✓ Quais os seus objectivos/actividades/funções?
- ✓ Qual a estrutura da Junta de Freguesia?
- ✓ Quais os pedidos/queixas mais frequentes por parte dos cidadãos?
- ✓ Quais as relações formais que estabelece com o Poder Central? Que tipo de relações existem?
- ✓ Quais as actividades do Presidente da Junta de Freguesia?
- ✓ Quais os contributos da Junta relativamente a:
  - Questões relativas à Saúde/Centros de saúde
  - Saúde no Trabalho
  - Empresas
  - E com as pessoas/trabalhadores/utentes
- ✓ Qual o contributo da Junta de Freguesia para estas questões
- ✓ Quais é que poderiam ser? Que tipos de intervenções poderiam desenvolver?
- ✓ Observações

