

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
PSICOLOGIA DAS ORGANIZAÇÕES, SOCIAL E DO TRABALHO

Um trabalho cravado nos pulmões: a doença do “pó da pedra” inscrita no território

Colete Alexandrina Faure Leite

M

2020



Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**UM TRABALHO CRAVADO NOS PULMÕES: A DOENÇA DO “PÓ DA
PEDRA” INSCRITA NO TERRITÓRIO**

Colete Alexandrina Faure Leite

Setembro 2020

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado em Psicologia,
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade
do Porto, orientada pela Professora Doutora *Liliana Cunha*
(FPCEUP).

Avisos Legais

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Agradecimentos

À Professora Doutora Liliana Cunha, pelo carinho e dedicação com que orientou esta dissertação. Pela disponibilidade, pela paciência e pela motivação. Pela exigência, pela visão crítica e oportuna e pelo comentário acolhedor. Por ter despertado em mim o amor pela Psicologia do Trabalho, e por o continuar a fazer crescer. É um prazer e um privilégio trabalhar consigo. Muito obrigada, professora.

Ao Sr. Manuel, pela generosidade e pelo exemplo de força e determinação.

Aos trabalhadores, pela confiança e pela partilha de um pouco dos seus percursos profissionais e das suas histórias de vida. Este trabalho só é possível graças a vocês, e é também vosso.

À Câmara Municipal de Penafiel, na pessoa da Dra. Susana Oliveira, à equipa do projeto “Menos Tuberculose Pedreiras” e ao Engenheiro Carlos pela colaboração neste trabalho, bem como à Associação Profissional dos Trabalhadores das Pedreiras que determinou a entrada neste setor de atividade.

Aos meus amigos, por juntos vivermos esta aventura boa que é a vida e por serem luz todos os dias. À minha Rute, pela amizade bonita e crescida. À minha Mary, furacão em pessoa, que me enche de amor e orgulho. Por fim, à minha Sofia, pelas conversas lentas, pelas peripécias, pelos abraços, pelas gargalhadas e pelo tempo investido. Este trabalho só foi possível com o vosso apoio, energia e dedicação, que me comoverá para sempre.

À minha avozinha, pelas conversas e pelo amor. Aos meus pais, pelo colo, pela liberdade e pela dedicação. Por me terem ensinado que os sonhos não têm tamanho e se conquistam. Pela história bonita que construímos todos os dias e por serem a minha casa. Dedico-vos este trabalho.

Resumo

A subnotificação dos impactos do trabalho na saúde continua a ser um problema atual, mesmo quando estes não são discretos - são até mesmo conhecidos e tangíveis para um diagnóstico, sem reservas, sobre o nexo de causalidade com o trabalho. Falamos da silicose, considerada a doença profissional mais grave do século XX, que apesar de poder ser prevenida, sendo as suas causas há muito conhecidas, continua a ter uma prevalência significativa nos trabalhadores das pedreiras, e grande expressão nos territórios onde estas têm lugar. Este estudo tem como objetivo explorar a doença profissional silicose no concelho de Penafiel, a partir do ponto de vista dos seus principais protagonistas - trabalhadores das pedreiras -, bem como de outros atores representantes de instituições/entidades com responsabilidade nesta matéria. O estudo contemplou um total de 11 participantes, e envolveu a realização de entrevistas junto de sete (ex-)trabalhadores e quatro pessoas de diversas esferas de intervenção na regulação deste problema de saúde no trabalho, designadamente, da esfera patronal, sindical, médica, e política. Os resultados mostram que a silicose tem implicações sociais e psicológicas na vida dos trabalhadores, bem como no seu percurso profissional, levando a que enfrentem uma reforma precoce, por motivo de saúde. Para além disso, o período de espera até ao reconhecimento da silicose como doença profissional é muito longo, ficando estes trabalhadores ainda mais vulneráveis, completamente desprotegidos, entregues a si próprios, mesmo quando os sintomas “falam por si” e há outros colegas em situação semelhante. Se o trabalho é um local onde se ganha a vida, e não onde esta é perdida, urge compreender melhor os diferentes pontos de vista em análise, tendo em vista o reforço da vigilância e intervenção neste domínio, com a mobilização de esforços conjuntos e coordenados de todos os envolvidos na problemática.

Palavras-chave: Doença profissional; Silicose; Pedreiras; Território; Reconhecimento; Subnotificação; Riscos profissionais

Abstract

Underreporting the impacts of work on health remains a current problem, even when these are not discreet – they are well known and tangible for a diagnosis of the causal link with work. We talk about silicosis, considered the most serious occupational disease of the XX century, and, although it can be prevented, with long-known causes, it still has a significant prevalence among quarry workers, and a significant expression in territories where they take place. The goal of this study is to explore the occupational disease silicosis in the municipality of Penafiel, from the point of view of its main protagonists – quarry workers – as well as other actors representing institutions/entities with responsibility in this matter. The study included a total of 11 participants and involved conducting interviews with seven (ex-) workers and four people from different spheres of intervention in the regulation of this occupational health problem, namely, from the employer, union, medical and political spheres. Results show that silicosis has social and psychological consequences on those who have been diagnosed with it, as well as in their professional career, leading them to face an early retirement for health reasons. In addition, the waiting period until recognition of silicosis as an occupational disease is very long, leaving these workers even more vulnerable, completely unprotected, left to themselves, even when the symptoms “speak for themselves” and there are other colleagues in a similar situation. If the workplace is meant to allow for making a living, not for losing health, there is an urgent need to better understand the different perspectives under analysis, aiming at strengthening surveillance and intervention in this area, with the mobilization of joint and coordinated efforts by all those involved in the problem.

Keywords: Occupational disease; Silicosis; Quarry; Territory; Recognition; Underreporting; Professional risks

Résumé

La sous-déclaration de l'impact du travail sur la santé, continue à être un problème actuel, même lorsque ceux-ci ne sont pas discrets- ils sont connus et tangibles pour un diagnostic sans réserve du lien de causalité avec le travail. On parle de silicose, considérée comme la maladie professionnelle la plus grave du siècle XX, et bien que cela puisse être évité, puisque ces causes sont il y a longtemps connu, elle continue d'avoir une prévalence significative chez les ouvriers des carrières, e une grande expression dans les territoires où elles out lieu. Cette étude a comme objectif explorer la maladie professionnelle du a la silicose dans la commune de Penafiel, à partir du point de vue de ses principaux protagonistes – les travailleurs des carrières – ainsi que d'autres acteurs représentant les institutions/ entités ayant des responsabilités en la matière. L'étude a inclus un total de 11 participants, et a impliqué la réalisation d'entretiens avec sept (ex-) travailleurs et quatre personnes de différents domaines d'intervention dans la régulation de ce problème de santé au travail, à savoir, l'employeur, le syndicat, le médical et la politique. Les résultats montrent que la silicose a des implications sociales et psychologiques dans la vie des travailleurs, aussi que dans leur vie professionnelle, les amenant à faire face à une retraite anticipée, pour des raisons de santé. De plus le délai d'attente jusqu'à la reconnaissance de la silicose comme maladie professionnelle est très long, laissant les travailleurs encore plus vulnérables, totalement non protégé, livres à eux-mêmes, mêmes lorsque les symptômes parle d'eux-mêmes et qu'il y a toujours d'autres collègues dans des situations similaires. Se le travail est un lieu où se gagne la vie, et nom ou elle se perd, il est urgent de mieux comprendre les différents points de vue analysés, en tenant compte du renforcement de vigilance et de l'intervention dans ce domaine avec la mobilisation d'efforts conjoints et coordonnées de fontes les personnes impliqués dans le problème.

Mots-clés: Maladie professionnelle; Silicose; Carrières; Territoire; Reconnaissance; Sous-déclaration; Risques professionnels

Índice

Introdução	1
I - Enquadramento teórico	3
1.1 As relações entre trabalho e saúde	3
1.1.1 A doença profissional e o seu processo de reconhecimento.....	4
1.1.2 Os riscos profissionais: a importância do “ponto de vista do trabalho” na sua avaliação	6
1.1.3 Os riscos da atividade e a sua inscrição no território	7
1.2 A silicose como doença profissional.....	9
1.2.1 A silicose	9
1.2.2 O setor da extração e transformação da pedra.....	11
II - Método	12
2.1 Unidade de análise	13
2.2 Participantes	14
2.3 Procedimentos de recolha de dados	16
2.4 Procedimentos de análise de dados	18
2.5 Critérios e estratégias para garantir a qualidade das inferências.....	19
III - Apresentação e discussão dos resultados.....	20
3.1 As condições de trabalho: “ <i>abandonar a arte de pedreiro num fato de madeira</i> ”	20
3.2 Saúde e trabalho: “ <i>um pedreiro para ser pedreiro tem de mudar as unhas sete vezes</i> ”	26
3.3 Até ser doença profissional: a silicose ou “ <i>o pó da pedra nos pulmões</i> ”	31
IV - Reflexões finais	37
Referências bibliográficas.....	39
ANEXOS	46

Introdução

A silicose está longe de ser uma doença profissional do passado. Trata-se de uma doença progressiva e incurável do aparelho respiratório (Organização Mundial da Saúde, 2007), contudo, e um tanto quanto paradoxal, totalmente evitável. É rara antes dos cinquenta anos de idade e é mais comum no sexo masculino, associada a profissões claramente segmentadas do ponto de vista do gênero, predominantemente exercidas por homens (Santos et al., 2010).

Não obstante outras atividades em que pode ocorrer a exposição à sílica (National Institute for Occupational Safety and Health, 2002), é no setor da pedra que a “doença dos pós”, como comumente referem os trabalhadores deste setor, tem maior expressão. Apesar de ser uma atividade profissional antiga e de risco elevado, somente em 2019 é que os pedreiros viram a sua profissão incluída na lista de profissões de desgaste rápido (Portaria n.º 88/2019 de 25 de março). Apesar disso, um tal reconhecimento, que é importante, não escamoteia o processo de doença, as dificuldades com que os trabalhadores se veem confrontados, nem os silêncios por parte das entidades responsáveis.

Esta doença profissional não tem a mesma expressão em todo o território, visto que as atividades de trabalho são também segmentadas segundo polos geradores de uma atratividade singular em determinados locais (Cunha, 2012). É, por isso, que o concelho de Penafiel se apresenta como a unidade de análise deste estudo: pela importância que o setor assume neste território e pela prevalência preocupante que a silicose e a tuberculose aí têm.

Neste sentido, tendo por base uma metodologia qualitativa, procurou-se explorar a silicose, enquanto doença profissional, no concelho de Penafiel, mais concretamente as vivências de (ex-)trabalhadores da pedra com silicose e o papel dos atores-chave envolvidos nesta problemática. Este estudo será particularmente pertinente pela relevância social da problemática e pelas implicações práticas que se espera que possa ter.

A primeira parte deste trabalho procura enquadrar conceptualmente os conceitos presentes neste estudo, abordando, numa primeira parte, a doença e o risco profissionais e a sua inscrição no território e, numa segunda parte, a silicose como doença profissional prevalente no setor da pedra. Segue-se a apresentação da metodologia, onde se exploram a unidade de análise deste estudo de caso, os participantes envolvidos, os procedimentos de recolha e análise de dados e, ainda, os critérios e estratégias tidos em conta para garantir a qualidade das inferências do estudo. Isto permite a passagem para a apresentação e discussão

dos resultados, que começa por abordar as condições de trabalho e saúde dos trabalhadores das pedreiras e que permitem melhor compreender a silicose enquanto doença profissional. Termina-se com as reflexões finais, enunciando os contributos mais interessantes deste estudo, as suas limitações, bem como as sugestões para póstuma investigação.

I - Enquadramento teórico

1.1 As relações entre trabalho e saúde

Apesar do número crescente de estudos e de intervenção no domínio da saúde no trabalho, e do reconhecimento da existência de riscos profissionais, persiste a invisibilidade dos efeitos do trabalho na saúde dos trabalhadores, como se fosse permanentemente renovada por novas dimensões a desvelar. Prevalece a crença de que a saúde da maioria dos trabalhadores é satisfatória e que as reais patologias são situações pontuais (Barros-Duarte & Lacomblez, 2006).

Esta realidade prende-se, entre outros aspetos, com a complexidade associada às relações entre o trabalho e a saúde, em particular com o facto das consequências do trabalho na saúde se manifestarem, frequentemente, de forma diferida e singular (Barros, Baylina & Cunha, 2020; Gollac & Volkoff, 2000). Efetivamente, estas relações não assentam numa lógica monocausal - uma característica de trabalho pode desencadear as mais diversas consequências na saúde e, por sua vez, um problema de saúde pode advir de diversas causas. Adicionalmente, os efeitos do trabalho na saúde são vivenciados de forma diferente por cada indivíduo, podendo surgir em diversos momentos da vida ativa ou até mesmo no período de reforma (Barros-Duarte, 2004).

O domínio da saúde no trabalho remete, por isso, para um conceito de saúde dinâmico e complexo (Barros-Duarte & Lacomblez, 2006), que não se limita à ausência de doença (Organização Mundial da Saúde, 2006), e onde os aspetos “infrapatológicos”, traduzidos nas queixas e no vivido, também são tidos em consideração (Barros Duarte & Cunha, 2010). Assim, para respeitar a diversidade que define as relações entre trabalho e saúde, importa adotar uma abordagem centrada no trabalhador, que respeite uma dimensão mais singular da saúde, tendo em conta uma série de fatores que interagem entre si, e a diferentes níveis nos vários momentos da vida do trabalhador, numa lógica mais compreensiva do que explicativa (Barros, Carnide, Cunha, Santos & Silva, 2015; Volkoff, 2002), que permita escutar, entender e compreender a saúde (Honoré, 2002).

1.1.1 A doença profissional e o seu processo de reconhecimento

No contexto da União Europeia, considera-se doença profissional toda a doença contraída pelo trabalhador na sequência de uma exposição a um ou mais fatores de risco decorrentes da sua atividade de trabalho (Organização Internacional do Trabalho, 2002), ou seja, os fatores inerentes ao trabalho são condição *sine qua non* para o seu aparecimento (Sousa-Uva, 2006).

Em Portugal, além das doenças que constam taxativamente na Lista de Doenças Profissionais, é também reconhecida como doença profissional qualquer patologia que se prove ser consequência necessária e direta da atividade profissional e não represente um normal desgaste do organismo (artigo 283.º da Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro), sendo que esse reconhecimento garante ao trabalhador a assistência e justa reparação da doença profissional de que é vítima (artigo 59.º da Constituição da República Portuguesa).

Posto isto, quando uma doença é clinicamente diagnosticada e se estabelece uma relação causal com o trabalho, a doença é então reconhecida como profissional. Associado ao seu reconhecimento está, no contexto português, um circuito processual de certificação, constituído por um conjunto de etapas e entidades responsáveis. O processo tem início com a apresentação de uma queixa de saúde feita pelo trabalhador e/ou com a suspeita por parte de uma figura médica – e.g., médico do trabalho, médico de família ou outro médico - no decurso do acompanhamento do estado de saúde do trabalhador. Se o médico suspeitar que o trabalhador tem uma doença profissional, ou um agravamento da mesma, deve realizar a Participação Obrigatória (Instituto da Segurança Social, 2017), tratando-se isto de uma obrigatoriedade legal (artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 2/82, de 5 janeiro). O trabalhador estando na posse de toda a documentação necessária tem de a enviar ao Departamento de Proteção contra Riscos Profissionais (DPRP) do Instituto da Segurança Social (Instituto da Segurança Social, 2017). Em última instância, embora existam instituições e entidades envolvidas, a condução do processo fica à responsabilidade do próprio trabalhador.

No âmbito da certificação da doença profissional, para proceder à confirmação ou infirmação da participação realizada, num primeiro momento, o trabalhador tem uma consulta com um médico do DPRP que observa os exames e a quem cabe decidir se é necessária mais informação para se estabelecer a relação causal entre o trabalho e a doença, assim como para avaliar o grau de incapacidade. Se considerado necessário, o médico do DPRP requer uma avaliação do posto de trabalho ao Serviço de Saúde, Higiene e Segurança no Trabalho ou ao Departamento de Pessoal da empresa onde o indivíduo trabalha ou trabalhou, ou, então, a própria entidade realiza essa avaliação. No fim, dois médicos do DPRP, um deles especialista

na doença que se suspeita que a pessoa tenha, fazem a avaliação da doença profissional, e, em situação de confirmação, determinam o grau de incapacidade associado. Dessa certificação pode resultar a declaração da (1) não existência de uma doença profissional ou de uma (2) doença profissional sem incapacidade ou de uma doença profissional com incapacidade permanente, podendo esta incapacidade permanente ser (3) parcial, (4) absoluta para o trabalho habitual ou (5) absoluta para todo e qualquer trabalho (Instituto da Segurança Social, 2017).

Quando a doença profissional é confirmada tem início o processo de reparação dos danos emergentes resultantes dessa doença aos seus beneficiários, nomeadamente ao trabalhador e/ou aos seus familiares. A reparação é realizada pela atribuição de prestações pecuniárias (e.g., cuidados de saúde, transporte, hospedagem, etc.) e/ou em espécie (e.g., pensões, subsídios, prestações suplementares, etc.) (Direção-Geral da Saúde, 2014). O regime de reparação da doença profissional (Lei n.º 98/2009 de 4 de setembro) não se confina a uma função exclusivamente reparatória, incluindo também a reabilitação e reintegração profissionais, nomeadamente no que concerne à adaptação do posto de trabalho, à reabilitação médica e funcional, à frequência de formações, entre outras medidas a adotar para, se aplicável, assegurar o regresso à vida ativa do trabalhador (Direção-Geral da Saúde, 2014). O regresso ao trabalho não é um processo linear de procura de cuidados médicos, recuperação e retorno sustentado ao trabalho, é antes complexo e marcado por um conjunto de obstáculos para o trabalhador em causa, sabendo-se que quanto mais tempo está afastado do trabalho, menor a probabilidade de um regresso sucedido (Jetha, Pransky, Fish & Hettinger, 2016; Khorshidi, Marembo & Aickelin, 2019).

Embora se assista a progressos significativos na resposta aos desafios suscitados pelas doenças profissionais, estas permanecem em grande medida invisíveis (OIT, 2013), observando-se uma reduzida notificação das doenças profissionais pelos médicos em geral (Direção-Geral da Saúde, 2014). Esta “epidemia oculta”, e no seguimento da complexidade das relações entre trabalho e saúde anteriormente mencionada, tem relação com aspetos como a mobilidade dos trabalhadores entre diferentes trabalhos com níveis de exposição distintos, a interação de fatores ocupacionais e não ocupacionais, a inexistência ou inadequação da vigilância da saúde dos trabalhadores nas empresas, a exposição a fatores de risco profissionais que ainda não estão identificados como adversos e, por último, a limitada sensibilidade e insuficiente conhecimento por parte de um relevante número de médicos no que concerne às doenças profissionais (Direção-Geral da Saúde, 2014; Organização Internacional do Trabalho, 2013).

1.1.2 Os riscos profissionais: a importância do “ponto de vista do trabalho” na sua avaliação

A abordagem das relações entre trabalho e saúde implica um conhecimento ancorado nas situações concretas de trabalho, dos riscos profissionais em jogo e das respetivas repercussões sobre a saúde dos trabalhadores (Sousa-Uva, 2000). O estudo dos riscos profissionais diz respeito a uma matéria complexa, contudo essencial para a compreensão da problemática dos acidentes e doenças profissionais e da forma como estes afetam a performance das organizações e a sociedade em geral (Sousa et al., 2005). O risco profissional diz respeito à probabilidade de uma pessoa sofrer efeitos adversos na sua saúde quando exposta a um perigo (Organização Internacional do Trabalho, 2011). Procura-se que o risco não seja encarado como um “perigo potencial mais ou menos previsível”, mas como “uma dimensão intrínseca à atividade de trabalho cujo carácter inelutável se impõe aos que o sofrem” (Thébaud-Mony, 2010, p. 72). Neste sentido, é incorreto afirmar a ausência de risco profissional em contexto de trabalho (DGS, s/d), o risco existe associado a qualquer atividade (Organização Internacional do Trabalho, 1987), ainda que, em termos probabilísticos, possa ser pouco valorizável (DGS, s/d).

Tal remete para a discussão sobre a noção de “risco aceitável” (Kouábenan & Cadet, 2005), inserido no paradigma da utilidade esperada, construído a partir de uma análise das situações que tem em consideração quer as potenciais consequências negativas do risco, quer as suas eventuais contrapartidas mais favoráveis, como os ganhos de produtividade (Barros-Duarte & Cunha, 2012). A aceitabilidade do risco tem em conta o conhecimento científico do momento, que reduz o risco a um nível que pode ser tolerado pela organização, e em que a probabilidade de causar efeitos adversos é encarada como suficientemente baixa (Ministério da Saúde, 2010). Tendo em conta que os valores da probabilidade de ocorrência destes riscos estão em constante evolução, uma vez que o risco não é nunca abstrato e estabilizado no tempo, e assume diferentes configurações consoante as opções de organização do trabalho, o momento histórico e a evolução do contexto (Valverde, 2006), a fiabilidade da tomada de decisão tendo por base um “risco aceitável” pode ficar comprometida.

O número e diversidade dos fatores de risco profissionais – agentes suscetíveis de provocar um efeito adverso na saúde do trabalhador – potencialmente existentes num ambiente de trabalho são consideráveis. Tradicionalmente, são classificados, consoante a sua natureza, em fatores a) biológicos, b) físicos, c) químicos, d) psicossociais/organizacionais, e) relativos à atividade de trabalho e f) outros, sendo que a exposição a estes fatores depende de aspetos como a “quantidade” da presença do fator no ambiente de trabalho, a capacidade de interação

do fator com o organismo humano, o tempo e frequência a que o trabalhador está exposto, a intensidade da exposição e também as características individuais do trabalhador (DGS, s/d). Na situação de trabalho os vários fatores de risco interagem entre si, não existindo nunca desta forma categorizada. Insistir ainda que os riscos nem sempre são visíveis, mensuráveis e é fundamental aceder ao ponto de vista dos trabalhadores, não reduzindo o seu diagnóstico ao ponto de vista do “perito” (Barros-Duarte & Cunha, 2012).

Transformar os locais de trabalho em locais saudáveis e seguros é um desafio, visto que em termos práticos é difícil garantir que os trabalhadores estão, de facto, abrangidos pelo sistema de proteção de segurança e saúde no trabalho (Organização Internacional do Trabalho, 2014), contudo este cuidado é essencial na promoção e garantia de um trabalho digno (Organização Internacional do Trabalho, 2011).

1.1.3 Os riscos da atividade e a sua inscrição no território

As doenças e os riscos profissionais não têm a mesma expressão em todo o território, uma vez que as atividades de trabalho são segmentadas em função de polos geradores de uma atividade singular em determinados locais (Cunha, 2012). Portanto, o território conta nesta análise, até mesmo porque a intervenção por parte das entidades e instituições na identificação, reconhecimento e reparação dos impactos do trabalho na saúde, será em parte determinada pelo conhecimento e experiência sobre a atividade em questão, que vão sendo sedimentados nesse território (Cunha, 2012). Neste sentido, a dimensão território torna-se essencial e necessária para uma melhor compreensão das relações entre trabalho e saúde, ampliando o conhecimento dos seus determinantes.

Recentemente, diversas áreas do conhecimento adotaram o território como um conceito fulcral nas suas análises (Cunha, 2012; Marques, 2010), mas nem sempre foi assim, uma vez que as Ciências Sociais, de onde o conceito emerge, começaram mesmo por ignorá-lo (Simões, 1987).

Ainda se trabalha, de modo indistinto, com os conceitos de espaço e território (Marques, 2010), daí ser importante concetualizar o território partindo, num primeiro momento, do conceito de espaço. O espaço procura dar coerência interpretativa aos elementos que compõem o cenário em que se desenvolve e organiza a vida de uma sociedade (Trigal, Fernandes, Sposito & Figuera, 2011), apresentando-se como um conjunto indivisível de sistemas de objetos e sistemas de ações que não podem ser considerados isoladamente. A relação social cria uma leitura do espaço e, dessa forma, produz-se um espaço geográfico e/ou social específico, denominado por território. Assim, pode-se afirmar que todo o território é um espaço (nem

sempre geográfico, podendo assumir configurações sociais, políticas, etc.), mas nem todo o espaço é um território, requer-se a construção de redes de interações, de “lugares-comuns”. O espaço é um a priori e é perene, ao passo que o território é um a posteriori e é intermitente, no entanto os dois são fundamentais para que as relações sociais se possam efetivar, produzindo-se, de modo sempre renovado, novos espaços e territórios (Marques, 2010).

O debate sobre o conceito revela a existência de pontos de vista díspares sobre o mesmo (Marques, 2010), porém, pode dizer-se que o território não se trata de paisagens, mas sim de atores, interações, poderes, capacidade e iniciativas (Cunha, 2012; Reis, 2005), é uma manifestação espacial do poder, onde se projetam, concretizam e expressam decisões tomadas por quem governa e gere, independentemente da escala (município, região, nação, etc.) (Trigal, Fernandes, Sposito & Figuera, 2011). Este assume um lugar específico nas ordens e desordens sociais, daí precisar de ser interpretado e interpelado: qual a razão de ser do que acontece ali; porque atrai ou repele; porque se geram ali, e não noutra sítio, dinâmicas ou défices? (Reis, 2005).

Neste sentido, importa convocar Ivar Oddone que, partindo da hipótese de que “o conhecimento de um território é um aspeto psicológico” (Vasconcelos & Lacomblez, 2005, p.22), desenvolveu o Sistema de Informação Concreta (SIC), um projeto de organização da saúde que cria uma arqueologia de conhecimento sobre as causas de doença eliminável que existem num determinado território. Oddone defendeu que, no quadro do território de um município e no cenário da organização da saúde, a reunião de conhecimentos dos elementos envolvidos (o triângulo base médico generalista – poder – cidadão) permite uma representação e conseqüente ação concertada de transformação da situação de saúde da população do município. A importância do território para a Psicologia do Trabalho fica evidente quando Ivar Oddone se apercebe, após várias tentativas, de que a medicina do trabalho tem em conta, primordialmente, os agentes da doença, contudo é muito complicado saber onde eles se encontram, em que concentração e quem está exposto a eles (Vasconcelos & Lacomblez, 2005). Oddone ao trazer a dimensão território para o campo da saúde no trabalho, reporta-se à saúde pública, evidenciando que as questões da saúde no trabalho não se confinam aos locais do mesmo.

1.2 A silicose como doença profissional

1.2.1 A silicose

A silicose, também conhecida como “doença dos pós”, torna evidente as questões quase endémicas associadas à problemática das doenças profissionais. A partir de meados dos anos 50 do século passado e no seguimento de um desenvolvimento considerável da atividade mineira em Portugal, grande parte da mão-de-obra associada a este tipo de exploração foi atingida pela silicose, gerando uma dimensão e gravidade de tal ordem, a nível social e de saúde pública, que as aldeias das regiões mineiras eram conhecidas como “as aldeias das viúvas” (Leitão, 2019). Reconhecendo a prevalência da silicose e a impossibilidade de dar resposta a esta doença num prazo aceitável, dada a sua gravidade e rápida progressão, o Governo de Salazar impôs a passagem da responsabilidade do reconhecimento e reparação desta doença profissional para um organismo público, a Caixa Nacional de Seguros de Doenças Profissionais, que abrangeu, numa fase inicial, exclusivamente, a cobertura do risco da silicose (artigo 3º do Dec.-lei n.º 44307, de 27 de abril de 1962). Além disso, decretou que nos locais de trabalho em que existisse o risco de silicose era obrigatória a organização de serviços médicos apropriados (artigo 5º do Dec.-lei nº 44308, de 27 de abril de 1962). De facto, os primeiros tempos da medicina do trabalho em Portugal estiveram ligados à silicose.

Neste sentido, e em razão do número de vítimas que causou, a silicose foi considerada a doença profissional mais grave do século XX (Lacomblez, 2019), contudo parece estar longe de ser uma doença do passado, apresentando ainda hoje uma prevalência significativa em Portugal, ao ser a patologia respiratória mais notificada (Santos et al., 2010).

Trata-se de uma doença profissional do aparelho respiratório, mais concretamente uma fibrose pulmonar causada pela inalação de poeiras contendo sílica livre ou combinada (Diário da República, 1.ª série - N.º 136 - 17 de Julho de 2007), na forma cristalina. A sílica é um componente primordial da crosta terrestre (Santos et al., 2010), possuindo 17 formas cristalinas distintas, sendo o quartzo a forma mais preponderante e encontrando-se este na maioria das rochas, areias e solos (International Agency for Research on Cancer, 2018). Neste sentido, existem diversas atividades em que pode ocorrer exposição à sílica cristalina (National Institute for Occupational Safety and Health, 2002), nomeadamente o trabalho nas pedreiras e minas, nas indústrias de cerâmica e vidro, entre outras (Fundação Portuguesa do Pulmão, s/d).

A sílica é classificada como um agente cancerígeno (International Agency for Research on Cancer, 1997), estando associada ao desenvolvimento de outras doenças como a tuberculose, infeção das vias aéreas e neoplasia do pulmão, com destaque para o cancro do

pulmão (Lacasse, Martin, Simard & Desmeules, 2005). Além disso, foi já estudada a relação da exposição à sílica com doenças autoimunes como a esclerose sistémica, artrite reumatóide e doença renal crónica. (National Institute for Occupational Safety and Health, 2002). Isto torna visível a gravidade desta doença, ao traduzir um risco acrescido de contração de várias outras doenças.

A apresentação clínica desta doença depende, sobretudo, da intensidade da exposição, da sua duração e da quantidade de sílica respirável contida no local de trabalho (Abú-Shams, Fanlo, Lorente, 2005), podendo, consoante isso, tomar as formas de silicose aguda, acelerada ou crónica. A silicose aguda é provocada pela exposição intensa à sílica durante um curto período, a silicose acelerada resulta da exposição durante alguns anos e com concentrações semelhantes ao longo desse tempo e, por fim, a silicose crónica, a forma de apresentação mais comum, desenvolve-se após pelo menos dez anos de exposição a níveis relativamente baixos (Maciejewska, 2014). Esta última, tem uma evolução insidiosa, inicialmente é assintomática - o que dificulta o diagnóstico - e tem associada uma sobrevida de 40 anos (Santos et al., 2010). Os sintomas associados à silicose crónica simples são, por norma, dispneia de esforço progressiva e tosse crónica, inicialmente seca e depois com expectoração, já a silicose crónica complicada está associada a sintomatologia mais grave (Santos et al., 2010). Uma vez que a função respiratória fica progressivamente comprometida, percebe-se que os sintomas predominantes sejam o cansaço e a sensação de falta de ar, no início para tarefas que envolvam grandes esforços, mas progressivamente também para as que acarretam esforços mais reduzidos (Fundação Portuguesa do Pulmão, s/d). É uma doença rara antes dos cinquenta anos de idade e é mais comum no sexo masculino, devido às profissões onde tem mais expressão, predominantemente exercidas por homens (Santos et al., 2010).

O diagnóstico desta doença é baseado na história de exposição à sílica, o que implica uma anamnese profissional, associada a alterações radiográficas características. A silicose é uma doença irreversível e incurável, na medida em que quando é detetada, de certa forma, é tarde de mais - o pulmão nunca voltará a um estado anterior considerado normal ou saudável (Organização Mundial da Saúde, 2007), visto não existir uma terapêutica específica (Santos et al., 2010), mas apenas uma terapia de suporte, que permite a prevenção da infeção e o alívio de sintomas, com recurso a suplementação com oxigénio e broncodilatadores (Sato, Shimosato & Klinman, 2018).

Neste sentido, é uma doença progressiva, sendo que o afastamento do local de trabalho, onde existe exposição continuada ao risco, é aconselhado, mas não impede a evolução da doença e a deterioração da condição de saúde do trabalhador (National Institute for

Occupational Safety and Health, 2002). Posto isto, a prevenção primária, que procura interromper a cadeia de transmissão do fator de risco ao trabalhador, é fundamental para combater e eliminar esta doença - que é prevenível e evitável - e não apenas mitigá-la (Organização Mundial da Saúde, 2007). Esta passa, numa fase inicial, por procurar controlar a fonte ou o fator de risco, adotando medidas como a substituição de materiais e equipamentos, modificação dos métodos de produção e recurso ao processo de umidificação. Quando este controlo da fonte se revela insuficiente, há que procurar controlar a cadeia de transmissão, através da ventilação do local de trabalho, da higienização adequada e do isolamento da fonte e do trabalhador, por exemplo, com recurso a cabines. Por fim, o controlo ao nível do trabalhador, numa abordagem de cariz individual, tende a incidir sobre o que se define como “práticas de trabalho adequadas”, a informar sobre os riscos profissionais, a reforçar a utilização de equipamentos de proteção individual (EPIs) e a promover a vigilância no que respeita à sua saúde (Organização Mundial da Saúde, 2007).

1.2.2 O setor da extração e transformação da pedra

Não obstante outras atividades ou trabalhos considerados de risco elevado devido à exposição à sílica, este estudo tem como foco o setor da extração e transformação da pedra. Em primeiro lugar, pela expressão que o setor tem em Portugal, ao longo de todo o território nacional, integrando cerca de 16.150 trabalhadores, no ano de 2014 (Associação Nacional da Indústria Extrativa e Transformadora, 2016). Em segundo lugar, pelas especificidades e condições penosas e desgastantes a que os trabalhadores das pedreiras estão sujeitos, levando a que, a 1 de janeiro de 2019, a profissão tenha sido incluída na lista das profissões de desgaste rápido (Portaria n.º 88/2019 de 25 de março) e, nesse seguimento, os trabalhadores tenham passado a ser abrangidos pelo regime especial de acesso às pensões de velhice e de invalidez. Ainda que este reconhecimento tenha sido fundamental, não escamoteia o processo de doença, as dificuldades a que os trabalhadores vítimas de silicose se veem confrontados, mas também os silêncios por parte das entidades responsáveis, quer pelo reconhecimento e reparação, quer pela intervenção sobre as condições de trabalho.

Efetivamente, é uma atividade profissional em que os trabalhadores se sujeitam, diariamente, a inúmeros riscos inerentes aos diversos processos relacionados com a indústria em causa: utilização de explosivos, níveis de ruído e vibrações elevados, realização do trabalho ao ar livre e com movimentação constante de equipamentos em espaços de circulação comuns (Branco, 2018).

II - Método

A problemática a explorar na presente dissertação prende-se com a silicose, enquanto doença profissional, no concelho de Penafiel, onde existe uma manifestação assinalável de casos, e cuja prevalência, justificou, à partida, a convicção de existência de uma maior experiência de gestão desta doença. Deste modo, os objetivos passaram, por um lado, por explorar as vivências de pessoas com silicose, decorrente do trabalho nas pedreiras, nos períodos pré e pós reconhecimento da silicose enquanto doença profissional, tendo em conta os seus percursos profissionais – condições de trabalho e de saúde a que estiveram e/ou estão expostos - e, por outro lado, por explorar o papel dos atores envolvidos nesta problemática que decorre sobre o território de Penafiel.

A investigação segue uma metodologia de natureza qualitativa, de cariz não-experimental e exploratório, visto que o estudo visa contribuir para um melhor conhecimento sobre as experiências do vivido por (ex-)trabalhadores com silicose no que respeita a um território com uma maior prevalência desta doença. A pertinência da realização desta investigação justifica-se pela relevância social da problemática e pelas implicações práticas que se espera que o estudo possa ter.

Concretamente, optou-se pela realização de um estudo de caso. Para Yin (2014) esta metodologia de investigação é a mais apropriada quando se estuda um fenómeno contemporâneo no seu contexto real, sobretudo quando as fronteiras entre o fenómeno e o contexto não são totalmente evidentes, quando as questões de investigação se focam no “como” e no “porquê”, exigindo uma descrição extensa e profunda do fenómeno.

O desenho metodológico seguido remete para um estudo de caso múltiplo (quanto ao número de casos), sendo que a unidade de análise é o concelho de Penafiel. Justifica-se esta decisão, visto que mais interessante do que as semelhanças que se possam encontrar, são as possíveis diferenças e explicações para essas diferenças que importa relevar (Yin, 2009).

2.1 Unidade de análise

É na região Norte que se concentram os concelhos mais industriais, nomeadamente onde se dá a exploração de granito (Associação Nacional da Indústria Extrativa e Transformadora, 2016), o tipo de rocha que contém os maiores teores de sílica (Santos, Cañado, Anos, Amaral & Lima, 2007). Daí ser também no Norte que a silicose se apresenta como a patologia mais notificada, representando 85% das notificações respiratórias profissionais da região (Serviço Nacional de Saúde, 2019).

Concretamente, a silicose e também a tuberculose são doenças mais prevalentes nos concelhos do Marco de Canaveses e de Penafiel. No caso da tuberculose, Portugal apresenta mesmo a pior taxa da Europa Ocidental - 17,5 casos por cada 100.000 habitantes, enquanto na União Europeia não vai além dos 10,7/100.000 –, sendo que é em Penafiel que se encontra a relação de casos mais problemática – 76/100.000 habitantes (Serviço Nacional de Saúde, 2019).

A indústria da pedra é muito importante para o concelho de Penafiel, sobretudo pela taxa de emprego no setor, correspondente a 37,5% da população residente, segundo os dados disponíveis, de 2011 (Conselho Local de Ação Social de Penafiel, 2014). Atualmente, e segundo a única informação que o poder político local dispõe, encontram-se ativas 24 pedreiras. Dos dados do projeto “Menos Tuberculose Pedreiras”, que não dizem apenas respeito ao concelho de Penafiel, confirmou-se o diagnóstico de silicose em 24% dos trabalhadores rastreados (84 em 355 trabalhadores), no ano de 2018, e 26% (89 em 335 trabalhadores), no ano de 2019. Nestes dois anos, verificou-se que 55 trabalhadores não tinham conhecimento da sua condição, o que evidencia o subdiagnóstico desta doença profissional.

Assim, é perante a perceção de um problema que engloba e, simultaneamente, ultrapassa o trabalho, transformando-o numa questão de saúde pública, que este estudo vê a sua análise recair, a um nível macro, sobre o concelho de Penafiel.

2.2 Participantes

Perante a problemática e os objetivos desta investigação, consideraram-se dois grupos de participantes: o grupo de (ex-)trabalhadores portadores de silicose em consequência do trabalho nas pedreiras e com residência em Penafiel, e o grupo de atores institucionais envolvidos na problemática em estudo.

O primeiro grupo é composto por sete participantes que têm, pelo menos, três aspetos em comum: uma doença profissional, o mesmo contexto de trabalho e de residência. De facto, ter silicose, trabalhar ou ter trabalhado no setor da pedra e residir em Penafiel foram os critérios de inclusão para a seleção deste grupo de participantes. No que respeita às suas características, todos são do sexo masculino, têm idades compreendidas entre os 45 e os 60 anos de idade e um baixo nível de escolaridade, com a maioria a deter o sexto ano. Considerando a situação profissional destes indivíduos, três encontram-se reformados e quatro em idade ativa, sendo que desses, três estão a trabalhar - dois no setor da pedra e um no setor da restauração, em consequência do abandono das pedreiras – e um não tem condições de saúde para trabalhar, mas também não consegue aceder à reforma. O percurso profissional de todos eles é feito maioritariamente no setor da pedra e todos se encontram sindicalizados na Associação Profissional dos Trabalhadores das Pedreiras. No que respeita à silicose, a doença profissional que todos possuem, o grau de incapacidade atribuído a estes indivíduos varia entre os 6% e os 60%, sendo que um deles não tem conhecimento da percentagem de incapacidade que lhe foi atribuída. Para uma caracterização mais fina dos participantes, atentar na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização dos participantes

Participante	Idade	Estimativa de anos de trabalho no setor	Situação profissional	Idade aquando do 1º reconhecimento	Incapacidade reconhecida (%)
P1	58	38	Reformado	54	24%
P2	50	33	À espera da reforma	43	15%
P3	45	30	A trabalhar no setor	37	6%
P4	60	38	Reformado	39	60%
P5	47	36	A trabalhar no setor	34	14%
P6	57	43	A trabalhar no setor	41	52,5%
P7	59	31	A trabalhar fora do setor	51	Não sabe

Em relação ao segundo grupo, participaram nesta investigação quatro pessoas que representam entidades/instituições com responsabilidade na problemática da silicose no concelho de Penafiel, designadamente a Câmara Municipal de Penafiel (entidade política), a Associação Profissional dos Trabalhadores das Pedreiras (entidade sindical), uma empresa do setor (entidade patronal) e a equipa do projeto “Menos Tuberculose Pedreiras” (entidade médica). A Câmara de Penafiel viu-se representada pela atual Vice-Presidente, que tem sob sua alçada, entre outros, os pelouros do Ambiente e Recursos Naturais, e da Cidadania, Saúde e Defesa do Consumidor. Já a Associação Profissional dos Trabalhadores das Pedreiras - que nasce em março de 2019, nas instalações da Junta de Freguesia de Peroselo, em Penafiel, na sequência da petição a reivindicar a consideração da profissão de pedreiro como de desgaste rápido - teve como figura representativa o Presidente da Associação. No que concerne à entidade patronal, contou-se com a participação de um Engenheiro e também responsável por uma empresa do setor da extração e transformação de granitos, do concelho de Penafiel - empresa essa que conta com uma larga experiência no setor e que é composta por 11 trabalhadores. Por último, a entidade médica foi representada pela equipa gestora do projeto-piloto “Menos Tuberculose Pedreiras”, iniciado em 2018 e envolvendo os concelhos de Penafiel, Marco de Canaveses e Castro de Aire, com o objetivo de rastrear a tuberculose em trabalhadores de empresas identificadas como de maior risco para a doença, com a garantia de encaminhamento e tratamento dos casos identificados. No caso das entidades política, patronal e médica, assumiu-se como critério de inclusão pertencerem ao concelho de Penafiel.

A seleção do grupo de participantes teve por base uma amostragem intencional, com base no critério e na conveniência, uma vez que se trata de uma amostra da população que obedece a critérios definidos e que está à disposição do investigador, sendo acessível em termos geográficos e temporais (Miles, Huberman, & Saldaña, 2014; Ochoa, 2015). No que respeita ao grupo de (ex-)trabalhadores portadores de silicose, a sua seleção seguiu um processo de amostragem por bola de neve, visto que os próprios participantes identificaram outros participantes que consideraram ser casos de interesse à investigação (Miles & Huberman, 1994). Salienta-se ainda que o acesso a este grupo de participantes foi obtido, numa fase inicial, por intermédio da Associação Profissional dos Trabalhadores das Pedreiras.

2.3 Procedimentos de recolha de dados

Perante a problemática a explorar, a entrevista semiestruturada mostrou-se ser uma mais valia nesta investigação, tendo sido o instrumento de recolha de informação privilegiado. Este tipo de entrevista encerra características como a flexibilidade quanto à duração, um índice de respostas mais abrangente, eficácia no acesso a informações difíceis e a respostas espontâneas e, por último, cria oportunidades para a clarificação e acompanhamento das perguntas e respostas num ambiente de interação personalizado e imediato (Caixeiro, 2014).

As entrevistas foram sustentadas na construção de quatro guiões: um guião para os participantes com silicose e um guião para cada um dos atores envolvidos.

O guião de entrevista aos participantes com silicose foi desenvolvido com base no Inquérito Saúde e Trabalho (INSAT), da autoria de Carla Barros, Liliana Cunha e Marianne Lacomblez (2019), previamente solicitado às autoras, e autorizado o seu uso com este propósito. Trata-se de um instrumento que analisa os efeitos das condições de trabalho na saúde, ou seja, permite compreender de que forma os trabalhadores avaliam as características e as condições do seu trabalho, o seu estado de saúde e que tipo de relações estabelecem entre a saúde e o seu trabalho (Barros-Duarte, Cunha & Lacomblez, 2007). Em termos de estrutura, o inquérito é constituído por um primeiro grupo de questões sociodemográficas e, posteriormente, é dividido em sete partes, de acordo com as grandes temáticas que trata: (I) o trabalho; (II) condições de trabalho e fatores de risco; (III) condições de vida fora do trabalho; (IV) formação e trabalho; (V) saúde e trabalho; (VI) a minha saúde e o meu trabalho; (VII) a minha saúde e o meu bem-estar (Barros, Cunha & Lacomblez, 2019).

Em termos de estrutura, o guião de entrevista aos participantes com silicose integrou oito partes: (I) questões sociodemográficas; (II) caracterização da situação profissional atual – em que as questões variaram consoante se tratasse de um participante reformado ou a trabalhar; (III) percurso profissional – considerou-se o início da vida ativa e a perceção face ao seu término, o trabalho nas pedreiras e outras atividades profissionais; (IV) formação - procurou-se perceber como aprendeu a fazer o seu trabalho e que formações fez ao longo dos anos; (V) condições de trabalho e fatores de risco nas pedreiras – abordaram-se aspetos como os fatores do ambiente, físicos e psicossociais de risco, o ritmo e intensidade do trabalho, a autonomia e iniciativa, tempos de trabalho, relações de trabalho, prazer e satisfação no trabalho; (VI) meio social envolvente; (VII) história de saúde relacionada com o trabalho – nomeadamente no que respeita a acidentes de trabalho, doenças profissionais e riscos profissionais; (VIII) história da

silicose – procurou-se perceber o conhecimento que a pessoa tinha da doença e do processo de reconhecimento associado à mesma, de uma forma geral, para depois se abordar a sua experiência desde os primeiros sintomas até o trabalhar e viver com a mesma. Foi realizada uma entrevista piloto com um dos representantes da Associação Profissional dos Trabalhadores das Pedreiras para validação do presente guião.

No caso do guião de entrevista à Câmara Municipal de Penafiel, este viu a sua versão original (Anexo 1) encurtada, a pedido da figura representante desta instituição, sendo que se procurou abordar o papel da Câmara, enquanto parceiro de interface entre as várias entidades, em relação a este setor e à silicose, nomeadamente ao nível de medidas implementadas para a combater e prevenir. A entrevista à Associação Profissional dos Trabalhadores das Pedreiras (Anexo 2) procurou explorar os principais compromissos, desafios e lutas da associação, bem como perceber como consideram que se acede a esta profissão e o que atrai e repele as pessoas desta atividade. Já com a entrevista à empresa do setor da pedra (Anexo 3) pretendeu-se explorar como é que esta entidade encara e se demarca da realidade do setor no que às condições de trabalho e saúde diz respeito. Por último, o guião de entrevista à equipa do projeto “Menos Tuberculose Pedreiras” (Anexo 4) incidiu sobre questões de ordem médica no que respeita à doença profissional em causa e também questões voltadas para os resultados obtidos com o projeto em curso. Uma vez que estes guiões não eram, à partida, extensos e, por opção da maior parte das entidades, o debate que poderia ter surgido a partir deles não aconteceu – espelhando-se num conteúdo que não poderia nunca ser alvo de uma análise exaustiva - optou-se por colocar os mesmos em anexo.

No que respeita ao grupo de participantes com silicose, realizaram-se sete entrevistas em profundidade, com uma duração média de 110 minutos, sem registo de interrupções. Era esperado que todas as entrevistas fossem realizadas presencialmente, contudo, em resultado da situação de pandemia por COVID-19, as mesmas foram conduzidas de forma síncrona, mas online, com recurso à rede social Facebook (o único suporte de que dispunham para este efeito ou o único com que estavam um pouco mais familiarizados), durante a semana, no período da tarde, no caso dos participantes reformados e ao sábado, à tarde, para os participantes que se encontravam a trabalhar. As entrevistas foram gravadas com a autorização dos participantes e todos assinaram o consentimento informado (Anexo 5), disponibilizado previamente através de um link.

As entrevistas aos atores institucionais ficaram marcadas por diversas especificidades. A entrevista à entidade sindical foi a única realizada presencialmente, ainda no mês de fevereiro, e teve a duração de 60 minutos. As restantes entrevistas, apesar da intenção inicial

de serem realizadas presencialmente, passaram a ser pensadas para se realizarem remotamente, devido ao COVID-19. Contudo, a pedido das entidades envolvidas, acabaram por se realizar de outra forma: no caso da empresa do setor da pedra e da equipa do projeto “Menos Tuberculose Pedreiras”, ambos solicitaram o envio das questões, a que deram resposta posteriormente; já a Câmara Municipal de Penafiel, perante o envio das questões, respondeu em formato de texto no corpo de um e-mail.

2.4 Procedimentos de análise de dados

Uma vez recolhida a informação, há que submetê-la a análise, e, para isso, recorreu-se à análise temática qualitativa definida por Braun e Clarke (2006), um método que pressupõe um conjunto de seis fases: (1) familiarização com os dados, (2) criação de códigos iniciais, (3) identificação de temas, (4) a sua revisão, (5) definição e nomeação e, por último, (6) a comunicação desses mesmos temas (Braun e Clarke, 2006).

Posto isto, inicialmente, para se proporcionar uma familiarização com os dados, procedeu-se à sua transcrição, leitura ativa e repetida (Braun e Clarke, 2006) e também ao registo das ideias principais, recorrendo-se a uma técnica da autoria de Bardin (2011), designada por leitura flutuante. De seguida, criaram-se códigos iniciais, ou seja, codificaram-se elementos dos dados em todo o *corpus* por meio de uma abordagem semântica, isto é, respeitando a ideia transmitida por cada participante, sem nenhuma análise interpretativa. Como esta codificação foi feita manualmente, recorreu-se ao uso de cores para diferenciar os códigos das anotações para identificar possíveis temas. Após a conclusão desta fase, agruparam-se os códigos em potenciais temas, que contam uma história interpretativa dos dados mais concretos. Nesta altura, começou-se também a pensar nas relações entre códigos, entre temas e entre diferentes níveis de temas. De seguida, verificou-se se os temas tinham relação com os dados codificados e também com o *corpus* de análise, criando-se, assim, um mapa temático de análise. Depois de discutido este mapa, e reunido acordo relativamente à sua proximidade do discurso dos participantes, tornou-se necessário definir e nomear os temas, identificando as especificidades e a “estória” que cada tema revela, garantindo-se a coerência dentro de cada tema e a heterogeneidade na comparação entre os vários temas.

2.5 Critérios e estratégias para garantir a qualidade das inferências

De forma a garantir a qualidade das inferências desta investigação nos dois critérios definidos por Guba e Lincoln (1994) – confiabilidade e autenticidade – adotaram-se algumas estratégias. Em relação ao critério da confiabilidade, procurou-se garantir a credibilidade, dependabilidade e confirmabilidade. Neste sentido, foram restituídos os resultados aos participantes para validação, num documento síntese com os temas que emergiram e algumas verbalizações ilustrativas, assegurando-se a credibilidade. A elaboração de um diário de bordo e de fichas das entrevistas, e o recurso a uma figura externa para validar o mapa temático de análise e garantir o consenso ao nível dos procedimentos adotados, permitiram garantir a dependabilidade. A procura de objetividade na análise e interpretação dos dados, melhor conseguida pelo distanciamento em relação à problemática, garante a confirmabilidade.

Já perante o critério autenticidade, neste estudo é possível observar a justiça, autenticidades ontológica e educativa, uma vez que foram consideradas diferentes perspetivas e se permitiu que os participantes se apropriassem dos sucessivos acontecimentos que marcaram a sua história e, ao mesmo tempo, obtivessem também uma perspetiva de outros atores chave nesta dinâmica (Guba e Lincoln, 1994; Santos, Peres & Brandão, 2018).

III - Apresentação e discussão dos resultados

Com base nos objetivos deste estudo e nas sete entrevistas realizadas aos (ex-) trabalhadores foi possível encontrar temas relevantes quanto às suas vivências com a doença profissional silicose (Anexo 6). A par disso, e considerando também o discurso dos diferentes atores envolvidos na problemática, procurou-se contrastar diferentes perspectivas relativamente a determinados temas. Da análise emergiram os dados que serão apresentados e discutidos de seguida, tendo em conta três grandes eixos temáticos: as condições de trabalho; a saúde e o trabalho; e, por fim, a doença profissional silicose. Esta estrutura justifica-se pela necessidade de conhecer a história profissional dos trabalhadores, que remete necessariamente para as suas condições de trabalho e de saúde, para melhor compreender a doença de que são vítimas. A narrativa é completada com exemplos de verbalizações dos participantes, reforçando a riqueza dos dados recolhidos.

3.1 As condições de trabalho: *“abandonar a arte de pedreiro num fato de madeira”*

As condições de trabalho dos pedreiros remetem, desde logo, para o início de um percurso profissional no setor que não pode ser desconsiderado, como se percebe pelas verbalizações expostas na Tabela 2. Falamos de trabalhadores que ingressaram no setor da pedra muito novos, entre os 10 e os 13 anos de idade, enquanto ainda andavam na escola, motivados pela necessidade de contribuir para o sustento familiar ou pela procura de independência financeira, num território em que as opções de trabalho eram escassas e recaíam, essencialmente, sobre o setor da pedra: *“Aqui na zona era o forte, era o coiso das pedras(...)”* (P3). Será comum, então, a partilha de saberes-fazer, feita por trabalhadores mais velhos, muitos deles pertencentes ao seio familiar destes participantes. Além disso, encontravam-se sujeitos a condições de trabalho marcadas pela exposição a circunstâncias atmosféricas desfavoráveis e pela inexistência de equipamentos de proteção individual: *“(...) não havia luvas, não havia máscara, não havia botas de biqueira de aço, não havia nada disso”* (P1).

Esta exposição ocupacional passada, associada a uma entrada precoce no setor, pode funcionar como antecedente patológico (Volkoff, Touranchet, Derriennic, 1995) para o aumento dos riscos associados à saúde. Apesar das melhorias, o trabalho nas pedreiras continua a ser realizado ao ar livre e tal deve ser tido em linha de conta nas avaliações de risco laboral,

pelo impacto que pode ter na saúde do trabalhador – podendo resultar, por exemplo, em hipotermia, desidratação, cancro da pele (CE, 2015) – ou, pensando na silicose, por agravar um estado de saúde já delicado – as altas temperaturas, em particular, e as variações de temperaturas, de forma global, obrigam a um esforço cardíaco extra (Gustafsson, Lundqvist & Lindgren, 1989).

Tabela 2 - Exemplos de verbalizações sobre o início do percurso profissional

Início do percurso profissional no setor	Idade	<i>Eu com 14 anos comecei a ter descontos, mas eu com 10 anos já ia para a pedreira. Eu andava na 4ª classe e ia de manhã para a pedreira e de tarde para a escola. (P1)</i>
		<i>Hum, a fazer descontos comecei aos 14, não é? A gente andava na escola e já andava a trabalhar. Com os 12, o meu quinto e sexto ano, já ia de tarde para a escola e de manhã ia trabalhar. (P3)</i>
	Fatores determinantes	<i>Eu desde novo que gostava de ter a minha independência, prontos, e quando fui trabalhar para a pedreira comecei a ganhar gosto de ter o meu dinheiro, num é? (P2)</i>
		<i>Tinha que se ajudar a família, eramos muitos irmãos. Tenho dois irmãos e eles trabalhavam a pedreira. Aqui na zona era o forte, era o coiso das pedras também e pronto, já no tempo da escola ia trabalhar para lá e habituou-se áquilo. (...) Era o que havia mais de trabalho assim aqui na zona, era a parte de pedreira ou trolha e assim, mas já era coiso de família. (...) Os meus irmãos eram pedreiros e eu fui para a beira deles aprender e começa assim o processo. (P3)</i>
	Partilha de saberes-fazer	<i>A minha formação foi os meus irmãos, o que eu sei hoje. Depois a gente anda aí a aprender no dia-a-dia porque com o tempo a gente vai aprendendo, vai tirando da nossa cabeça e vai aprendendo. Mas o forte foi os meus irmãos que me ensinaram. (P3)</i>
		<i>Aprendes exatamente com as pessoas mais velhas, ou seja, dizem como devem fazer, porque isto não há formação nenhuma. Na altura eram os mais velhos que iam ensinando como devíamos fazer, e é exatamente assim, vai se evoluindo com uma pessoa mais velha (P5)</i>
	Condições de trabalho	<i>Uma das coisas que não havia, olhe não havia luvas, não havia máscara, não havia botas de biqueira de aço, não havia nada disso. (...) Nada, não havia nada. Uma pessoa tinha mais acidentes devido a não haver tantas condições. Eu quando comecei a trabalhar de pedreiro as condições eram péssimas, não havia barracos, não havia nada, uma pessoa trabalhava ao tempo. Se estava a chover tínhamos de parar, quando tava sol trabalhávamos ao sol ou então colocávamos um eucalipto ou dois ali ao alto a fazer sombra (risos), era assim. Só passado alguns anos então é que se fizeram uns barracos. (P1)</i>
		<i>Não se levava máscara nem nada. Não se sabia o que se sabe agora. (...) Nem se pensava, não é? A gente era nova. E depois também não havia os coisos como agora, máscaras... (...) Pois, eles também não davam esses equipamentos. Agora toda a gente dá, mas antigamente não davam. (P3)</i>

No que reporta a condições de trabalho mais atuais (Tabela 3), os participantes identificaram a exposição, designadamente, a vibrações, ruído e poeiras, sendo que o incómodo resultante desta exposição é assinalado como sendo muito significativo. No que diz respeito aos fatores físicos de risco, emergem a adoção de posturas penosas, a realização de esforços

físicos intensos – associados ao uso do martelo pneumático e à deslocação da pedra para a trabalhar – e o permanecer sentado durante muito tempo. Os esforços excessivos sobre o sistema músculo-esquelético são a causa da maioria dos problemas dos trabalhadores da indústria extrativa e transformadora, tal como da generalidade das atividades industriais (Sanmiquel, Rossel, Vintró & Freijo, 2015).

Para além destes fatores de risco, há também outros ligados à organização do trabalho, sendo que os participantes realçam o horário de trabalho que excede as oito horas diárias - aspeto normalizado pelos trabalhadores -, o ritmo intenso de trabalho que se manifesta no cansaço a meio da jornada de trabalho e, ainda, o comprometimento das relações com os colegas devido ao consumo de álcool pelos mesmos (*“E tenho uns colegas de trabalho que não valem nada... Metem-se muito no álcool. Não é beber à hora do meio-dia, é a qualquer hora do dia”* P6). Este recurso ao álcool dentro, e fora, do local de trabalho pode indiciar uma estratégia defensiva criada e mantida pelo coletivo de trabalho para controlar as exigências emocionais de um trabalho que se entende precário e perigoso (Marins, Cunha & Lacomblez, 2019). Já a intensidade do trabalho, bem como a sua monotonia e carácter repetitivo, é apontada, em relatórios recentes, como um dos riscos profissionais mais comuns e com consequências negativas para a saúde e bem-estar dos trabalhadores, particularmente quanto ao stress associado ao trabalho (Eurofound, 2014).

Estas condições de trabalho acabam por determinar o presente e o futuro do setor, no sentido em que os trabalhadores consideram existir falta de interesse na sua arte, sobretudo entre a camada mais jovem da população (*“Não há quem queira ir para a pedreira”* P1). A não renovação da mão-de-obra é entendida, quer pelo sindicato como pela entidade patronal, como o grande desafio do setor, sendo que esta última entidade procura ultrapassar a situação *“apostando em maquinaria e continuando a adaptar os métodos de trabalho de forma a reduzir o esforço físico dos trabalhadores”*. Ao mesmo tempo, os participantes dizem não incentivar e desejar que os seus filhos realizem a sua atividade nas pedreiras, ao contrário do que aconteceu com parte deles na altura de ingresso no mercado de trabalho. A par disso, perspetivam o fim da sua vida ativa de uma forma particular, na medida em que acreditam que vão morrer a trabalhar, não tendo esperança de chegar à idade da reforma convencional: *“Um pedreiro hoje em dia não chega aos 67”* (P5).

Tabela 3 - Exemplos de verbalizações sobre o trabalho nas pedreiras

O trabalho nas pedreiras	Fatores físicos de risco	<i>Adotar posturas penosas</i>	<i>Uma pessoa tem de estar vergada. Uma pessoa tem alturas que quando me ia para me levantar tinha que pôr os dedos atrás da coluna (risos). E muitas vezes agarrava-me ao buraco para me esticar, fogo. (P1)</i>
			<i>Aí, lá num dá para estar a furar direito, tem que ser vergado. Ou furar de lado, ou furar de prume ou de lado, a gente nunca está direito. (...) E repare aquilo num é sempre sítios direitos, num é? A furar tanto se está numa pedra torta como se está...a posição tanto se está com um pé em cima e outro em baixo ou um pé de lado. (P2)</i>
		<i>Permanecer muito tempo sentado</i>	<i>Agora tenho trabalhado muito sentado porque tenho trabalhado em pedra mais miúda e dá para trabalhar sentado. Claro que não é muito confortável porque começa a cansar a coluna e as costas. (...) Tenho que estar suspenso só praticamente na perna esquerda porque a direita tem de trabalhar. (...) Sentado, a puxar a pedra torna-se mais difícil. (P3)</i>
		<i>Fazer esforços físicos intensos</i>	<i>Só para ver, agora ultimamente andávamos a fazer uns trevos para fazer muros nas autoestradas, tem alguns que pesam 600 a 700 kg, esses é mais difícil de virar, de os tombar. Mas tem outros que pesam 400 a 500 kg e uma pessoa tomba-os, vai tombar por isso imagine o esforço que é durante o dia, uma pessoa estar ali... Tem alturas que uma pessoa, eu agora nem tanto mas quando trabalhei nas pedras era material mais miúdo mas tinha que carregar aquilo para um balde de uma maquina e que fosse à volta de 20 toneladas de pedra por dia, eu tinha de a por dentro da maquina e cada peça pesava entre 40 a 80 kg. Aquilo era uma média de 500 a 600 peças que me passavam pela mão durante o dia. (P1)</i>
			<i>Eu andava na exploração e com as máquinas o corpo vibra sempre para um lado e para o outro e o martelo se furar, se saltar de uma pedra para a outra, com 20 kg de uma mão para a outra isso dá cabo das articulações todas. (P2)</i>
		Fatores psicossociais de risco	<i>Horário de trabalho</i>
			<i>Nunca tivemos horários das 8h às 17h. Era das 7h às 19h, ou das 7h30. Os pedreiros num há, num sei se haverá algum, agora algumas empresas parece que trabalham as 8h mas a maior parte deles trabalham mais. (...) Trabalham mais horas. É 45h quando não é 50h por semana. (...) Eu, eu nunca trabalhei 8h. (...) Era 10, tinha de as fazer. Começávamos a trabalhar às 7h da manhã, depois tínhamos 20 minutos a meio da manhã e 20 minutos a meio da tarde, tínhamos 1 hora para almoçar e trabalhávamos até às 19h. Trabalhava à volta de 10 horas por dia (P1)</i>
			<i>Não há pedreiro nenhum a trabalhar só as 8h por dia, toda a gente trabalha mais num é? Não há pedreiro nenhum que diga que só trabalho 8h. Só aqueles que andarem ao dia, só ao dia... (P6)</i>
		<i>Ritmo intenso de trabalho</i>	<i>Ah, tinha alturas que uma pessoa há alturas que os trabalhos são mais pesados, há alturas que ao meio dia já se está cansado, mas tem que se cumprir o resto do dia, num é? Acontecia muitas vezes isso. (...) Às vezes a energia era mas é para ir dormir (risos). Havia algumas vezes que nem apetecia comer, apetecia era ir logo dormir. (P1)</i>
			<i>Às vezes ao meio-dia nós estávamos todos rotos, todos cansados. E depois de verão era o calor e dava mais moleza no corpo. (P2)</i>
	<i>Relações de trabalho com os colegas</i>	<i>E tenho uns colegas de trabalho que não valem nada.... Metem-se muito no álcool. Não é beber à hora do meio-dia, é a qualquer hora do dia. Eu no trabalho não bebo. E tratam mal o pessoal todo... Por isso é que eu lhe disse que gosto de trabalhar numa máquina, que gosto muito do meu cantinho. Isso não são colegas de trabalho... (P6)</i>	
	Falta de interesse na arte	<i>Não há quem queira ir para a pedreira. (...) Os jovens sabe como é, se poder ganhar 600 euros e estar com o telemóvel e com o computador não vão para a beira do pó ganhar 700 ou 800. (P2)</i>	

	<i>A juventude de hoje... A arte de pedreiro é muito dura e eles vê os pedreiros a morrer muito cedo e não quer. (P6)</i>
Não querer que os filhos o realizem	<i>Não, isso não. Não porque é pesado e depois com a idade começa a vir os problemas, não é? Enquanto se é novo anda-se bem, depois... (...) Não, não, e estou a fazer tudo por tudo para tentar dar uma vida melhor para ele não precisar de vir para este ramo. (P3)</i>
Perceção do fim da vida ativa	<i>Eu tenho 5 filhos, 3 homens e 2 mulheres, e eu não puxei a nenhum filho para ir para pedreiro, é muito pesado e muito pó, na na na. (P6)</i>
	<i>Pronto, eu antes de pensar arranjar a reforma eu pensava que ia trabalhar até aos 66 ou então morrer a trabalhar (...) Agora não, começou a apertar mais, começou a ser mais difícil e o pessoal pensava, eu e os outros pensavam que era trabalhar até não poder mais. (P1)</i>
	<i>Chegar aos 66 anos ou 67 é impossível, ou seja, já tinha que ter morrido há 6 ou 7 anos para tornar a voltar para trás, é impossível ... Um pedreiro hoje em dia não chega aos 67 (...) Se deixar de trabalhar poderei chegar, agora a trabalhar é que é impossível mesmo. (P5)</i>
	<i>Difícil. Eu acho que só vou abandonar a arte de pedreiro.... Ou eles me dão a reforma breve ou eu vou abandonar a arte de pedreiro num fato de madeira, só assim é que a gente consegue...(P6)</i>

O abandono da atividade nas pedreiras é uma realidade para estes trabalhadores (Tabela 4), quer seja de carácter temporário, com alguns a trabalharem pontualmente na construção civil, eletricidade e agricultura, ou definitivo, se se tiver em conta o participante que trocou o setor da pedra pelo da restauração há já 10 anos. Os motivos prendem-se com a intenção de encontrar um trabalho mais satisfatório ao nível das condições de trabalho e da remuneração. Contudo, consideram-se velhos para aprender outra arte (“(...) *ir aprender outro tipo de arte na minha idade se calhar já não era fácil*” P2), assim como, consideram que o território limita as suas alternativas, além de que não cumprem todos os requisitos para ingressar em outra atividade profissional, sobretudo devido à falta de escolaridade.

No discurso dos participantes surge ainda outro tipo de abandono da atividade profissional, que se vê representado na reforma precoce. Efetivamente, há trabalhadores a conseguirem reformar-se antecipadamente, mas há também outros que veem esse acesso dificultado, apesar da elevada incapacidade reconhecida relativamente à silicose. As dificuldades associadas à reforma antecipada são também mencionadas pelo sindicato, com vários associados a darem conta de muitos anos em falta de descontos à Segurança Social e sem forma de recuperar e comprovar esses dados devido ao fecho das empresas: “*O pessoal mete os papéis para a reforma e a Segurança Social tem lá os dados do trabalhador, mas na lei ficou que é preciso o trabalhador comprovar os anos que teve de trabalho e há empresas que faliram, outras que mudaram de nome... A lei diz que nós temos de comprovar e os trabalhadores têm metido o requerimento e tem sido devolvido para justificar*”. A entidade patronal entrevistada não considera “*que esteja a haver um abandono precoce da atividade*” e,

além disso, acredita serem “poucos os que consideram mudar de atividade porque a faixa etária da maioria dos trabalhadores fixa-se entre os 45-55 anos, têm uma vida estabilizada e vivem perto do local de trabalho”.

Tabela 4 - Exemplos de verbalizações sobre o abandono(s) da atividade nas pedreiras

Abandono(s) da atividade nas pedreiras	Outras atividades	<p>Foi até agora, tive 4 meses na Alemanha na construção civil, o resto foi sempre pedreiro. (P1)</p> <p>Tava a pedreiro e depois fui para eletricista. Depois voltei outra vez. Andava na alta tensão. (P3)</p> <p>Maioritariamente fui pedreiro, mas, por exemplo, houve uma altura em que estava fraco, não se estava a trabalhar muito bem, não se pagava bem, estava meio parado... Tinha um irmão na Suíça que também estavam a precisar de um casal para lá e fui eu e uma irmã minha (...) Lá era agricultura, o meu patrão tinha vacas de leite... (P7)</p> <p>Ó pá, a coisa tava muita feia para mim. Mês a mês eu tinha uma crise que eu andava aí todo vergado. Eu não me conseguia deitar, andava todo lixado. E também os cotovelos do martelo a fazer pressão. (...) E a partir daí, já há 10 anos, fui para o café e pronto. (P7)</p>
	Motivos	<p>Quería mudar de trabalho. Na altura aqui não se ganhava assim muito e queria ganhar mais e fui lá a Alemanha, só que foi uma experiência que não resultou. (P1)</p> <p>É assim, a minha ideia é tentar, se puder arranjar um trabalho diferente que me dê outras condições que não me pese tanto a mão é tentar arranjar. (P3)</p>
	Condicionalismos	<p>Num trocava porque também já estou velho e é assim também para ir aprender outro tipo de arte na minha idade se calhar já não era fácil. É como diz o outro “cada macaco no seu galho”. (P2)</p> <p>Já tentei recorrer a outros trabalhos assim, mas dizem “mais anos de escola” e assim. É mais complicado. (P3)</p> <p>O grande problema é não ter meio por onde poder mudar (...) Exatamente. Para a minha idade... Para a minha e até para algumas pessoas mais novas, é complicado, nós aqui, na nossa zona, é calceteiros, ou seja, vamos mudar de um trabalho para outro idêntico (...) E tínhamos que fazer uma aprendizagem, no caso do calceteiro tínhamos que ir aprender, já não tenho idade de andar a aprender essas coisas. Não há algo que pudéssemos mudar, um tipo de trabalho diferente, que não seja tao pesado, na nossa zona não há muito (P5)</p>
	Reforma antecipada	<p>Eu quando fui reformado ainda tinha 57, foi em princípio de maio. (...) À onze meses. (...) Foram os problemas que eu estava a passar, eu e os meus colegas. Problemas pulmonares, de coluna, articulações, problemas de saúde. (...) Não trabalhava, não conseguia trabalhar. É muito difícil conseguir. (...) (P1)</p> <p>Na parte da reforma fui eu que estava cansado já ... Eu acho que ... pronto, não fiquei contente naquele tempo, em 2012, tinha para aí 52, fui embora e depois então tive parado 4 anos e disse, não, agora não vou trabalhar. (P4)</p> <p>Com 38 anos de descontos não me dão a reforma... Dizem que só sou pedreiro nesta empresa que estou agora, que só tenho 14 anos, não tenho direito a reforma dos pedreiros. E mais mandei para lá o nome de todas as empresas que andei até hoje e eles dizem que só sou pedreiro nesta empresa, o nome das outras empresas todas, o número dos alvarás, mas eu não consigo arranjar os carimbos dessas empresas. Quem é que guardou os carimbos ou assinaturas de patrões? Alguns até já faleceram, outros foram à falência. E eles vão guardar os carimbos? Claro que não guardam! (...) Na minha terra nós somos à volta de 18 ou 20 homens da minha idade, alguns já faleceram, pelo</p>

menos 4 ou 5 do meu ano e os outros estão a meter os papeis para a reforma, como eu meti, mas é uma burocracia cuidado...

Há a reforma para os pedreiros, mete-se os papeis e eles não nos dão a reforma. Fazem as leis, mas é preciso um papel, depois é preciso outro, mas quê? Estão à espera dos 67 anos? Ou estão à espera da certidão de óbito? Com 38 anos de descontos não me dão a reforma... Dizem que só sou pedreiro nesta empresa que estou agora, que só tenho 14 anos, não tenho direito à reforma dos pedreiros. E mais, mandei para lá o nome de todas as empresas que andei até hoje e eles dizem que só sou pedreiro nesta empresa, o nome das outras empresas todas, o número dos alvarás, mas eu não consigo arranjar os carimbos dessas empresas. Quem é que guardou os carimbos ou assinaturas de patrões? Alguns até já faleceram, outros foram à falência. E eles vão guardar os carimbos? Claro que não guardam! (...) Na minha terra nós somos à volta de 18 ou 20 homens da minha idade, alguns já faleceram, pelo menos 4 ou 5 do meu ano e os outros estão a meter os papeis para a reforma, como eu meti, mas é uma burocracia cuidado...

(P6)

3.2 Saúde e trabalho: “um pedreiro para ser pedreiro tem de mudar as unhas sete vezes”

Apesar dos contextos formais de discussão e formação acerca dos riscos do trabalho para a saúde serem uma realidade recente, os trabalhadores consideram estar informados sobre esses riscos, mas desconsideram-nos (Tabela 5). Encaram a introdução de maquinaria, nomeadamente dos martelos pneumáticos, como uma fonte de preocupação no que respeita aos riscos para sua saúde, considerando que estas máquinas trouxeram, essencialmente, ganhos de produtividade. A evolução tecnológica dá origem a mudanças no local de trabalho, contudo, se reduz ou elimina alguns fatores de risco e acidentes, multiplica a probabilidade do surgimento e ocorrência de tantos outros (Branco, 2018).

Regra geral, os trabalhadores dizem não pensar nos riscos, caso contrário não trabalhariam: “*Não se pensa muito nas coisas, é bota para lá, não pensar nas consequências (risos)*” (P1). Pelas experiências pessoais que, certamente, deixaram as suas marcas e pela experiência grupal, inevitável num território dominado pelo setor da pedra, o grupo de participantes remete-nos para o reconhecimento da avaliação de riscos como uma “construção social” (Cadet & Kouabénan, 2005). A presença habitual e regular do risco (Barros-Duarte & Cunha, 2012) e a introdução de EPIs só após longos anos de atividade no setor podem explicar, em parte, a tendência dos trabalhadores para a sua normalização.

Tabela 5 - Exemplos de verbalizações sobre o conhecimento dos riscos do trabalho para a saúde

Conhecimento dos riscos do trabalho para a saúde	(In)Formação sobre os riscos	<p><i>Agora, geralmente, todo o trabalhador tem a noção dos riscos que corre no dia-a-dia lá no trabalho, agora o pessoal já está mais a par do que poderá acontecer. (P1)</i></p> <p><i>Não, agora só nos últimos anos é que tivemos aquelas formações que são habituais, formações de segurança de trabalho, e assim. (...) Sim, acerca de sete/oito anos para cá. (...) Agora começaram a andar mais em cima dos patrões, eles são obrigados e a gente já tem que fazer. E é bom fazerem isso. (P3)</i></p> <p><i>Cheguei a ter formação só mesmo nesta firma que estou hoje. Já tivemos formação por 2 ou 3 vezes, talvez até tenha feito mais. (...) Ora bem, nós no nosso trabalho estamos sempre informados dos riscos, agora se a senhora me perguntar se a entidade patronal se nos informa, se temos tudo... sim, tenho. Com os patrões tenho. Estou ciente dos riscos de trabalho, estou. Tenho um diploma também, quando fizemos lá formação (P6)</i></p>
	Riscos na introdução de maquinaria	<p><i>Mas há coisas que vieram modernizar a profissão que talvez prejudicasse a saúde que é o caso dos martelos pneumáticos que uma pessoa faz muito mais produção mas dá cabo das articulações, é os ouvidos e o pó. (...) Agora uma pessoa martela e na altura uma pessoa estava ali, fazia o furo, não havia aquele pó, os martelos fazem um pó tremendo. E as máquinas dos cubos depois onde o pessoal está já a fazer o material, aquilo faz pó... Mata mais as pessoas. Ajuda numa coisa, mas prejudica na saúde. (P1)</i></p> <p><i>Sim, começou a haver mais maquinismo. Por um lado, é bom porque não é tão... É mais fácil para fazer o trabalho e assim, é mais rápido. Claro que veio prejudicar mais a saúde porque faz mais pó, não é? Poupa-se no corpo, no modo de falar do trabalho, que não se esforça tanto, mas em coisa de saúde também prejudica na respiração, por causa do pó, e as articulações, que aquilo vibra muito... (P3)</i></p>
	Não pensar nos riscos	<p><i>Pronto, é assim, uma pessoa num pensa muito nisso. Uma pessoa sabe que tinha de trabalhar. Não se pensa muito nas coisas, é bota para lá, não pensar nas consequências (risos). Uma pessoa não pensava nisso se não...era melhor não ir. (P1)</i></p> <p><i>Com o tempo a gente vai-se habituando outra vez ao normal e não posso tar sempre a pensar nisso senão não trabalhava. Tem de se pôr para trás das costas senão não se trabalhava mais, não é? (P3)</i></p>

No combate à exposição aos riscos profissionais, consensualmente, prioriza-se a adoção de medidas de proteção coletiva, mas é nas medidas de proteção individual que se centra o discurso dos participantes, como se percebe pelas verbalizações dos trabalhadores reportadas na Tabela 6. Parte do seu percurso profissional é feito sem a utilização destes equipamentos, não sendo totalmente claro o marco temporal do início do seu uso, podendo hipotetizar-se que a data da obrigatoriedade não corresponde à data de uso real dos mesmos. Ainda hoje o acesso a estes equipamentos de proteção individual não é feito de igual forma, existindo empresas que os fornecem e outras que não o fazem, tendo os trabalhadores a responsabilidade de os adquirir, e, conseqüentemente, de os utilizar ou não: “Assim compro aquilo que quero, aquilo que eu vejo que é melhor para mim, se não dá máscaras daquelas dos chineses” (P6). Em última instância, uma responsabilidade que é da entidade empregadora, é transferida para os trabalhadores. O conflito na hora da sua utilização é outros dos aspetos emergentes, nomeadamente no que ao uso dos óculos e da máscara, em simultâneo, diz respeito – sobretudo

no inverno, o uso da máscara leva ao embaciamento dos óculos, o que dificulta a realização do trabalho -, resolvido com a escolha de um dos equipamentos, neste caso a máscara. Já por parte de alguns colegas, a máscara e outros EPIs chegam mesmo a ser desconsiderados. Muitas das vezes, o desconforto e incômodo associado aos EPIs deve-se a problemas associados à sua concepção e eficácia real (Duarte, Théry & Ullilen, 2016). Deste modo, mesmo sendo de uso obrigatório, os trabalhadores arbitram entre utilizarem um ou outro equipamento, revelando que o trabalho, porque é o lugar de conflito entre produção e segurança, apela a um uso de si consentido e comprometido consigo mesmo – que remete ao posicionamento que cada trabalhador toma diante de um conjunto de normas: alterando-as, fazendo escolhas e uso da sua experiência com o objetivo de os adequar à sua realidade – e a um uso de si pelos outros – uma vez que jamais se trabalha sozinho, mas com colegas de trabalho ou outras pessoas fora da proximidade imediata (Durrive & Schwartz, 2008; Schwartz, 2004). E este compromisso não é, nunca, isento de riscos, nomeadamente para a preservação da própria saúde.

Ainda em relação ao uso de EPIs, onde os trabalhadores veem “conflito”, a Câmara vê “falta de vontade”: *“ Fizemos visitas às pedreiras, conversamos com patrões e funcionários, vimos as condições de trabalho. Algumas vezes fomos acompanhados pela Delegação de Saúde Pública e todos percebemos que os meios de proteção existem, estão lá, mas na maior parte dos casos, não são sequer usados pelos trabalhadores. (...) O cenário preocupa-nos muito, mas se não houver vontade de se protegerem no local de trabalho (...) tudo se torna uma luta em vão”*. Ora, se se trata de uma questão de vontade, e se se entende que os trabalhadores não a têm, tal pode significar, e apelando ao paradigma dos processos cognitivos da avaliação de riscos (Cadet & Kouabenan, 2005), que os instrumentos usados para fazer a avaliação do uso de EPIs não são sensíveis e eficazes para a apreensão dessa realidade, ou, pelo menos, que o ponto de vista dos trabalhadores não foi tido em conta. A avaliação de riscos deve sempre derivar de opções que pressupõem um espaço de debate entre os “especialistas da prevenção” e, necessariamente, os protagonistas das situações analisadas, os trabalhadores – só assim, encarando o trabalhador como um agente de fiabilidade e não como fonte de falha do sistema que é preciso controlar, se pode equacionar a avaliação e gestão de riscos (Barros-Duarte & Cunha, 2012).

Tabela 6 - Exemplos de verbalizações sobre os equipamentos de proteção individual

Equipamentos de proteção individual	Início de utilização	<i>Agora a ser obrigatório, eles a exigir mais talvez a partir de 2000 é que eles começaram a exigir mais os equipamentos, ou 2000 ou depois até de 2000 (P1)</i>
		<i>A partir de 92 é que começou a ser obrigatório usar isso (P2)</i>
		<i>Não, não havia, comecei a usar há 10 anos para cá, mais ou menos (P3)</i>
		<i>Todos os dias, todos os dias, não sei, há 7, 8 anos para cá é que comecei a usar (P5)</i>
	Acesso	<i>E agora ainda há patrões que não fornecem nada. (...) Ainda há empresas que ainda nem botas, nem máscaras, nem luvas. (...) Há trabalhadores que têm de comprar o material. Não havia de ser assim mas ainda há casos assim. (p1)</i>
	<i>O que era pedido eu tinha, mesmo a nível de proteção eles davam tudo. Desde que foi obrigatório a entidade patronal deu sempre. Agora há aí algumas que já não é assim. (P2)</i>	
	<i>Compro auscultadores, compro máscaras, compro as botas de biqueira de aço (...) Tenho que comprar (...) Sai-me do bolso como é natural, mas ela também dá mais um bocadinho já por causa disso, e eu assim compro aquilo que quero, aquilo que eu vejo que é melhor para mim, se não dá máscaras daquelas dos chineses, uma pessoa mete-lhe a mão e aquilo parece papel, dá umas luvas que dia sim, dia não, tem de dar outro par (...) (P6)</i>	
Conflito	<i>Num é muito fácil usar máscara e os óculos porque os óculos embaciam. Por exemplo, se for tempo mais fresco começam os óculos a embaciar e uma pessoa não consegue ver. Usava mais a máscara do que os óculos. (P1)</i>	
	<i>Não podemos usar máscara e óculos. Eu cheguei a comprar aqueles óculos pequeninos de mergulhador e não adianta. A trabalhar numa máquina com lâminas a passar rentinho aos dedos, se a gente já os aperta volta e meia imagine com os óculos embaciados. (...) A gente anda a trabalhar ou com a máscara ou com os óculos. Isso é o que dizem os inspetores da autoridade do trabalho, mas ou é uma coisa ou outra. (P6)</i>	
Utilização pelos colegas	<i>Havia muitos que num queriam a máscara, por exemplo, para fumar o cigarro, e não queriam andar com a máscara. (P2)</i>	
	<i>Ora andamos para aí 8 ou 12 debaixo do barraco... 4, ou 5 não usam nada de equipamentos, usam as luvas para não estragar as mãos e as botas para não apertar os dedos com as pedras. (P6)</i>	

No que respeita aos acidentes de trabalho (Tabela 7), os trabalhadores normalizam a sua ocorrência, dizendo mesmo que “*um pedreiro para ser pedreiro tem de mudar as unhas sete vezes*” (P1 e P6). Além disso, demonstram atribuir a si a culpa pela ocorrência de parte dos acidentes: “*Normalmente é sempre erro humano, erro nosso*” (P5). A falta de proteção para com estes trabalhadores faz-se notar em relação a este tópico aquando da reinserção profissional, na medida em que é o trabalhador, de forma isolada, que se adapta à sua nova condição e ao seu posto de trabalho: “*Foi na tal máquina de partir pedra, esmaguei a mão toda. Tive de me adaptar porque os seguros também pedem para a gente se adaptar ao que tem*” (P3). Este é um dos grandes obstáculos identificados no regresso ao trabalho após o acidente: quando o trabalhador volta para a mesma função, por vezes não compatível com a lesão, sem uma análise e planeamento prévio por parte de atores-chave (Pereira, Santos & Cunha, 2018). O acidente é assim, encarado, como um *turning point* apenas para o sinistrado,

reforçando-se o princípio de que a adaptação terá de ser desígnio do próprio trabalhador (Pereira, Santos & Cunha, 2018) e de que o processo de regresso ao trabalho é complexo e marcado por obstáculos (Jetha, Pransky, Fish & Hettinger, 2016; Khorshidi, Marembo & Aickelin, 2019). Um contexto laboral que origina, maioritariamente devido a falhas técnico-organizacionais, um acidente de trabalho, e não é submetido a uma análise e intervenção, corre o risco de ver repetido o processo anterior e de gerar situações limite capazes de culminar em novos acidentes (Lacomblez & Leitão, 2019).

Tabela 7 - Exemplos de verbalizações sobre os acidentes de trabalho

Acidentes de trabalho	Normalização	<i>Tive, mas nunca foi assim, tive mais do que um, mas nunca foi assim com gravidade. Não, eu eu nunca tive internado nem nada por causa disso. Oh, isso uma pessoa levar com um apertão num dedo e ficar sem as unhas, isso aconteceu, isso, se eu lhe contasse, oh... (P1)</i>
		<i>Tive um pequeno acidentezinho em 2008. Tive 1 mês de baixa. De resto foi sempre a dar. (P2)</i>
	Autoculpabilização	<i>É assim, por vezes, por culpa nossa também, um descuido é o suficiente para apertar uma mão ou cortar um dedo. Outras vezes, como é normal, estar a trabalhar e levar um corte mas a normalmente é sempre erro humano, erro nosso. (P5)</i>
	<i>Mas isso foi praticamente por ser burro, quando estive a trabalhar e parti um pé foi de ser burro... (P6)</i>	
	<i>90% era por nossa culpa, a gente queria era fazer mais, queria produzir. (P7)</i>	
	Adaptação	<i>Desde que tive o acidente com uma máquina que não consigo fazer tudo. (...) Foi na tal máquina de partir pedra, esmaguei a mão toda. Tive de me adaptar porque os seguros também pedem para a gente se adaptar ao que tem. O patrão tem de dar um trabalho adequado ao que a gente pode fazer. Isso ainda tá em tribunal, ainda não tá nada decidido. (...) É assim, tive de me adaptar a trabalhar com a mão esquerda. O que fazia com a direita estou a fazer agora com a esquerda. Não é a mesma coisa, não é? (...) Tentei fazer em cima, mas não conseguia porque o martelo vibrava a mão e ainda me doía bastante daquela maneira, não conseguia. Pronto, vim para a máquina. Comecei a fazer o material mais miudinho, o material mais pequenino e assim. Quando o patrão também viu que não dava pôs-me a fazer só material miudinho. Começam a vir outras encomendas e não dava para fazer só aquele material, mas depois com o tempo comecei a fazer o outro material só que é mais complicado para pegar nos cubos e assim. Eu antes pegava em dois de cada vez e agora com a mão esquerda só caço um de cada vez e deito para as caixas. É diferente. (...) Tive de me adaptar. O que eu fazia com a direita, não é a mesma coisa, mas o que eu fazia com a direita agora tou a fazer com a esquerda. Tenho de me habituar porque mesmo a nível de força, de pegar em parafusos e assim, de colocar o parafuso na máquina para apertar e assim, a mão direita não me ajuda. (P3)</i>

Além dos acidentes de trabalho, há também outros problemas de saúde relacionados com o trabalho. Dores de costas, problemas de audição, dores musculares e de articulações e dificuldades respiratórias são problemas de saúde entendidos por todos os participantes como causados pelo trabalho. Os dois trabalhadores com incapacidades mais elevadas relativamente à silicose (P4 e P6) entendem o trabalho como a causa de todos os problemas de saúde

abordados. Apesar da questão central deste estudo remeter para uma grande patologia profissional, não se pode desconsiderar os “pequenos” problemas de saúde, mais da ordem do infrapatológico, traduzidos nas queixas e no vivido, e com a qual o trabalhador se vê confrontando e que vive de uma forma muito pessoal e subjetiva (Barros-Duarte & Cunha, 2010; Molinié, 2010).

3.3 Até ser doença profissional: a silicose ou “o pó da pedra nos pulmões”

Perante todos estes problemas, a perceção do estado de saúde destes trabalhadores é pouco animadora e agravada substancialmente pela silicose, doença profissional que definem como o “pó da pedra” que se vai acumulando nos pulmões. O discurso dos participantes, que se detalha na Tabela 8, revela uma gradação crescente dos sentimentos associados à evolução da doença, que traduz os estádios distintos de desenvolvimento da silicose existentes dentro do grupo de participantes. A silicose é desvalorizada pelo único participante que abandonou as pedreiras de forma definitiva e não tem conhecimento da sua incapacidade; e é entendida pelos participantes mais velhos, e com uma incapacidade reconhecida elevada, como irreversível, inevitável e conducente a uma morte precoce. Esta relação entre a silicose e uma morte precoce deve-se ao conhecimento de casos próximos, evidenciando, mais uma vez, a importância que a dimensão território tem sobre esta problemática: “*Aqui a nossa freguesia, de Peroselo, num há pedreiro nenhum com mais de 60 anos*” (P6).

Segundo a entidade patronal, a silicose “*é uma doença que atinge principalmente os trabalhadores com mais idade*” porque os trabalhadores “*começaram a trabalhar muito jovens e numa altura em que não se ouvia sequer falar em máscaras*”. Porém, a equipa do projeto “Menos Tuberculose Pedreiras” diz que se “*continuam a verificar diagnósticos em indivíduos de grupos etários jovens*”. A falsa crença de que a silicose é uma doença que atinge trabalhadores que, no seu passado profissional, trabalharam sem quaisquer EPIs pode gerar, por um lado, uma maior aceitação da sua condição por parte dos trabalhadores e, por outro lado, justificar a falta de mobilização na erradicação da doença.

Os sintomas que os participantes mais apontam são a dificuldade em respirar e o cansaço, que com o passar do tempo se experimenta de forma cada vez mais frequente e acentuada, quer seja em exercícios como uma caminhada, uma subida de escadas ou até sem razão aparente. Recorrendo ao ponto de vista da entidade médica aqui retratada, espera-se que

um doente com silicose “*tenha dificuldade progressiva em realizar exercícios físicos, por falta de ar, tosse e cansaço*”. Conscientes da irreversibilidade da mesma, os sintomas veem-se atenuados através de uma terapêutica farmacológica à base de broncodilatadores, a que os trabalhadores chamam de “fazer a bomba”. Além desta intervenção, a entidade médica aponta ainda para a “*cessação tabágica, se for o caso, a vacinação contra a gripe e contra a pneumonia (...) e o oxigénio suplementar para prevenir algumas complicações*”. Esta doença profissional leva a que um pedreiro tenha “*um risco aumentado – quase 40% em relação à população geral – de desenvolver tuberculose*” (entidade médica), percebendo-se assim a menção a esta doença no discurso de dois participantes. Para além disso, “*como os sintomas da tuberculose e da silicose são semelhantes – tosse e expetoração – pode haver um atraso do diagnóstico da tuberculose que faz com que mais pessoas sejam infetadas na família e na comunidade*” (entidade médica).

Inevitavelmente, esta doença profissional tem implicações na vida dos trabalhadores, constatando-se que a silicose trouxe consequências a nível social: atividades prazerosas como caçar, trabalhar no campo, caminhar, correr e jogar futebol com amigos ou familiares acabaram por ser excluídas da vida destes participantes. Isto contribuiu para que, de uma forma geral, o estado psicológico dos participantes se deteriore: “*Acho que isto atrapalhou a minha vida toda*” (P2). Ademais, não é incomum estes trabalhadores continuarem a exercer a atividade, após a manifestação da doença. É paradoxal terem de se manter num ambiente que sabem nocivo e que só poderá agravar o seu estado de saúde, e limitá-los cada vez mais, até que o nível de incapacidade traduza todos os seus limites.

Perante este cenário, de um trabalhador em claro sofrimento na realização do seu trabalho, os participantes entendem que a entidade patronal procura adotar estratégias para atenuar as limitações do trabalhador, por exemplo, ao atribuir a pedra com menores dimensões ao trabalhador com silicose, ou, então, pelo contrário, parece desvalorizar a situação, importando-se mais com a produção. Os trabalhadores acreditam que ter alguém com silicose na empresa é algo já normalizado pelos patrões, sendo que apenas lhes dizem para ter cuidado. A entidade empregadora que participou neste estudo, com dois colaboradores com silicose, mencionou que a empresa que “*presta os serviços de higiene e segurança é que conduz todo o processo*”, sendo que a eles compete “*cumprir o que a lei diz, no sentido de providenciar EPIs e boas condições de trabalho e higiene*”.

Em relação à experiência com os médicos, no discurso dos participantes destacam-se três aspetos: o papel do médico de família no desencadear do processo de reconhecimento da silicose como doença profissional; o papel dos médicos, na sua generalidade, para a

importância de os doentes valorizarem a doença; e, por fim, o afastamento que existe entre trabalhadores e médico do trabalho – ou porque não há uma regularidade nas consultas, ou porque quando estas acontecem parecem pouco eficazes: “*Uma pessoa tem que ir à Medicina do Trabalho e há empresas que ainda não obrigam(...)*” (P1). Efetivamente, e recorrendo à perspectiva médica, “*é expectável que, pela experiência, os profissionais de saúde desta região estejam mais habituados a identificar/tratar o problema*”, contudo “os recursos de saúde são escassos na região”.

Por fim, terminando com o tema que os participantes mais associam à problemática da silicose e que move as lutas do sindicato, os trabalhadores veem-se envolvidos num longo período de espera para que a doença seja efetivamente reconhecida como doença profissional, que se inicia com a consulta no médico de família e termina com a declaração da incapacidade profissional. Anos de espera em que são, maioritariamente, obrigados a manter-se em funções e sem qualquer retorno sobre o estado do seu processo. São anos de silêncio absoluto, que os faz conformarem-se com esta realidade, como se ela fosse incontornável. Ademais, e devido ao impasse exagerado do reconhecimento, o seu estado de saúde acaba por se agravar, levando a que considerem que os seus sintomas estão bem para além da incapacidade que lhes é reconhecida, alimentando um sentimento de revolta por não saberem realmente em que estado se encontram relativamente à doença: “*(...) aqui é uma questão de eles não reconhecerem a doença como ela está (...)*” (P3). Pelo tempo de espera, que não lhes permite situarem-se perante o que falta para o término deste processo, e pela perceção de baixo controlo pessoal da situação, levanta-se a hipótese de os participantes não perspetivarem o processo de reconhecimento da silicose como um processo em si mesmo. É, finalmente, como se a doença, contraída em contexto de trabalho, seja algo com que têm inevitavelmente de aprender a viver, tanto quanto possível, resignados.

Tabela 8 - Exemplos de verbalizações sobre a doença profissional silicose

Doença profissional: silicose	Percepção do estado de saúde	<i>Olhe, eu, ela tá um bocado mal. Tá, tá um bocado mal por causa do problema dos pulmões, ainda é o que afeta mais é os pulmões. (P1)</i>
		<i>A minha saúde está podre.... Podre, podre, podre. Por causa dos pulmões, silicose. (P6)</i>
	Percepção do que é a doença	<i>A silicose é o pó que acumula nos pulmões, é o pó que fica ali uma massa e depois vai ficando duro e o pulmão não consegue abrir para que o ar chegue o suficiente. (P2)</i>
		<i>É assim, pouco me explicaram. O pó vai para os pulmões, não é? Começa a agarrar os pulmões e vai desenvolvendo...Começa o pulmão a secar e faz com que a gente tenha dificuldades a respirar e esses problemas assim. (P3)</i>
		<i>Silicose é o pó da pedra, ou seja, nós trabalhamos e vai começando a acumular, a acumular, na parte do pulmão. Fica ali nos pulmões e nunca mais sai. (P5)</i>
		<i>Olhe coisa boa não é (risos) (...) Dizem que isso é o pó da pedra nos pulmões, não sei se é ou não (...) Só me dizem que a silicose é muito pó, muito pó, é o que dizem (P6)</i>
	Desvalorização	<i>Se eu tivesse um problema e quisesse saber, sei lá, um tumor ou isto ou aquilo, tava sempre à espera que chegasse o exame. Como isto não é... (P7)</i>
	Irreversibilidade	<i>As causas é se faltar o ar, a gente precisa de um bocado de oxigénio, o pulmão não tem cura... só se for um transplante, mas o nosso país é pobre ... se fosse fazer um transplante e fosse pedreiro (risos) nós sabemos que os pulmões não têm cura (P4)</i>
	Inevitabilidade	<i>É uma coisa do trabalho, vai acumulando, não dá mesmo para fugir a estas coisas, tem que se viver com elas (P4)</i>
	Morte precoce	<i>Já morreram alguns com esse problema, pelo menos 2 colegas meus morreram com esse problema e mais novos que eu. (P1)</i>
	<i>Começa-se a ouvir falar e vem um que tem a doença e começa a ter dificuldade em respirar e assim e acaba por morrer e a gente começa a meter isto na cabeça, não é? (P3)</i>	
	<i>Aqui a nossa freguesia, de Peroselo, num há pedreiro nenhum com mais de 60 anos, morreram todos antes dos 60 anos e eu já vou para 58 e tenho de me pôr fino também. (P6)</i>	
Sintomas	<i>Uma pessoa começa a sentir cansaço, por vezes, que é o que me acontece agora, mas estou mais mal, mas é sem razão aparente uma pessoa fica cansado, sente-se dificuldades para respirar. Eu tem dias que sem fazer esforço nenhum sinto um cansaço tremendo, uma pessoa parece que está mesmo no fim de um dia de trabalho duro. E a falar, uma pessoa a falar cansa muito mais. (P1)</i>	
	<i>O sintoma que a gente mais nota, ou seja, a parte do andar a pé, subir escadarias, custa muito a gente respirar (P5)</i>	
	<i>Há sempre a falta de ar e cada vez mais. Agora se fizer 20 ou 30 metros, eu não consigo fazer 20 metros a correr ... eu faço meia dúzia de degraus e vejo-me negro (...) A andar ... ando, ando mas devagarinho (P6)</i>	
Fazer a bomba	<i>Tenho uma bomba que faz três tratamentos, só de manhã. Antes tinha duas, fazia uma de manhã outra à noite, agora há coisa de um ano, ela mudou-me para uma que só faço de manhã, tem 3 tratamentos. (P4)</i>	
	<i>já me trocou de bomba umas 3 ou 4 vezes. Comecei com uma mais fraquinha agora já estou com uma das mais fortes (P6)</i>	

Tuberculose	<i>Foi, um cunhado meu teve tuberculose e então fomos todos chamados, quem conviveu com ele e eu dei positivo ao vírus e tive de fazer prevenção. Não tenho tuberculose, não é? Mas como tive em contacto com ele tenho de fazer esse tratamento. (P3)</i>
	<i>Já tive uma tuberculose em 2013, noutra empresa, e em 2016 tive durante 4 meses e meio a oxigénio 24h por dia, devido à tuberculose e ao pó que tenho nos pulmões. (P6)</i>
Impactos	<i>É assim, mais dificuldade, por exemplo, eu gosto de andar de bicicleta e agora já tenho mais dificuldade. Por vezes, podia sair mais vezes e eu não saí porque não vou conseguir, porque se andar um bocadinho e subir já...abafo. (...) Até a nível psicológico, uma pessoa vê que anda aí é quase como andar com uma bomba no corpo porque isto está aqui e vai agravando, agravando. (P1)</i>
	<i>É, que eu tenho de andar e parar. Eu já não consigo correr. (...) Eu corria às vezes como caçador atrás dos cães e agora já não posso fazer isso. (...) Não é nada como era, nada a ver. E os meus colegas dizem, os meus colegas viram-se para mim “Opa, quem te viu e quem te vê”. Há muito trabalho que eu queria fazer e não consigo fazer. No campo, pegar num machado, semear umas batatas, qualquer coisa ... Isto travou tudo. Gostava de passear, gostava de caminhar e agora nada ... Acho que isto atrapalhou a minha vida toda (P2)</i>
	<i>Eu agora atualmente não faço nada (...) Eu é da varanda para a cozinha, da cozinha para a sala, de vez em quando vou dar uma voltita se tiver o tempo bom, ando 2 ou 3 km, nos sítios assim mais planos. E depois dá aquela sensação que está a estorvar ..., portanto, então olhe, não tenho apetite. (P4)</i>
Trabalhar doente	<i>Claro que não tenho condições para trabalhar, mas eles não me dão a reforma. Eu acho que ainda é mais difícil trabalhar do que ter acesso à reforma. O nosso ramo é muito duro! Para um pedreiro os últimos dias, os últimos tempos de trabalho é... Não há condições para nós.Eu ando sempre a trabalhar doente, sinto que trabalho doente. (P6)</i>
Experiência com a entidade patronal	<i>Ele, para ele já é normal ver um trabalhador com esse problema da silicose. Disse-me para ter cuidado, é o que eles dizem. (P1)</i>
	<i>Sim, o meu patrão tem sido... Tem visto um bocadinho essas coisas. Claro que é complicado para ele porque tem de me pagar na mesma e eu não dou a produção que dava. Até isto estar resolvido tem de ser assim. (P3)</i>
	<i>A eles não lhes interessa muito porque nos somos, como se diz carne para canhão, ou seja, quando estou a trabalhar eles não querem saber se eu tenho saúde ou não, querem é ver a produção deles, querem essas coisas (P5)</i>
	<i>Ela faz por encomendar material mais miudinho e lá vou andando. Falou com o que bota a pedra para botar a pedra mais miúda para mim que não me posso esforçar tanto (P6)</i>

Experiência com os médicos	<p><i>Eu acho que ele teve bem em me mandar andar para a frente com o processo porque eu assim vi o quanto estava mal porque eu não sabia, não tinha a noção de como estavam os pulmões, sabia que tinha silicose mas não sabia quanto, e assim foi uma maneira de saber. (...) O médico disse-me “olha, vais fazer um Raio X aos pulmões que tu és pedreiro e deves ter pó nos pulmões” (...) Depois na altura ele disse-me assim, com estas palavras, “tu se não tiveres cuidado não duras 10 anos, do modo que estás não duras 10 anos”. Eu até fiquei assim um bocado pasmado a olhar para ele. (P1)</i></p> <p><i>Primeiro mandou fazer o Raio X e quando viu aquilo ele ficou...Alarmou-me um bocado porque ele disse “tu tens o caso muito grave”. (...) Olhe, fiquei um bocado assustado com o caso. E depois eu disse “está assim tão mal?” e ele “olha que está, tu nem imaginas como é que está e se não tiveres cuidado agrava-se cada vez mais. (P2)</i></p> <p><i>Uma pessoa tem que ir à Medicina do Trabalho e há empresas que ainda não obrigam, não sei como é que eles conseguem isso. Eu só fui à Medicina do Trabalho para aí em 2013. (...) Quando eu cheguei lá com dificuldades para ouvir, tinha um problema no ouvido, e foi o que ele chamou mais a atenção. De resto ele dizia que estava sempre tudo normal, para eles a pessoa chegava lá e estava normal. (P1)</i></p> <p><i>O médico do trabalho, em 13 anos, fui lá umas 3 ou 4 vezes. Picam o dedo por causa dos diabetes que eu tenho, e fizeram um eletrocardiograma que costumam fazer na carrinha. Em fevereiro estiveram lá, e vão para uma pedreira fazer todos os exames e levam uma máquina de eletrocardiograma, que estava avariada (P6)</i></p>
Longo período de espera	<p><i>O que funcionou mal foi o tempo de espera, penso que o tempo de espera. (...) Acho que havia de ser mais rápido. Mais de 2 anos, passaram mais de 2 anos para ir à junta médica. E depois demorou 1 ano para vir o resultado. É muito, tem pessoas que estão mais de 3 anos à espera para ir a uma junta médica. Eu, no meu ponto de vista, o máximo meio ano era muito, agora estar a demorar 2 3 anos e mais à espera o pessoal acaba por, alguns acabam por bater a bota e ir desta para melhor antes de saber. (P1)</i></p> <p><i>É assim, passado cerca de um ano ou dois fui chamado à Junta Médica e depois só fui ouvido passado para aí quatro anos. Eu tive seis anos neste processo para saber quanto é que tinha. Foi muito tempo. Eu tive de mandar para lá três faxes para ver como é que estava o meu processo. Cheguei a ir à Segurança Social e mandei para lá três vezes, três faxes para lá para ver como é que estava o meu processo que eles nunca mais diziam nada. (P3)</i></p>
Incapacidade vs sintomas	<p><i>Não, de maneira nenhuma, até minha médica reconhece que é muito mais, só que eles normalmente atribuem os valores mais baixos devido à idade, não é? Ou seja, se eu tivesse 60 anos já me atribuíam 40 ou 50. Atribuem menos porque quanto menos atribuírem menos pagam. Não me interessa nada o que eles pagam, interessa a parte da saúde. É um bocado um sentimento de revolta, porque a gente sabe que tecnicamente não está como eles põem. Aqui não é uma questão da parte financeira, tomara eu, aqui é uma questão de eles não reconhecerem a doença como ela está (P5)</i></p> <p><i>Agora já tenho mais, de certeza absoluta (P6)</i></p>

Para concluir a apresentação e discussão dos resultados, importa realçar que esta doença profissional nunca pode ser compreendida de forma isolada. Há todo um enquadramento pessoal e profissional, a montante e a jusante do diagnóstico, que não deve ser minorado. As consequências desta atividade de trabalho não se esgotam na silicose, extravasando para outras complicações de saúde, que, invariavelmente, radicam nas parcas condições laborais, nas quais a normalização do risco, são a sumula do dia de trabalho.

IV - Reflexões finais

Numa postura de interrogação face à prevalência da silicose em Penafiel, este estudo tinha como objetivo perceber como é que este flagelo social é percebido por quem o vivencia e também pela sociedade civil que o medeia. Os resultados permitem constatar que não há um lugar comum no território em análise, de confluência da ação dos diferentes atores, no que respeita à intervenção sobre a silicose enquanto doença profissional. Tal explica-se pelo diálogo não consensual, ou a falta dele, entre os envolvidos nesta problemática: o conflito, o desconforto, e o incómodo no uso dos EPIs por parte dos trabalhadores não parece ser suficientemente tido em conta pelo poder político, que entende tratar-se de “falta de vontade” de se protegerem no local de trabalho; o abandono da atividade é um pensamento ou tentativa recorrente por parte destes trabalhadores, mas para a entidade patronal poucos o equacionam porque têm, afinal, estabilidade no emprego, encontram-se na proximidade do local de trabalho, e têm já idade avançada. A entidade patronal considera ainda que a silicose atinge, sobretudo, os trabalhadores mais velhos devido à exposição ocupacional passada, contudo, e segundo a entidade médica, o diagnóstico de silicose continua a verificar-se em trabalhadores mais jovens. Estes resultados sublinham assim a importância de se desenvolver um trabalho conjunto para a intervenção sobre uma problemática que se sabe prevenível e que está por trás de um problema de saúde pública existente em Penafiel, associado à tuberculose.

Reconhecer esta profissão como de desgaste rápido não é, de todo, suficiente. O longo período de espera até ao reconhecimento da silicose como doença profissional chama a atenção para a necessidade de melhorar as fragilidades do atual circuito de reconhecimento da silicose. Ademais, o diagnóstico desta doença profissional não traz uma mudança concreta na vida destes trabalhadores: continuam a trabalhar doentes e se tentam aceder à reforma antecipada, deparam-se, mais uma vez, com um processo que os deixa entregues a si próprios.

Apesar deste estudo apresentar um contributo importante para a problemática, importa salientar algumas limitações, mormente de carácter metodológico, que se prendem, em grande parte, com a situação de pandemia por COVID-19. Não se atingiu o ponto de saturação, acreditando-se que novos participantes introduziriam novas informações, contudo, e mesmo com a colaboração da Associação Profissional de Trabalhadores das Pedreiras, o acesso a estes trabalhadores foi difícil. Também com cada participante, apesar da riqueza dos dados conseguida, teria sido importante ter mais do que um contacto com eles, porque a história do seu percurso marcado pela silicose é, em si mesma, e indesejavelmente, longa. Tal foi

dificultado pela impossibilidade de fazer contactos presenciais, e pelo desafio que foi realizar uma entrevista via Facebook, que encerra outras tantas limitações, com participantes pouco acostumados a interagir com este tipo de tecnologia. Até que ponto esta distância imposta no contexto de interação não é uma confirmação de experiências passadas destes trabalhadores com as instituições? Por fim, os dados obtidos junto das entidades médica, patronal e política, de forma unilateral, sem possibilidade de debate, limitam também os resultados deste estudo.

Numa lógica de dar continuidade ao trabalho desenvolvido nesta investigação, seria importante, pois, voltar ao contexto, e junto dos diferentes atores-chave discutir estes resultados. Além disso, seria interessante e pertinente a realização de estudos que envolvam trabalhadores mais jovens para perceber a incidência desta doença profissional tão antiga em idades tão precoces. Não obstante, revela-se importante perceber como é a que gestão desta problemática é feita noutros territórios onde o setor da pedra está também muito presente, nomeadamente se persiste o padrão de incoerência e desinvestimento entre as instituições e os trabalhadores.

Em jeito de conclusão, ficam as questões, que são as nossas e decorrentes desta reflexão final, e nos permitirão equacionar outros estudos neste setor: Como pode o contributo da atividade de trabalho neste setor continuar a ser enaltecido neste território, se as condições de trabalho e de saúde dos que a realizam não é tornada visível e de intervenção? Quão doentes têm de estar estes trabalhadores para poderem abandonar a sua atividade de trabalho? Qual o sentido do trabalho, quando este é fonte de infelicidade e doença, doença essa que acarreta incapacidade?

Referências bibliográficas

- Artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 2/82, de 5 janeiro, *Obrigatoriedade da participação de todos os casos de doença profissional à Caixa Nacional de Seguros de Doenças Profissionais*.
- Artigo 3º do Decreto-Lei n.º 44307, de 27 de abril de 1962, *Criação da Caixa Nacional de Seguros de Doenças Profissionais*.
- Artigo 5º do Decreto-Lei n.º 44308, de 27 de abril de 1962, *Regulação da organização dos serviços médicos do trabalho para a prevenção médica da silicose*
- Artigo 283.º da Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro, *Acidentes de Trabalho e doenças profissionais*.
- Abú-Shams, K., Fanlo, P., Lorente, M. (2005). Silicosis. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 28(1), 83-89. Disponível em http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272005000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Associação Nacional da Indústria Extrativa e Transformadora (2016). Diagnóstico competitivo do setor. Disponível em http://www.aniet.pt/fotos/editor2/internacionalizacao/diagnostico_competitivo_sector.pdf
- Barros-Duarte, C. (2004). *Entre o local e o global: processos de regulação para a preservação da saúde no trabalho* (Dissertação de Doutoramento). Disponível em Repositório Aberto da Universidade do Porto.
- Barros-Duarte, C. & Cunha, L. (2010). INSAT 2010 – Inquérito Saúde e Trabalho: outras questões, novas relações. *Laboreal*, 6(2). doi:10.4000/laboreal.8700
- Barros-Duarte, C., Cunha, L. & Lacomblez, M. (2007). INSAT – uma proposta metodológica para análise dos efeitos das condições de trabalho sobre a saúde. *Laboreal*, 3(2), 54-62. Disponível em <http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=37t45nSU547112311:499682571>
- Barros-Duarte, C. & Lacomblez, M. (2006). Saúde no trabalho e descrição das relações sociais. *Laboreal*, 2(2), 82-92. Disponível em <http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=37t45nSU5471122785414468817>
- Barros, C., Carnide, F., Cunha, L., Santos, M. & Silva, C. (2015). Will I be able to do my work at 60? An analysis of working conditions that hinder active ageing. *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, 51, 579-590. doi: 10.3233/WOR-152011

- Branco, J. (2018). *Avaliação do Risco de Acidente na Indústria Extrativa a Céu Aberto* (Dissertação de doutoramento). Disponível em Repositório Aberto da Universidade do Porto.
- Cadet, B. & Kouabenan, D. R. (2005). Assessing and modelling risks: the contributions and limits of several paradigms in security diagnosis. *Le Travail Humain*, 68, 1, 7-35.
- Caixeiro, C.M. (2014). *Liderança e cultura organizacional: o impacto da liderança do diretor na(s) cultura(s) organizacional(ais) escolar(es)* (Dissertação de mestrado Universidade de Évora, Évora, Portugal). Retirado de: <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/11416?locale=pt>
- CE. (2015). Guia de boas práticas não vinculativo para a melhoria da aplicação das diretivas relativas à proteção da segurança e da saúde dos trabalhadores da agricultura, pecuária, horticultura e silvicultura. doi:10.2767/61851
- Committee on Education and Labour (2008). *Hidden tragedy: underreporting of workplace injuries and illnesses*. Disponível em <https://www.govinfo.gov/content/pkg/CHRG-110hhr42881/pdf/CHRG-110hhr42881.pdf>
- Cunha, L. (2012). *Mobilidades, territórios e serviço público: debates sobre o interesse colectivo à margem do paradigma de uma sociedade móvel* (Dissertação de doutoramento). Disponível em Repositório Aberto da Universidade do Porto.
- Direção-Geral da Saúde (2014). Informação Técnica nº 9/2014 – Diagnóstico, conhecimento, prevenção e reparação da doença profissional. Disponível em <https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/referenciais-tecnicos-e-normativos/informacoes-tecnicas/informacao-tecnica-n-92014-diagnostico-conhecimento-prevencao-e-reparacao-da-doenca-profissional-pdf.aspx>
- Duarte, F., Théry, L. & Ullilen, C. (2016). Os equipamentos de proteção individual (EPI): Protetores, mas nem sempre. Apresentação do dossier. *Laboreal*, 12 (1), 9-11. doi: 10.15667/laborealxii0116fd
- Durrive, L. & Schwartz, Y. (2008). Glossário da Ergologia. *Laboreal*, 4, (1), 23-28. Disponível em <http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=48u56oTV6582234396587;63882>
- Eurofound (2014). Psychosocial risks in Europe: Prevalence and strategies for prevention - Executive summary. Disponível em <http://www.eurofound.europa.eu/publications/executive-summary/2014/eu-member-states/working-conditions/psychosocial-risks-in-europe-prevalence-and-strategies-for-prevention-executive-summary>

- Fundação Portuguesa do Pulmão (s/d). O que é a silicose? Disponível em <https://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/?q=silicose>
- Gollac, M. & Volkoff, S. (2000). *Les conditions de travail*. Paris: Éditions La Découverte.
- Guba, E. G. & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 105-117). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Gustafsson, B., Lundqvist, P. & Lindgren, G. (1989). Climatic Effects on the Greenhouse Worker: Physiological Measurements in a Climate Chamber and in Greenhouses. *Swedish Journal of Agricultural Research*, 10, 217-225.
- Honoré, B. (2002). *A Saúde em Projecto*. (I. d'Espiney, Trad.). Loures: Lusociência.
- Barros, C., Cunha, L., Lacomblez, M. (2019), *Inquérito Saúde e Trabalho* (não publicado). [uso autorizado pelas autoras]
- International Agency for Research on Cancer (1997). *Silica, Some Silicates, Coal Dust and para-Aramid Fibrils* [PDF]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK410047/pdf/Bookshelf_NBK410047.pdf
- International Agency for Research on Cancer (2018). *Silica dust, crystalline, in the form of quartz or cristobalite*. Disponível em <https://monographs.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/06/mono100C-14.pdf>
- Instituto da Segurança Social (2017). *Guia prático - Doença profissional - Certificação*. Disponível em http://www.seg-social.pt/documents/10152/24338/N28_doenca_profissional_certificacao/3b846780-202a-4d3e-b90e-fc88a67f2cc2
- Jetha, A., Pransky, G., Fish, J., & Hettinger, L. J. (2016). Return-to-Work Within a Complex and Dynamic Organizational Work Disability System. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 26(3), 276–285. <https://doi.org/10.1007/s10926-015-9613-2>
- Khorshidi, H., Marembo, M., & Aickelin, U. (2019). Predictors of Return to Work for Occupational Rehabilitation Users in Work-Related Injury Insurance Claims: Insights from Mental Health. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29(4), 740–753. <https://doi.org/10.1007/s10926-019-09835-4>
- Kouabenan, D. & Cadet, B. (2005). Risk evaluation and accident analysis. *Advances in psychology research*, 36, 61-80. Disponível em https://www.researchgate.net/profile/Dongo_Kouabenan/publication/277018606_Risk_evaluation_and_accident_analysis/links/56bf7a1108aeeba0562e0c7/Risk-evaluation-and-accident-analysis.pdf

- Lacasse, Y., Martin, S., Simard, S. & Desmeules, M. (2005). Meta-analysis of silicosis and lung cancer. *Scand J Work Environ Health*, 31 (6), 450-458. doi: 10.5271/sjweh.949
- Lacomblez, M. (2019). O processo do reconhecimento da silicose como fenómeno social. *Laboreal*, 15(9), 1-2. Disponível em <http://journals.openedition.org/laboreal/15476>
- Lei n.º 98/2009 de 4 de setembro, *Regulamenta o regime de reparação de acidentes de trabalho e de doenças profissionais*.
- Leitão, A. (2019). Portugal, 27 de abril de 1962: a visibilidade da tragédia da silicose. *Laboreal*, 15(2), 1-8. Disponível em: <http://journals.openedition.org/laboreal/15318>
- Lopes, A. (1987). *Desenvolvimento Regional – Problemática, Teoria, Modelos*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Maciejewska, A. (2014). Health Effects of Occupational Exposure to Crystalline silica in the light of current research results. *Medycyna Pracy*, 65(6), 799-818. doi: 10.13075/mp.5893.00054
- Maris, G., Cunha, L. & Lacomblez, M. (2019). Dangerous and Precarious Work and the High Cost of Emotional Demands Controlled by Alcohol: A Systematic Review. *Occupational and Environmental Safety and Health* (581-590). Suíça: Springer. doi: 10.1007/978-3-030-14730-3
- Lacomblez, M. & Leitão, A. R. (2018). O regresso ao trabalho após um acidente de trabalho : apresentação do dossier. *Laboreal*, 14 (1). Disponível em <http://journals.openedition.org/laboreal/549>
- Marques, A. (2010). Da Construção do Espaço à Construção do Território. *Fluxos & Riscos*, 1(1), 75-88. Disponível em <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/3293/1/Da%20constru%C3%A7%C3%A3o%20do%20espa%C3%A7o%20C3%A0%20constru%C3%A7%C3%A3o%20do%20territ%C3%B3rio.pdf>
- Miles, M., & Huberman, A. (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook* (2ª Edição). Londres: Sage Publications.
- Ministério da Saúde (2010). *Gestão dos Riscos Profissionais em Estabelecimentos de Saúde*. Disponível em <https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/documentos-diversos/gestao-dos-riscos-profissionais-nos-estabelecimentos-de-saude-pdf.aspx>
- Molinié, A. (2010). «Queixa», *Laboreal*, 6 (1). Disponível em <http://journals.openedition.org/laboreal/9430>
- National Institute for Occupational Safety and Health (2002). *Health Effects of Occupational Exposure to Respirable Crystalline Silica*. Disponível em

<https://www.cdc.gov/niosh/docs/2002-129/pdfs/2002-129.pdf?id=10.26616/NIOSH PUB2002129>

Organização Internacional do Trabalho (2002). P155 - *Protocol of 2002 to the Occupational Safety and Health Convention, 1981*. Disponível em http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312338

Organização Internacional do Trabalho.(2011). Sistema de Gestão da Segurança e Saúde no Trabalho: um instrumento para uma melhoria contínua. Disponível em http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/28abril_11_pt.pdf

Organização Internacional do Trabalho (2013). *Prevention of occupational diseases* (Relatório No. 317). Disponível em https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_204755.pdf

Organização Internacional do Trabalho (2014). *Safety and health at work: a vision for sustainable prevention*. Disponível em https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_301214.pdf

Organização Mundial da Saúde (1946). *Constituição da Organização Mundial da Saúde*. Disponível em http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF2/0902_Constituic%CC%A7a%CC%83o%20da%20Organizac%CC%A7a%CC%83o%20Mundial%20da%20Sa%CC%81de.pdf

Organização Mundial da Saúde (2007). The Global Occupational Health Network. *Gohnet Newsletter*, 12, 1-20. Disponível em https://www.who.int/occupational_health/publications/newsletter/gohnet12e.pdf?ua=1

Pereira, C., Santos, M., & Cunha, L. (2018). Percursos de regresso ao trabalho após acidente: confronto com novos obstáculos. *Laboreal*, 14(1), 49–58. <https://doi.org/10.15667/laborealxiv0118cper>

Sanmiquel, L., Rossel, J., Vintró, C., & Freijo, M. (2014). Influence of occupational safety management on the incidence rate of occupational accidents in the Spanish industrial and ornamental stone mining. *Work*, 49(2), 307-314.

Santos, A., Cançado, R., Anjos, R., Amaral, N. & Lima, L. (2007). Características da exposição ocupacional em marmorárias da cidade de São Paulo. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 32(116), 11-23. doi: 10.1590/S0303-76572007000200003

Silicose – Breve revisão e experiência de um serviço de pneumologia. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 16(1), 99-115. doi: 10.1080/15298668091424474

- Santos, F., Peres, S. & Brandão, C. (2018). Considerações metodológicas no estudo da liderança feminina. In António Pedro Costa, Jaime Ribeiro, Ellen Synthia, & Brígida Mónica Faria, Atas do 7º congresso Ibero-Americano em investigação qualitativa: investigação qualitativa na saúde, 175-184. Ludomedia.
- Sato, T., Shimosato, T. & Klinman, D. (2018). Silicosis and lung cancer: current perspectives. *Dovepress*, 9, 91-101. doi: 10.2147/LCTT.S156376
- Serviço Nacional de Saúde (2019). Tuberculose e silicose foram os temas centrais da 4.ª jornada de pneumologia do CHTS. Disponível em <http://www.chts.min-saude.pt/noticias/tuberculose-e-silicose-foram-os-temas-centrais-da-4-a-jornada-de-pneumologia-do-chts/>
- Sousa, J., Silva, C., Pacheco, E., Moura, M., Araújo, M. & Fabela, S. (2005). *Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais em Portugal: Risco Profissional: Fatores e Desafios*. Vila Nova de Gaia: Centro de Reabilitação Profissional de Gaia.
- Schwartz, Y. (2004). Circulações, dramáticas, eficácias da atividade industriosa. *Trabalho, Educação e Saúde*, 2, 1, 33-55.
- Thébaud-Mony, A. (2010). Riscos. *Laboreal*, 6, (1), 72–73. Disponível em <http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=37t45nSU54711238:7626984121>
- Trigal, L., Fernandes, J., Sposito, E. & Figuera, D. (2011). *Diccionario de geografía aplicada y profesional : terminología de análisis, planificación y gestión del territorio*. León: Universidad de León.
- Uva, A. & Faria, M. (2000). Exposição profissional a substâncias químicas: diagnóstico das situações de risco. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 18(1), 5-10. Disponível em <https://run.unl.pt/bitstream/10362/13017/1/RUN%20-%20v18n1a02%20-%20p.5-10.pdf>
- Uva, A. (2006). Avaliação e gestão do risco em Saúde Ocupacional: algumas vulnerabilidades. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 6, 5-12. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/308418382_Avaliacao_e_gestao_do_risco_em_Saude_Ocupacional_algumas_vulnerabilidades
- Vasconcelos, R & Lacomblez, M. (2005). Redescubramo-nos na sua experiência: o desafio que nos lança Ivar Oddone. *Laboreal*, 1(1). doi: 10.4000/laboreal.14124
- 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.
- Yin, R. K. (2009). *Case Study Research. Design and Methods*. (4ª Ed). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

Yin, R. (2014). *Case Study Research: Design and methods* (5^a ed.) California: Sage Publications.

ANEXOS

Anexo 1 – Guião de entrevista à Câmara Municipal de Penafiel (versão original)

Parte I: Papel da câmara enquanto ator institucional

Tópicos gerais	
	<ul style="list-style-type: none">- Sendo Penafiel um concelho industrial e com um grande número de pedreiras, qual o papel da Câmara de Penafiel para com este setor de atividade? - Sabendo que uma parte dos trabalhadores pedem a reforma antecipada e a renovação de mão-de-obra é uma dificuldade do setor, qual o papel da Câmara para contornar esta situação (ex: medidas para atrair mão de obra)? - A Câmara tem ou procura ter um contacto próximo com os trabalhadores, as entidades patronais, as entidades de saúde e os sindicatos? Que trabalho desenvolve com cada uma destas partes (com que frequência e de que forma?)? E em conjunto? - Estes trabalhadores fazem-se ouvir? O que os inquieta? Quais são as suas queixas e reivindicações?<ul style="list-style-type: none">- Estão a par do tempo de espera no que respeita ao reconhecimento da silicose enquanto doença profissional? Fazem alguma pressão para ver diminuído esse tempo de espera? - A Câmara teve conhecimento da criação da Associação Profissional dos Trabalhadores das Pedreiras?<ul style="list-style-type: none">Se sim: Incentivaram e contribuíram de alguma forma para a criação desta Associação? Atualmente, mantém algum contacto com a mesma? Estão a par dos principais problemas e das atuais reivindicações da Associação? - Que ações têm mobilizado no sentido de reconhecer a Câmara como um parceiro de interface entre estas várias instituições?

Parte II: Condições de trabalho nas pedreiras

Tópicos gerais	
	<ul style="list-style-type: none">- A Câmara tem conhecimento das condições de trabalho dos trabalhadores das pedreiras? Como têm acesso a esse conhecimento? - Que relação estabelece a Câmara com a entidade responsável pela vigilância destas condições de trabalho? Esta responsabilidade, na região, cabe à ACT?

Parte III: Condições de saúde nas pedreiras

Tópicos gerais	
	<ul style="list-style-type: none">- O município dispõe de políticas de saúde voltadas para o setor das pedreiras? Quais?- No que à silicose diz respeito têm em consideração os profissionais de saúde na criação dessas políticas (ex: é ouvido o Delegado de Saúde Pública)?- A Câmara de Penafiel está sensibilizada para a doença profissional silicose existente nos trabalhadores das pedreiras de Penafiel?- Na vossa opinião, como consideram estar o ponto de situação da silicose no município?- Que medidas adotam no sentido de combater esta doença profissional?- A silicose é a doença profissional mais notificada no Norte (. Há algum tipo de trabalho comum entre os municípios com mais notificações (nomeadamente, Felgueiras, Marco de Canaveses e Vila Nova de Gaia) no combate à diminuição destes valores?- Já ocorreram no Município ações direcionadas para a questão da saúde dos trabalhadores das pedreiras, nomeadamente no que respeita à doença profissional silicose? Quais? E qual foi o seu intuito?- Uma vez que há uma maior notificação desta doença no concelho, e também da tuberculose, há alguma preocupação no reforço dos serviços e recursos de saúde (por exemplo, o número de pneumologistas na região)?- Qual considera ser a capacidade de resposta e a eficácia da mesma do município de Penafiel face a esta doença? Que aspetos se revelam positivos e quais são os aspetos a melhorar?- A Câmara procura sensibilizar não só os trabalhadores, mas também os seus familiares, as empresas do setor e a população em geral para esta doença profissional? De que forma (ex: ações de sensibilização e informação)?- Estão previstas, a curto e médio prazo, ações ou medidas relativas a esta doença? Quais?

Anexo 2 – Guião de entrevista à Associação Profissional dos Trabalhadores das Pedreiras

Parte I: O setor das pedreiras

Tópicos gerais	
	<ul style="list-style-type: none">- Quais considera ser os desafios atuais do setor?- O que pensa que não é falado sobre o setor e que seja importante falar?- Como é que se acede a esta profissão? Como é que se entra e se mantém neste setor?- O que considera atrativo no setor e que mantém as pessoas no mesmo? E o que considera que as afasta?- Numa entrevista que deu disse não haver muitos jovens a querer vir para esta profissão devido ao desgaste que provoca e porque se ganha pouco. O que pensa que faria os jovens quererem vir para esta profissão?

Parte II: A Associação Profissional dos Trabalhadores das Pedreiras

Tópicos gerais	
Objetivos e causas da ATPT	<ul style="list-style-type: none">- Quais os compromissos e objetivos da ATPT? Para que serve?- Quais as causas que atualmente preocupam mais o sindicato e pelas quais o mesmo procura lutar?
Fundação da ATPT	<ul style="list-style-type: none">- O que levou à fundação desta Associação? Quais as necessidades que existiam?- Em que data surgiu a ideia da criação da ATPT? E qual a data oficial do seu nascimento?- Como foi o processo? Quem esteve envolvido? Que meios foram necessários ativar?
Associados da ATPT	<ul style="list-style-type: none">- Qual o número atual de associados? Com quantos associados arrancou a ATPT? Como foi a evolução deste número? O que pensa deste número? Como é a adesão dos trabalhadores?- A associação possui uma caracterização dos seus associados no que diz respeito, por exemplo, à idade, escolaridade e sexo? Se sim, como é essa caracterização? Se não, que leitura faria tendo em conta estes pontos?

Parte III: Saúde e Trabalho nas pedreiras

Tópicos Gerais	

	<p>- Os trabalhadores consideram que o seu trabalho afeta a sua saúde? Se sim, em que medida?</p> <p>- Quais são os problemas de saúde reportados pelos trabalhadores?</p> <p>- Pensa que há alguma doença profissional no setor que se destaque devido à sua prevalência ou que mereça ser destacada perante o panorama atual? Se sim, porquê?</p>
Silicose	<p>- Referiu-me que a silicose é uma realidade muito presente neste setor. Considera que os trabalhadores estão ocorrentes das causas, sintomas e consequências desta doença?</p> <p>- Sendo uma doença profissional prevalente na zona de Penafiel, considera que também as fontes médicas (médico de família, pneumologistas), o poder político e a população no geral estão alertas e conscientes desta doença? Se sim, pode me dar alguns exemplos dessa conscientização? Se não, porquê e o que considera que é necessário melhorar?</p>
Processo de reconhecimento de doença profissional	<p>- Pensa que os trabalhadores estão informados e alerta para o processo de reconhecimento de doença profissional? Sabem como proceder perante alguma queixa ou sintoma?</p> <p>- Em que medida a região de Penafiel corresponde às necessidades dos trabalhadores que apresentem algum tipo de sintoma de silicose (no que respeita a instalações próprias, médicos especialistas, etc)?</p> <p>- O que é que a ATPT tem a dizer de todo este processo (por exemplo, ao nível do tempo de espera até se ter uma resposta, apoios dados ao trabalhador, etc)? Considera que há algo a melhorar ou mudar neste processo? Se sim, o quê e porquê?</p>

Anexo 3 – Guião de entrevista à empresa do setor da pedra

Tópicos gerais	
Caracterização da empresa	- Dimensão da empresa (nº de trabalhadores)
Contratação de trabalhadores	- Que critérios a empresa tem conta na contratação de um trabalhador? - A empresa tem dificuldades na contratação de trabalhadores? Se sim, o que considera estar na origem dessa dificuldade? E como procuram ultrapassar essa situação?
Abandono da atividade	- Já teve algum trabalhador a abandonar a empresa, a sua atividade de trabalho, antes da idade da reforma? - O que considera estar na origem deste abandono precoce? - Sabendo que o abandono da atividade de trabalho antes da idade da reforma é uma realidade no setor, que estratégias têm sido postas em prática pela empresa com o objetivo de contribuir para que os trabalhadores fiquem durante mais anos a trabalhar?
Riscos	- Que riscos reconhece que existem nas pedreiras? - Quais considera ser mais difícil de contornar? - O que fazem para os contornar?
Silicose	- Qual considera ser a realidade do setor ao nível das condições de saúde dos trabalhadores? E no que respeita à silicose? - Em que medida é que a sua empresa se demarca dessa realidade? - Já teve ou tem na sua empresa algum trabalhador com silicose? - Que medidas é que a empresa põe em prática para prevenir esta doença? - Perante o caso de um trabalhador com silicose, que medidas são acionadas pela empresa?

Anexo 4 – Guião de entrevista à equipa do projeto “Menos Tuberculose Pedreiras”

Parte I

Tópicos gerais	
	<ul style="list-style-type: none">- Tendo em conta a problemática da silicose, existe um trabalho conjunto dos profissionais de saúde que atuam em contexto de trabalho, unidades de saúde e hospitais? Em que medida?- Esse trabalho, existindo, é desenvolvido tendo em conta outros profissionais (e.g., enfermeiros, psicólogos, etc)?- Existe um contacto próximo dos médicos com a autarquia local? Em que medida?- E com entidades empregadoras?- Têm conhecimento de políticas de saúde voltadas para o setor das pedreiras em Penafiel? Quais?- Que contributo têm os profissionais de saúde na sua criação?

Parte II

Tópicos gerais	
	<ul style="list-style-type: none">- Como descrevem a vida de uma pessoa com silicose?- Conseguem descrever o paciente tipo com silicose (idade, sexo, trabalho, hábitos de consumo, estado de saúde, etc.)?- O paciente diagnosticado com silicose tem, por norma, outros problemas de saúde? Quais?- Há alguma percentagem de incapacidade mínima diagnosticada para o médico aconselhar o paciente com silicose a abandonar uma atividade que o coloque em contacto com o pó da sílica?- Qual o impacto na saúde do trabalhador/paciente, nomeadamente no que respeita à silicose, ao não abandonar a sua atividade profissional em contexto de pedreiras?- Não existindo um tratamento definitivo para a silicose, o que se procura fazer para minimizar os efeitos da doença e dar qualidade de vida a estes trabalhadores?- O melhor a fazer em relação a esta doença é a sua prevenção. Qual o papel dos profissionais de saúde nesta mesma prevenção?- Uma pessoa com silicose está mais propensa a ter outro tipo de doenças ou complicações ao nível da sua saúde? Quais?- Que mensagem se passa a um paciente diagnosticado com silicose, no que concerne ao avançar da doença, qualidade de vida, hábitos a abandonar e introduzir, atividade profissional, etc.?- Que relação existe entre silicose e tuberculose? Consideram que os números de silicose no município têm alguma relação com os números de tuberculose? Qual?

Parte III

Tópicos gerais	
	<ul style="list-style-type: none"> - Qual o ponto de situação da doença profissional silicose no município de Penafiel? - Como perspetivam o futuro no que respeita a esta doença? - Que aspetos se revelam positivos e quais os aspetos a melhorar ao nível da resposta médica? - O que têm a dizer da relação entre o número de trabalhadores das pedreiras e o número de profissionais de saúde na região, nomeadamente pneumologistas? - Consideram que os profissionais de saúde estão alerta para esta doença profissional? Consideram que pode haver diferenças na consciencialização para esta doença nos profissionais de saúde que desenvolvem o seu trabalho em Penafiel, uma vez que se trata de um dos municípios com mais notificações desta doença? - Este estado de alerta tem impacto no desencadear de processos de reconhecimento da silicose enquanto doença profissional, por parte dos médicos de família da região?

Anexo 5 – Consentimento informado

Consentimento informado, livre e esclarecido

O estudo em desenvolvimento por Colete Leite, sob orientação da Docente Liliana Cunha, insere-se no âmbito de uma Dissertação de Mestrado em Psicologia das Organizações, Social e do Trabalho, na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

O objetivo intrínseco à utilização deste instrumento consiste na exploração das condições de trabalho e de saúde dos trabalhadores das pedreiras, e em especial na doença profissional tradicionalmente associada a este setor, a silicose. Solicitando-se, assim, a sua participação na resposta às questões colocadas, ou na partilha de outras informações que considere pertinentes face ao objetivo desta Dissertação.

A gravação em áudio dos momentos de recolha de dados, para a qual se pede autorização, serve apenas para efeitos de transcrição e análise da informação. Toda a informação recolhida será mantida sob anonimato e confidencialidade.

Após a análise e tratamento dos dados, os resultados obtidos serão alvo de restituição junto dos participantes envolvidos nesta pesquisa.

Caso recuse participar, tal decisão não lhe trará quaisquer benefícios ou prejuízos. De igual forma, poderá a qualquer momento decidir não dar continuidade à sua participação, se assim o entender/sem a exigência de justificação.

Obrigada pela sua colaboração.

Para mais esclarecimentos, por favor, contactar: up201406061@fpece.up.pt.

***Obrigatório**

“Declaro que tomei conhecimento dos objetivos do estudo. Fui informado/a de todos os aspetos que considero importantes e tive a oportunidade de esclarecer as minhas dúvidas sobre a investigação. Participo de forma voluntária e fui informado/a de que a minha participação, a sua interrupção, ou recusa em participar, não traria quaisquer benefícios ou prejuízos pessoais.” *

Sim

Não

Submeter

Anexo 6 – Mapa temático de análise

1. Início do percurso profissional no setor
 - 1.1. Idade
 - 1.2. Fatores determinantes
 - 1.3. Partilha de saberes-fazer
 - 1.4. Condições de trabalho
2. O trabalho nas pedreiras
 - 2.1 Fatores físicos de risco
 - 2.1.1 Adotar posturas penosas
 - 2.1.2 Permanecer muito tempo sentado
 - 2.1.3 Fazer esforços físicos intensos
 - 2.2 Fatores psicossociais de risco
 - 2.2.1 Horário de trabalho
 - 2.2.2 Ritmo intenso de trabalho
 - 2.2.3 Relações de trabalho com os colegas
 - 2.3 Falta de interesse na arte
 - 2.4 Não querer que os filhos o realizem
 - 2.5 Perceção do fim da vida ativa
3. Abandono(s) da atividade nas pedreiras
 - 3.1 Outras atividades
 - 3.2 Motivos
 - 3.3 Condicionaisismos
 - 3.4 Reforma antecipada
4. Conhecimento dos riscos do trabalho para a saúde
 - 4.1 (In) Formação sobre os riscos
 - 4.2 Riscos na introdução de maquinaria
 - 4.3 Não pensar nos riscos´
5. Equipamentos de proteção individual
 - 5.1 Início de utilização
 - 5.2 Acesso
 - 5.3 Conflito
 - 5.4 Utilização pelos colegas
6. Acidentes de trabalho

- 6.1 Normalização
- 6.2 Normalização
- 6.3 Adaptação
- 7. Doença profissional: Silicose
 - 7.1. Perceção do estado de saúde
 - 7.2. Perceção do que é a doença
 - 7.3. Desvalorização
 - 7.4. Irreversibilidade
 - 7.5. Inevitabilidade
 - 7.6. Morte precoce
 - 7.7. Sintomas
 - 7.8. Fazer a bomba
 - 7.9. Tuberculose
 - 7.10. Impactos
 - 7.11. Ter de trabalhar doente
 - 7.12. Experiência com a entidade patronal
 - 7.13. Experiência com os médicos
 - 7.14. Longo período de espera
 - 7.15. Incapacidade vs Sintomas