

Assunto: Programa Nacional de Saúde Ocupacional - PNSOC

Nº: 03/DSPPS/DCVAE
DATA: 18/02/2010

Para: Administrações Regionais de Saúde e Serviços de Segurança e Saúde no Trabalho

Contacto na DGS: Coordenador do Programa Nacional de Saúde Ocupacional/ Divisão de Saúde no Ciclo de Vida e em Ambientes Específicos

O Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC) foi aprovado em Setembro de 2009.

Trata-se de um instrumento integrado na Estratégia Nacional para a Segurança e Saúde no Trabalho, aprovada por Resolução de Conselho de Ministros *, com o qual se pretende responder às necessidades crescentes de intervenção em saúde no contexto laboral, tendo em vista a qualidade de vida no trabalho e a melhoria das condições em que este é exercido.

Inscrito no quadro do Plano Nacional de Saúde 2004-2010, este programa de promoção e protecção da saúde parte de um diagnóstico de situação que, apesar de incompleto, permite identificar graves problemas de saúde dos trabalhadores, designadamente os riscos profissionais. Merecem especial realce as doenças profissionais e os acidentes de trabalho, que apresentam indicadores de morbilidade crescentes e taxas de mortalidade muito relevantes.

Para o conhecimento da situação laboral real foi necessário fazer o diagnóstico aproximado da estrutura empresarial portuguesa e da distribuição da população activa constantes do Programa.

A partir deste Programa, a DGS fica munida de um instrumento de orientação para o diálogo interinstitucional. Estão, de facto, criadas as condições essenciais para o

* Resolução de Conselho de Ministros n.º 59/2008 de 1 de Abril

apuramento de diversos projectos de orientações técnicas, em estudo, relativos ao desenvolvimento dos serviços de saúde ocupacional nos sectores da saúde e da administração pública, entre outros.

No entanto, o seu desenvolvimento e aplicação a nível local e regional dependerão, naturalmente, do contributo das Administrações Regionais de Saúde, dos respectivos Departamentos e Unidades de Saúde Pública e dos serviços de Segurança e Saúde no Trabalho das empresas.

O PNSOC resultou do trabalho conjunto de uma equipa de profissionais de Saúde Ocupacional constituídos em grupo de trabalho no quadro da Divisão de Saúde no Ciclo de Vida e em Ambientes Específicos.

O PNSOC constitui parte integrante da presente Circular.



Francisco George
Director-Geral da Saúde



Direcção-Geral da Saúde

Direcção de Serviços de Promoção e Protecção da Saúde

Divisão de Saúde no Ciclo de Vida e em Ambientes Específicos

Programa Nacional de Saúde Ocupacional

2009-2012

(Promoção e protecção da saúde no local de trabalho)

Elaborado pelo grupo de trabalho da DGS para a Saúde Ocupacional: António Teixeira Pinto, Carlos Silva Santos, Graciela Simões, João Crisóstomo Borges, José Romão Santos, Manuel José Galego, Margarida França, Mariana Neto, Maria João Manzano.

Coordenador: Carlos Silva Santos

Lisboa

2009

Nota Justificativa

A aprovação e divulgação pública da Estratégia Nacional para a Segurança e Saúde no Trabalho (resolução do Conselho de Ministros n.º 59/2008) tornaram clara a necessidade de uma maior intervenção em saúde no contexto laboral, tendo em vista a promoção da qualidade e das condições de trabalho.

Por iniciativa da Chefe de Divisão de Saúde do Ciclo de Vida e em Ambientes Específicos, (DCVAE), Dr.ª Maria João Quintela, foi criado um grupo de trabalho para a elaboração do Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC) que, naquele novo quadro estratégico, assumisse as responsabilidades próprias da área da saúde.

Constituído por despacho do Exmo. Sr. Director Geral da Saúde, Dr. Francisco George, no quadro da Direcção de Serviços de Promoção e Protecção da Saúde (DSPPS), e da DCVAE, o grupo de trabalho nacional foi investido da missão de elaborar o PNSOC como parte integrante do Plano Nacional de Saúde 2004-2010.

Foi assim que se produziu o presente documento resultado de ampla discussão e subsequentes consensos entre os seus membros. Executado dentro do prazo inicialmente previsto (um ano) implicou a realização de nove reuniões plenárias, as primeiras coordenadas pela Dr.ª Margarida França e as últimas pelo Prof. Doutor Carlos Silva Santos, na qualidade de Coordenador do PNSOC (1.ª reunião 18. 07.2008, 9.ª reunião 14.09.2009).

A actividade desenvolvida pelo grupo de trabalho mereceu um acompanhamento e apoio valiosos por parte da DCVAE e da DSPPS.

Constituição do Grupo de Trabalho:

Dr.ª Margarida França – Administradora Hospitalar

Dr.ª Maria João Quintela – Chefe de Divisão da DCVAE

Dr.ª Mariana Neto – DCVAE

Dr.ª Maria João Manzano – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Consultora da DGS para a SO

Prof. Doutor Carlos Silva Santos – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e Coordenador do PNSOC, Consultor da DGS para a SO

Dr. António Teixeira Pinto – Representação da Administração Regional de Saúde do Norte, IP

Dr. João Crisóstomo Borges – Representação da Administração Regional de Saúde do Centro, IP

Dr.ª Graciela Simões – Representação da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP

Dr. Manuel José Galego – Representação da Administração Regional do Alentejo, IP

Dr. José Romão Santos – Representação da Administração Regional do Algarve, IP

Índice

1 – Introdução	4
1.1- Contexto	4
1.2- Fundamentação	6
2 – Trabalhadores e Empresas alvo	19
3 – Objectivo geral e horizonte temporal	23
4 – Objectivos específicos	24
5 – Orientações para a acção	26
6 – Acompanhamento e avaliação	32
7 – Referência Bibliográfica	33

1- Introdução

1.1 Contexto

A saúde ocupacional é um conceito moderno, subscrito pela generalidade da comunidade científica e pelos organismos internacionais de referência, como a OMS e a OIT. Engloba a totalidade das intervenções médicas, técnicas e outras, que visam a protecção e a promoção da saúde dos trabalhadores nos locais de trabalho. (1 e 2)

Trata-se de uma importante área de intervenção em saúde pública, que tem como objectivos estratégicos não só assegurar a saúde dos trabalhadores, mas também contribuir positivamente para a sua motivação e realização profissional. Globalmente, visa melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e da sociedade, além de favorecer a produtividade e o nível das actividades económicas.

A saúde dos trabalhadores e os locais de trabalho saudáveis são, em si mesmos, valores social e economicamente relevantes para o desenvolvimento sustentado das comunidades, dos países e do mundo.

O presente Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC) faz parte do Plano Nacional de Saúde 2004-2010, (3) que elegeu o *setting* local de trabalho como área prioritária de intervenção, atribuindo-lhe o carácter de programa de protecção e promoção da saúde nos locais de trabalho. Pretende abranger a perspectiva da prevenção primária dos riscos ocupacionais, do desenvolvimento de locais de trabalho saudáveis, da protecção e promoção da saúde, para além da valorização dos factores individuais e psicossociais e o acesso aos serviços de saúde ocupacional, como aponta o Plano de Acção Global em Saúde dos Trabalhadores 2008-2017, da OMS. (4)

Com um tempo de vigência inicial de quatro anos (2009-2012), este primeiro PNSOC valoriza o contexto do passado recente das políticas e do normativo legal e pretende-se que seja um contributo para a evolução da saúde dos trabalhadores portugueses.

A legislação sobre organização de serviços prestadores de cuidados de saúde ocupacional, que enquadra a política de saúde dos trabalhadores, é constituída fundamentalmente pela Lei n.º 59/2008, de 11 de Setembro (5), que aprova o Regime do Contrato de Trabalho em Funções Públicas, e pela Lei do Código do trabalho n.º 99/2003 de 27 de Agosto (6), e do seu Regulamento, Lei n.º 35/2004 de 29 de Julho (7). O actual Código do trabalho, Lei n.º 7, de 12 de Fevereiro (8), determinou a revogação dos dispositivos do anterior Código dando lugar à Lei n.º 102/2009, de 10 de Setembro (9), que institui o Regime de Promoção da Segurança e Saúde no Trabalho.

A nomeação de um Coordenador Nacional do PNSOC com autonomia para actualizar o diagnóstico de situação e, bem assim, propor medidas de política de saúde ocupacional não invalida, antes recomenda, um trabalho alargado de parcerias internas e também externas, como garantia do êxito de qualquer estratégia de saúde laboral.

Para o desenvolvimento do programa, e particularmente para a concretização das orientações para a acção, agora estabelecidas, é determinante a intervenção dos serviços de saúde pública a nível nacional, regional e local. A DGS, os Departamentos Regionais de Saúde Pública e as Unidades de Saúde Pública serão responsáveis pelo desenvolvimento do programa nacional, salvaguardando as competências próprias de cada entidade e as especificidades da sua área de influência (10). Às Administrações Regionais de Saúde (ARS) e aos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) cabe a organização da prestação de cuidados de saúde ocupacional aos seus trabalhadores.

No mesmo sentido será também importante promover a articulação com outros programas e áreas afins, em particular com o Programa Nacional de Prevenção de Acidentes, Programa Nacional de Vacinação, Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, entre outros.

São igualmente relevantes as parcerias externas nomeadamente com os serviços do Ministério do Trabalho, por quanto responsáveis pela Estratégia Nacional para a Segurança e Saúde no Trabalho (11), que segue de perto a Nova Estratégia .Comunitária de Saúde e Segurança no Trabalho, 2007 – 2012 (12).

Sem prejuízo das participações, referidas anteriormente, será dada particular atenção à colaboração técnica das sociedades científicas da área da saúde ocupacional, das Universidades e das Ordens de profissionais de saúde, assim como à colaboração operativa das associações de trabalhadores e de empregadores.

1.2 – Fundamentação

As relações entre o trabalho e a saúde dos produtores são cada vez mais reconhecidas e, particularmente, os efeitos negativos estão hoje tipificados e quantificados com algum rigor.

A Organização Internacional de Trabalho (OIT) estima que ocorram 2,3 milhões de mortes de homens e de mulheres por ano, dos quais 360 mil por acidentes e 1,95 milhões por doenças relacionadas com o trabalho (13).

Em termos concretos, calcula-se que, por dia, 1 milhão de trabalhadores sofra um acidente no local de trabalho e 5 mil e quinhentos morram de acidente ou de doença relacionada com o trabalho.

Economicamente é estimado que o custo anual com acidentes de trabalho e doenças relacionadas com o trabalho ultrapasse os 4% do Produto Interno Bruto Global, incluindo esse número os gastos com o tratamento, a reparação, a perda de tempo de trabalho e a interrupção da produção.

Nos países industrializados, em certos sectores, como a construção civil, a probabilidade de os trabalhadores morrerem de acidente de trabalho é três a quatro vezes superior à dos restantes.

Por outro lado as pneumoconioses continuam a ser uma preocupação mundial, particularmente nos países em desenvolvimento. Só a asbestose é responsável por 100 mil mortes/ano, número em crescimento.

Em Portugal, o fardo das doenças profissionais e dos acidentes de trabalho é muito relevante, ainda que subavaliado. Os dados estatísticos nacionais estão longe de corresponder às necessidades de um diagnóstico com rigor e falham na garantia de continuidade e oportunidade para avaliar os resultados das políticas que têm sido definidas.

No entanto, tendo em conta a informação disponível, é possível afirmar que o panorama nacional dos danos mais graves para saúde (doenças profissionais e acidentes de trabalho) mostra a dificuldade real de controlar os determinantes da saúde dos trabalhadores no local de trabalho.

A actualização do diagnóstico de situação a que se procedeu, ainda que parcial, fundamenta de forma clara, as razões que levam à elaboração do PNSOC e, naturalmente, abre a perspectiva de que a intervenção alargada e integrada de todos os sectores, da saúde e da actividade económica, possa vir a prevenir efectivamente os riscos profissionais e a garantir ganhos em saúde para os trabalhadores.

Doenças profissionais

As doenças profissionais reconhecidas têm progredido de forma continuada (2001-2006) ganhando especial relevo as provocadas por agentes físicos (em que se incluem as lesões músculo-esqueléticas), como se comprova no Quadro 1.

Quadro 1: Distribuição das doenças profissionais por agentes causais (2001-2006)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Doenças provocadas por Agentes Químicos	21	17	10	25	12	12
Doenças do Aparelho Respiratório	494	217	254	403	257	232
Doenças Cutâneas	135	132	128	132	109	145
Doenças provocadas por Agentes Físicos	644	1.810	1.564	2.578	3.176	3.129
Doenças Infecciosas e Parasitárias	6	15	11	18	23	36
Outras Doenças (atípicas)	20	8	8	32	47	23
Total	1.320	2.199	1.975	3.188	3.624	3.577

Fonte: Instituto de Informática: Departamento de Gestão da Informação, MTSS.2008

Na distribuição por género, a partir de 2004, o reconhecimento das doenças profissionais no sexo feminino ultrapassa, de forma clara, a até aí preponderante prevalência do sexo masculino (*cf.* Quadro 2), o que, tudo indica, terá a ver, entre outras razões, com a evolução da natureza das doenças profissionais reconhecidas, isto é, com um acréscimo relevante das doenças musculoesqueléticas (*cf.* Quadro 1)

Quadro 2: Distribuição das doenças profissionais certificadas por género (2001-2006)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Homens	867	1.124	1.161	1.439	1.394	1.590
Mulheres	453	1.075	804	1.749	2.230	1.987
Total	1.320	2.199	1.975	3.188	3.624	3.577

Fonte: Instituto de Informática: Departamento de Gestão da Informação, MTSS.2008

Há um número significativo de doenças profissionais reconhecidas relativamente às quais não está atribuída incapacidade. Esta situação tem variado ao longo dos anos em estudo, 2001-2006. Globalmente o número de casos em que isto acontece corresponde a cerca de metade das doenças registadas. (*cf.* Quadro 3)

Quadro 3: Distribuição do número de doenças profissionais com e sem incapacidade (2001-2006)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Sem incapacidade	175	1.264	823	1.165	2.110	1.766
Com incapacidade	1.145	935	1.142	2.023	1.514	1.811
Total	1.320	2.199	1.975	3.188	3.624	3.577

Fonte: Instituto de Informática: Departamento de Gestão da Informação, MTSS.2008

A distribuição das doenças profissionais por grupo etário e género mostra uma diferença persistente no que se refere à idade do diagnóstico no triénio, 2004 a 2006. A moda é no grupo etário dos 50-54 anos, no género feminino, e no grupo etário dos 55-59 anos, no género masculino, o que, mais uma vez, poderá estar relacionado com a natureza das doenças profissionais dominantes e o tipo de trabalho por sexo. (*cf.* Quadro 4).

Quadro 4: Distribuição das doenças profissionais por grupo etário e sexo (2004- 2006)

	2004						2005						2006					
	Sem incapacidade			Com incapacidade			Sem incapacidade			Com incapacidade			Sem incapacidade			Com incapacidade		
	♂	♀	total	♂	♀	total	♂	♀	total	♂	♀	total	♂	♀	total	♂	♀	total
<25 anos	0	11	11	3	4	7	6	3	9	0	4	4	3	6	9	0	9	9
25-29 anos	10	51	61	5	41	45	30	103	133	0	34	34	15	38	53	7	39	45
30-34 anos	22	1107	129	27	87	114	42	237	279	27	89	116	38	152	190	25	77	102
35-39 anos	26	85	111	47	127	174	50	211	261	38	125	163	42	165	207	50	112	162
40-44 anos	31	107	138	87	155	242	62	235	297	41	110	151	80	169	249	83	115	198
45-49 anos	51	133	184	129	211	340	103	239	342	72	132	204	93	229	322	108	173	281
50-54 anos	112	137	249	221	238	459	133	214	347	123	216	339	162	175	337	183	235	418
55-59 anos	136	49	185	235	133	368	182	98	280	178	116	294	181	88	269	217	141	358
≥ 60 anos	75	22	97	222	51	273	127	35	162	180	29	209	108	22	130	195	42	237
Total	463	702	1.165	976	1.047	2.023	735	1.375	2.110	659	855	1.514	722	1.044	1.766	868	943	1.811

Fonte: Instituto de Informática: Departamento de Gestão da Informação, MTSS.2008

Nas doenças profissionais sem incapacidade são dominantes as lesões musculoesqueléticas, seguidas da surdez sonotraumática (cf. quadro 5)

Quadro 5: Distribuição das doenças profissionais sem incapacidade por ano (2003-2006)

	2003	2004	2005	2006
Dermite de contacto	5	3	11	3
Hipoacusia bilateral por lesão coclear irreversível devido a traumatismo sonoro.	425	324	428	386
Paralisias	69	148	348	241
Tendinites, tendossinovites e miotendossinovites crónicas, periartrose da escápulo-humeral, condilite e epicondilite estilóide	296	662	1.274	1.103
Fibrose bronco pulmonar ou lesões pleurais consecutivas à inalação de poeiras de amianto	5	3	0	0
Brucelose	6	5	11	10
Dermite traumáticas	4	0	0	0
Outras	13	20	38	23
Total	823	1.165	2.110	1.766

Fonte: Instituto de Informática: Departamento de Gestão da Informação, MTSS.2008

O sector da industria transformadora apresenta o maior número de doenças profissionais, com ou sem incapacidade, e o maior aumento nos últimos anos. (cf. Quadro 6)

Quadro 6: Distribuição das doenças profissionais por sector de actividade (2003-2004)

	2003		2004		2005		2006	
	Sem Incapacidade	Com Incapacidade	Sem Incapacidade	Com Incapacidade	Sem Incapacidade	Com incapacidade	Sem Incapacidade	Com Incapacidade
Actividades imobiliárias, alugueres, serviços às empresas	19	17	10	10	29	19	23	18
Alojamento e restauração	4	13	7	16	11	19	16	23
Comércio	38	48	28	90	106	94	94	97
Construção	30	82	32	139	49	100	79	121
Indústria transformadora	647	825	986	1.470	1.718	1.104	1.379	1.335
Indústrias extractivas	22	74	18	126	46	78	35	69
Pesca	3	5	4	3	4	8	6	0
Transportes	40	18	32	36	56	20	51	21
Outros	20	60	48	119	91	72	83	127
Total	823	1.142	1.165	2.023	2.110	1.514	1.766	1.811

Fonte: Instituto de Informática: Departamento de Gestão da Informação, MTSS.2008

A distribuição das doenças profissionais por graus de incapacidade nos anos 2003-2006 mostra que à grande maioria das doenças profissionais corresponde uma incapacidade permanente parcial e, entre estas, as situações com desvalorização inferior a 10% representam 50 %. Somente em 349 casos foi atribuída incapacidade permanente absoluta, a que corresponde 5,4 % do total de doenças reconhecidas com incapacidade (cf. Quadro 7)

Quadro 7: Distribuição das doenças profissionais por grau de incapacidade (2003-2006)

	2003	2004	2005	2006	Total	
					Nº	%
Incapacidade Permanente Parcial	1.050	1.916	1.440	1.735	6141	100
< 10%	435	1015	802	838	3090	50
10% a 20%	308	566	354	506	1734	28
20% a 30%	168	203	160	236	767	13
30% a 40%	106	97	85	116	404	7
40% a 50%	17	12	22	19	70	1
50% a 60%	3	9	6	3	21	
60% a 70%	8	6	5	6	25	
≥ 70%	5	8	6	11	30	
Incapacidade Permanente absoluta para Trabalho Habitual	20	21	14	13	68	1
Incapacidade Permanente absoluta para Todo e Qualquer Trabalho	5	8	9	7	29	0,4
Incapacidade Permanente Parcial + Incapacidade Permanente absoluta para Trabalho Habitual	67	78	51	56	252	4
Total	1.142	2.023	1.514	1.811	6490	100%

Fonte: Instituto de Informática: Departamento de Gestão da Informação, MTSS. 2008

No que se refere às participações obrigatórias, o número total não se tem alterado nos últimos anos e ronda os 4.500/ano. De realçar, no entanto, a clara dominância do Distrito do Porto, seguido de Aveiro, Setúbal e Lisboa que, no seu conjunto, registam, no ano de 2005, quase 54 % do total de requerimentos recebidos (*cf.* Quadro 8).

Quadro 8: Entrada de Participações Obrigatórias e Requerimentos Iniciais (2003-2005)

	2003		2004		2005	
	Nº Participações Obrigatórias	Nº Requerimentos Iniciais	Nº Participações Obrigatórias	Nº Requerimentos Iniciais	Nº Participações Obrigatórias	Nº Requerimentos Iniciais
Aveiro	684	632	695	635	794	695
Beja	33	34	52	56	22	24
Braga	142	135	200	155	209	195
Bragança	13	16	11	13	9	4
Castelo Branco	117	117	144	137	117	119
Coimbra	117	122	100	90	105	99
Évora	22	16	27	28	27	23
Faro	23	24	34	32	21	12
Guarda	39	39	63	63	65	68
Leiria	186	183	196	175	262	233
Lisboa	762	794	630	592	648	570
Portalegre	14	14	52	32	21	32
Porto	1.219	1.149	1.112	1.032	997	962
Santarém	107	115	145	131	109	100
Setubal	869	775	766	705	693	609
Viana do Castelo	151	141	226	198	158	151
Vila Real	14	11	23	25	12	12
Viseu	49	48	65	53	33	39
RA Açores	4	3	3	3	-	-
RA Madeira	-	-	8	4	10	7
Campo não preenchido	-	-	-	-	446	382
Total	4565	4386	4552	4159	4758	4336

Fonte: Instituto de Informática: Departamento de Gestão da Informação, MTSS.2008

Na administração pública, o número de doenças profissionais certificadas nos anos 2005 e 2006 não chega a cinco centenas e atinge, predominantemente, o género feminino no grupo etário dos 50-54 anos (ver Quadro 9). Estes valores estão claramente subavaliados e não correspondem à realidade do sector.

Quadro 9: Distribuição do número de doenças profissionais na administração pública por género e grupo etário (2005 e 2006)

	2005			2006		
	♂	♀	Total	♂	♀	Total
30 anos	6	20	26	4	14	18
30-34 anos	10	18	28	9	16	25
35-39 anos	8	29	37	3	23	26
40-44 anos	21	45	66	13	37	50
45-49 anos	30	42	72	26	36	62
50-54 anos	47	69	116	41	70	111
55-59 anos	19	57	76	28	61	89
60-64 anos	11	22	33	11	23	34
≥ 65 anos	7	6	13	7	13	20
S/INFO	0	10	10	0	0	0
Total	159	318	477	142	293	435

Fonte: Instituto de Informática: Departamento de Gestão da Informação, MTSS.2008

A exemplo do sector privado, são as lesões musculoesqueléticas no sexo feminino a manifestação clínica dominante na função pública (*cf.* Quadro 10)

Quadro 10: Principais doenças profissionais na administração pública por sexo anos 2005 e 2006

	2005			2006		
	♂	♀	Total	♂	♀	Total
Afecções musculoesqueléticas	39	92	131	65	173	238
Doenças Cutâneas	4	12	16	7	34	41
Perturbações Auditivas	15	6	21	30	15	45
Perturbações Pulmonares	12	20	32	26	49	75
Perturbações Gastrointestinais, Hematológicas, Hepáticas, Neurológicas e Oculares	-	-	-	6	11	17
Outro Diagnóstico	8	10	18	8	11	19
Campo não Preenchido	81	178	259	-	-	0
Total	159	318	477	142	293	435

Fonte: Instituto de Informática: Departamento de Gestão da Informação, TSS.2008

Acidentes de trabalho

As estatísticas actuais de acidentes de trabalho ocorridos em Portugal podem ser analisadas em função de um conjunto de variáveis que dizem respeito aos empregadores (actividade económica e dimensão da empresa), aos trabalhadores vítimas de acidente (género, idade e profissão), às causas e circunstâncias (agente material, desvio, contacto e outros) e às consequências (natureza da lesão, parte do corpo atingido e números de dias de trabalho perdidos).

O número total de acidentes e a taxa de incidência por 100.000 trabalhadores tiveram variações positivas entre 2004 e 2006, ainda que não muito significativas. O número de dias de trabalho perdidos tem progredido regularmente, cifrando-se, em 2006, em 7.082.066 de dias. O número de acidentes mortais baixou no triénio, estando registados 253, em 2006. A variabilidade histórica desta cifra recomenda prudência quanto à conclusão de que existe uma clara tendência para a redução dos acidentes mortais (cf. Quadro 11).

Neste acervo de dados não estão incluídos os acidentes de trabalho (acidentes em serviço) envolvendo os em trabalhadores subscritores da Caixa Geral de Aposentações.

Quadro 11: Total de acidentes de trabalho, causas e circunstâncias (2004-2006)

	2004	2005	2006
Taxa de incidência global dos acidentes de trabalho (por cada 100 000 trabalhadores)	5.393	5.311	5.475
Total de acidentes de trabalho (inclui acidente de trabalho envolvendo pessoas cujo sexo se desconhece)	234.109	228.884	237.392
. Homens	185.812	180.107	184.764
. Mulheres	48.071	48.540	52.628
Acidentes de trabalho Mortais	306	300	253
. Homens	298	287	245
. Mulheres	8	13	8
Acidentes de trabalho Não Mortais	233.803	228.584	237.139
. Sem Ausência	62.766	61.942	63.865
. Com Ausência	171.037	166.642	173.274
Número de dias de trabalho perdidos	6.730.952	6.811.505	7.082.066
Actividade física específica Trabalho com ferramentas de mão	-	57.259	60.563
Desvio – Perda de controlo sobre a máquina, meio de transporte, equipamento manuseado, ferramenta manual, objecto ou animal	66.831	65.056	67.520
Contacto – Esmagamento vertical/horizontal sobre/contra um objecto imóvel	59.324	56.188	59.318
Agente material associado ao desvio – Materiais, objectos, produtos, componentes de máquinas, estilhaços e poeiras	-	66.727	63.761
Agente material associado ao contacto – Materiais, objectos, produtos, componentes de máquinas, estilhaços e poeiras	63.022	60.302	58.733

Fonte: Instituto de Informática: Departamento de Gestão da Informação, MTSS. 2008

A taxa de incidência dos acidentes de trabalho por sector de actividade económica no ano de 2006 mostra grande assimetria. A pesca (11.3337,5/100.000 trabalhadores) e a indústria extractiva (11.142,7/100.000 trabalhadores) são os sectores de maior risco, apesar de o número absoluto de acidentes não ser muito significativo, 1831 e 1960 respectivamente. (cf. Quadro 12 e Fig. 1)

Quadro 12: Distribuição dos acidentes de trabalho por actividade económica, taxa de incidência AT e taxa de incidência ATM (2006)

Sector de Actividade Económica	Total	Mortais	Taxa de incidência AT 10⁵.trab.	Taxa de incidência ATM 10⁵.trab.
A. Agricultura, caça, silvicultura	6714	23	1142,4	3,9
B. Pesca	1831	15	11337,5	92,9
C. Indústrias extractivas	1960	3	11142,7	17,1
D. Indústrias transformadoras	74698	43	7618,7	4,4
E. Produção e distribuição de electricidade, gás e água	1141	3	4372,2	11,5
F. Construção	51790	83	9364,8	15,0
G. Comércio grosso e retalho, reparação automóvel	36916	21	4914	2,8
H. Alojamento e restauração	11496	5	4105,9	1,8
I. Transportes, armazenamento e comunicações	10665	33	4451,1	13,8
J. Actividades financeiras	793	1	880,2	1,1
K. Actividades imobiliárias e alugueres e serviços	14406	12	4891,2	4,1
O. Outras actividades serviços colectivos sociais e pessoais	4756	3	2884	1,8
Total	237392	253	5474,5	5,8

Fonte: GEP/MTSS, 2008

Figura 1: Taxa de incidência (por cada 100 000 trabalhadores) dos acidentes de trabalho por actividade económica

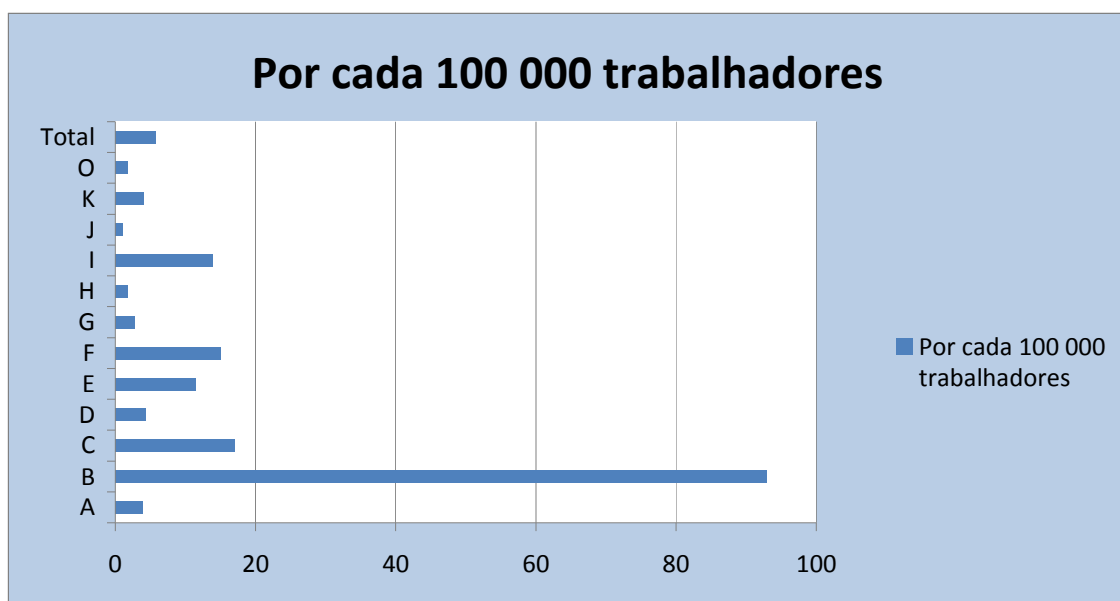


Fonte: GEP/MTSS, 2008

Legenda: A. Agricultura, caça e silvicultura; B. Pesca; C. Indústrias extractivas; D. Indústrias transformadoras; E. Produção e distribuição de electricidade, gás e água; F. Construção; G. Comércio grosso e retalho; H. Alojamento e restauração; I. Transportes armazenamento e comunicações; J. Actividade financeira; K. Activ. Imob. alugueres; O. Outras actividades de serviços colectivos, sociais e pessoais.

Quando analisamos a taxa de incidência de acidentes mortais, verificamos que o sector da pesca atinge 92,9/100.000, isto é, 16 vezes mais que a taxa global, que é 5,8/100.000. (cf. Quadro 12 e Fig. 2).

Figura 2: Taxa de incidência dos acidentes de trabalho mortais:



Fonte: GEP/MTSS, 2008

Legenda: A. Agricultura, caça e silvicultura; B. Pesca; C. Indústrias extractivas; D. Indústrias transformadoras; E. Produção e distribuição de electricidade, gás e água; F. Construção; G. Comércio grosso e retalho; H. Alojamento e restauração; I. Transportes armazenamento e comunicações; J. Actividade financeira; K. Activ. Imob. alugueres; O. Outras actividades de serviços colectivos, sociais e pessoais.

De notar que dois outros sectores têm taxas de incidência de acidentes de trabalho superiores à taxa global. São eles a indústria transformadora (7.618,7/100.000) e a construção (9.364,8/100.000), sectores que, por sinal, apresentam, em valores absolutos, o maior número de acidentes 74.698 e 51.790 e o maior número de acidentes mortais, 43 e 83, respectivamente, (cf. quadro 12).

Classicamente, os acidentes de trabalho e as doenças profissionais são apresentados como o topo de uma pirâmide de base alargada onde se incluem as outras doenças relacionadas com o trabalho e os danos para o bem-estar dos trabalhadores. Como tal, os dados aqui apresentados só representam uma parte dos efeitos negativos atribuíveis ao trabalho (condições, conteúdo e organização).

2 – Trabalhadores e empresas-alvo

O conhecimento da estrutura empresarial e da distribuição da população activa constituem elementos essenciais para definir as orientações para a acção, que se pretendem ajustadas e efectivas. É nos locais de trabalho e com os agentes do mundo do trabalho, trabalhadores e empregadores, que qualquer política proactiva tem de contar para uma acção concertada e participada de que todos podem beneficiar.

A informação estatística na base dos quadros de pessoal mostra uma variação positiva, entre 2006 e 2007, do número de empresas, mais 3,2%, e do número de pessoas ao serviço, mais 3,4%.

Em 2007, das 354 913 empresas consideradas, 301.141 têm ao serviço ≤ 9 trabalhadores (microempresas) e representam 85% do total das empresas.

As grandes empresas, com mais de 250 trabalhadores ao serviço, não atingem as 1000 unidades (962).

Os trabalhadores por conta de outrem, 2.970.042, representam 92,1% dos trabalhadores referenciados pelos quadros de pessoal, e, destes, 56,2% são homens. (*cf.* Quadro 13).

Quadro 13: Distribuição das empresas por número de trabalhadores e destes por situação na profissão e sexo (2006-2007)

Alguns Indicadores Globais					
Empresas/por dimensão	2006		2007		2006/2007 %
Total	344006		354913		3.2
Até 9 pessoas	292081		301141		3.1
10 a 49 pessoas	44229		45822		3.6
50 a 99 pessoas	4490		4661		3.8
100 a 249 pessoas	2266		2327		2.7
250 e mais pessoas	940		962		2.3
Por situação na Profissão					
Trabalhador por conta de outrem (TCO)	2882984	92.5	2970042		92.1
	220875	7.1	238635		7.4
Empregador	13223	0.4	14733		0.5
Outra situação					
Por sexo					
Homens	1762470	56.5	1812220		56.2
Mulheres	1354612	43.5	1410577		43.8

Fonte: GEP/MTSS, 2008

Com base nos quadros do pessoal, confirma-se que a maioria da população trabalhadora por conta de outrem desempenha a sua actividade nas micro e pequenas empresas até 49 trabalhadores, 55,4% em 2006, ligeiramente inferior ao valor registado em 2005, 55,8%.

As grandes empresas têm ao seu serviço mais de 710.000 trabalhadores, cerca de ¼ da população empregada (cf. Quadro 14).

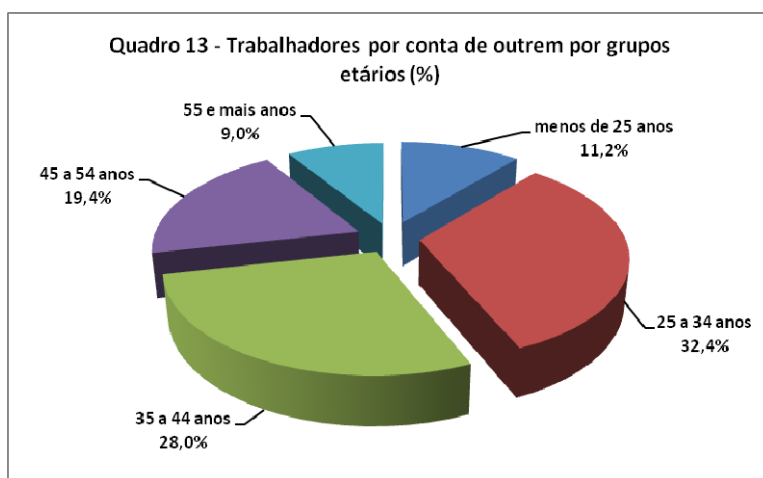
Quadro 14: Distribuição dos trabalhadores ao serviço por dimensão de empresa, (2006-2007)

Empresas/por dimensão	2006		2007	
Total	2.952.861	100%	2.981.396	100%
Até 9 pessoas	839.005	28,4%	836.792	28,0%
10 a 49 pessoas	810.259	27,4%	813.260	27,4%
50 a 249 pessoas	604.687	20,5%	621.160	20,8%
250 e mais pessoas	698.860	23,7%	710.328	23,8%

Fonte: GEP/MTSS, 2008

Os trabalhadores por conta de outrem apresentam uma distribuição por grupos etários que mostra que quase um terço se concentra entre os 25 e os 34 anos (32,4%) e que 28,4% dos trabalhadores têm mais de 45 anos (*cf.* Fig. 3).

Figura: 3 Trabalhadores por conta de outrem por grupos etários (%)



Fonte: GEP/MTSS, 2008

No que se refere a habilitações, o número de trabalhadores com o 1º, ou 2º, ou 3º ciclos ou secundário é semelhante (cerca de 600.000 trabalhadores). No entanto, é de realçar que a variação 2006/2007 mostra um desvio em sentido da diminuição ou estagnação do número de trabalhadores com o 1º e 2º ciclo e do crescimento significativo no 3º ciclo e secundário (mais 6,3 e 6,2% respectivamente), a par do

aumento substancial dos licenciados, mais 11.8%, e dos mestres, mais 20,1%. (cf. Quadro 15)

Quadro 15: Trabalhadores por conta de outrem por habilitações (TCO)

Nível de habilitação	TCO	2006/2007
Total	2 949 095	3,1
Inferior ao 1º ciclo	45 364	-3,0
1º ciclo do ensino básico	654 195	-3,3
2º ciclo do ensino básico	600 181	0,8
3º ciclo do ensino básico	666 901	6,3
Ensino Secundário	603 348	6,2
Ensino pós secundário não superior de nível IV	9 123	38,1
Bacharelato	65 923	-3,2
Licenciatura	284 039	11,8
Mestrado	16 830	20,1
Doutoramento	3 191	5,1

Fonte: GEP/MTSS, 2008

3 – Objectivos gerais e horizonte temporal

3.1 - Objectivos gerais

3.1.1 – Melhorar a qualidade do trabalho e de vida dos trabalhadores em todos os sectores de actividade, assegurando ganhos em saúde evidenciáveis.

3.1.2 – Proteger e promover a saúde dos trabalhadores nos locais de trabalho.

3.1.3 – Actualizar o diagnóstico nacional das relações entre o trabalho e a saúde/doença, avaliando o impacto global da actividade laboral na saúde (incapacidade e morte).

3.1.4 – Garantir à generalidade dos trabalhadores a acessibilidade aos cuidados de saúde ocupacional de boa prática.

3.2 – Horizonte temporal

3.2.1 - Este programa inicial terá a duração de quatro anos, desenvolvendo-se em duas fases de dois anos cada. A primeira fase privilegiará o diagnóstico e a organização de serviços, enquanto a segunda será centrada na avaliação qualitativa e quantitativa das práticas e dos resultados.

4 – Objectivos específicos

(diagnóstico)

4.1 – Aprofundar o conhecimento sobre a prevalência e a incidência das doenças profissionais (participadas, reconhecidas e reparadas), assim como a sua evolução ao longo do tempo, por sectores de actividade.

4.2 - Conhecer a incidência e a gravidade dos acidentes de trabalho, a sua caracterização e evolução ao longo do tempo.

4.3 - Estimar o contributo do trabalho para a incidência e prevalência das principais doenças relacionadas com o trabalho, além das profissionais.

4.4 - Identificar o grau de cumprimento dos requisitos legais em segurança e saúde no trabalho (Organizações de serviços de SST/SO).

(Intervenção)

4.5 - Organizar Serviços de Segurança e Saúde no Trabalho (SST/SO) na totalidade dos estabelecimentos ou unidades de saúde, públicas e privadas.

4.6 - Organizar SST/SO na administração local (autarquias).

4.7 - Organizar SST/SO na administração central.

4.8 - Promover a organização de cuidados na generalidade das empresas, dando especial atenção às micro e pequenas empresas.

4.9 - Estruturar e desenvolver um modelo de prestação de cuidados de saúde ocupacional da responsabilidade do SNS.

(formação)

4.10 - Realizar cursos de pequena duração sobre boas práticas em SST/SO para os profissionais de saúde.

4.11 - Apoiar as acções de formação em serviço de iniciativa dos SST das empresas e estabelecimentos.

4.12 – Apoiar e colaborar nas acções de formação em SST/SO de iniciativa das Sociedades Científicas e das Universidades.

4.13 – Promover o reforço da matéria de segurança e saúde nos *curricula* escolares.

(colheita, análise e divulgação de informação em SO)

4.14 - Organizar um observatório permanente de SST/SO, que recolha, analise e divulgue dados sobre a patologia laboral, a prevalência de incapacidades laborais, as boas práticas em SST/SO e os ganhos em saúde dos trabalhadores.

(acompanhamento e afiliação de programa)

4.15 - Desenvolver e operacionalizar indicadores de avaliação do desempenho e de resultados.

4.16 – Estabelecer metas de ganhos em saúde dos trabalhadores, em especial através da redução dos principais danos para a saúde relacionados com o trabalho

5 – Orientações para a acção

5.1 Protecção e promoção da saúde nos locais de trabalho

5.1.1 Actualizar o diagnóstico nacional em SST/SO, desenvolvendo as seguintes actividades:

- a) Requisitar ao Centro Nacional de Prevenção dos Riscos Profissionais a cedência de ficheiro informatizado das doenças profissionais comunicadas, certificadas e reparadas de modo a que seja tratável um conjunto de variáveis caracterizadoras do trabalhador, da doença profissional e do factor de risco a que esteve exposto.
- b) Analisar os dados estatísticos dos acidentes de trabalho, tendo por base os dados estatísticos publicados e a publicar pelo gabinete de estratégia e planeamento do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.
- c) Constituir um observatório de SST/SO, a quem caberá o acompanhamento do diagnóstico das alíneas acima referidas e estimar o fardo global das doenças relacionadas com o trabalho, incluindo também as outras doenças relacionadas com o trabalho.

5.1.2 Reduzir a incidência das doenças profissionais e dos acidentes de trabalho, através das seguintes actividades:

- a) Aprovação e difusão pública do presente programa, bem como de orientações técnicas que visem a prevenção dos acidentes de trabalho e das principais doenças profissionais.
- b) Estabelecer parecerias com o organismo do Ministério do trabalho (e outros parceiros, como o Instituto da Droga e Toxicodependência, ou o Conselho Nacional de Higiene e Segurança do Trabalho) responsável pela estratégia nacional de segurança e saúde no trabalho, com vista a desenvolver políticas e actividades concertadas.

5.1.3 Promover a sensibilização dos cidadãos, em geral, e dos trabalhadores, em particular, para as questões de segurança e saúde

no local de trabalho, através da gestão da informação e do conhecimento em SST (ver 5.3).

5.1.4 Aumentar a participação das organizações representativas dos trabalhadores e de empregadores, desenvolvendo as seguintes actividades:

- a) Estabelecer canais de comunicação que facilitem a consulta sobre temas ou propostas relevantes de política de SST.
- b) Responder às necessidades políticas de orientação técnica ou formativas, apresentadas pelas associações de trabalhadores e de empregadores.

5.2 Organização e funcionamento dos serviços de saúde ocupacional

5.2.1 Melhorar o processo de licenciamento, fiscalização e auditoria dos serviços SST/SO, através das seguintes actividades:

- a) Agilizar o processo administrativo de registo e encaminhamento dos processos, através de uma informatização adequada.
- b) Organizar um plano de auditoria de serviços simplificado e de fácil execução pelos serviços locais de saúde pública.
- c) Reorganizar e manter actualizado, em cooperação com a Ordem dos Médicos, o registo dos médicos do trabalho habilitados.
- d) Ensaiair idêntico processo relativamente aos enfermeiros do trabalho, com a Ordem dos Enfermeiros.

5.2.2 Elaborar orientações técnicas para organização de serviços de SST por sector de actividade, através das seguintes acções:

- a) Elaboração e divulgação do programa-tipo.
- b) Estabelecer os indicadores de avaliação de resultados e de ganhos em saúde com interesse nacional.

5.2.3 Dinamizar a organização de serviços de SST na Administração Pública, através das seguintes actividades:

- a) Aprovação e divulgação das orientações de serviço de SST nos ACES.
- b) Aprovação e divulgação de programa-tipo para serviços de SST nos hospitais e outros estabelecimentos de saúde.
- c) Efectuar o levantamento do estado de organização dos serviços de SST na administração autárquica.
- d) Promover a organização de serviços de SST na administração central (valorizando o contexto dos planos de contingência da gripe e outros).

5.2.4 Acompanhar a eleição e estimular a participação dos representantes dos trabalhadores para a SST/SO, valorizando os seus contributos nos processos de fiscalização e auditoria dos serviços nas empresas, garantindo a resposta pelos serviços locais e centrais às questões problemas e reclamações por eles colocadas.

5.3 Gestão da informação e do conhecimento

5.3.1 Divulgar junto dos trabalhadores e da população em geral informação relevante em SO, de forma alargada, nomeadamente através de folhetos cartazes e artigos a inserir no microsite de SO da DGS.

5.3.2 Divulgar pelos técnicos e profissionais de SO orientações técnicas e informação de SST/SO, através de:

- a) Um directório documental a criar e a alojar no microsite de SO.
- b) Uma rede de contactos de técnicos e profissionais de SO, para divulgação de informação e como veículo de comunicação do tipo pergunta/resposta.

5.3.3 Promover uma linha editorial em matéria de SST/SO, através da publicação (eventual colaboração com outros organismos) de documentos de política de SO ou de orientações técnicas de interesse nacional (a origem dos documentos poderá ser nacional ou internacional, nomeadamente de organismos de referência como a OIT ou a OMS).

5.4 Investigação e formação em SO

5.4.1 Estimular e apoiar a formação de base e contínua dos profissionais de SST/SO e dos representantes dos trabalhadores, nomeadamente através da difusão de projectos formativos das diversas entidades a nível nacional e do suporte técnico a acções de formação de iniciativa de entidades e organismos da área de SO.

5.4.2 Fomentar e apoiar projectos de pesquisa e investigação em SO, através das seguintes actividades:

- a) Estudar e propor eventuais projectos de investigação, a desenvolver pelas universidades e sociedades científicas, assim como, procurar apoios financeiros para tal.
- b) Difundir, através do microsite de SO, os trabalhos empíricos ou os seus resultados, que tenham sido feitos na matéria de SST/SO de mestrados, doutoramentos e projectos de investigação subsidiados por entidades públicas ou privadas.
- c) Preparar e apresentar reuniões científicas, estudos e pesquisas realizados ou promovidos pela equipa do programa e grupo de trabalho nacional.

5.5 Função normativa na prevenção dos riscos profissionais

5.5.1 Criar Orientações Técnicas (guidelines) de acção na gestão de riscos profissionais, na gestão de sistemas de SO e outros, como por29

exemplo valorizando e enriquecendo os projectos regionais existentes:

- Gestão do risco no local de trabalho e listas de verificação;
- Plano de emergência em estabelecimentos de saúde;
- Trabalho com terminais de computador;
- Vacinação dos profissionais de saúde;
- Conhecimento e prevenção de riscos de acidentes de trabalho;

5.5.2 Contribuir para a promoção da saúde nas áreas consideradas prioritárias pela DGS, com as seguintes actividades:

- Cooperação com os programas de:
 - o Prevenção do tabagismo;
 - o Prevenção do consumo de substâncias psicoactivas, incluindo o álcool
 - o Nutrição no local de trabalho.

5.6 Grupos e sectores específicos

5.6.1 Considerar o sector da saúde como prioritário na intervenção em SO, através de:

- a) Organização de cuidados de SO para os trabalhadores dos serviços centrais e regionais, assim como, dos hospitais e dos ACES.
- b) Definir e por em prática uma política de cuidados primários de SO a desenvolver nos Centros de Saúde.

- c) Promover encontros com os responsáveis de SHST/SO dos hospitais.

5.6.2 Atribuir às mulheres trabalhadoras grávidas prioridade nos projectos de protecção da saúde, colaborando nos processos da actualização da lista de perigos e factores de risco graves para a saúde da mulher e do feto.

5.6.3 Estimular cada Região de Saúde a definir prioridades em matéria de SST/SO, de acordo com as suas especificidades, elaborando programas regionais, tendo por base o programa nacional.

6 - Acompanhamento e avaliação

6.1 Como indicadores de avaliação do programa serão considerados, em primeiro lugar, os indicadores de execução do mesmo e, complementarmente, os indicadores de resultados, como as taxas de incidências de acidentes de trabalho e de doenças profissionais, a taxa de cobertura da população trabalhadora por cuidados de SST/SO organizados e os resultados da análise e avaliação dos relatórios de actividades dos serviços de SST.

6.2 O desenvolvimento do presente programa implica, para além dos custos normais de funcionamento, um acréscimo de recursos humanos, técnicos e financeiros para efeito de suporte a estudos e investigações previstas no programa e publicação de documentos.

7 – Referências Bibliográficas

1. ILO (2001) – **Guidelines on Occupational Safety and Health Management Systems**. Geneva: OSH
2. <http://www.euro.who.int/occhealth> WHO/Europe – **Occupational health: Priorities for the European Region** (5 de Abril de 2005)
3. <http://www.dgsaude-min-saude.pt> **Plano Nacional de Saúde 2004-2010** (25 de Setembro de 2008)
4. OMS (2007) - **Plano global de acção sobre Saúde dos Trabalhadores 2008 -2017**. Sexagésima Assembleia Mundial de Saúde. Geneva: OIT
5. LEI n.º 59/2008. D.R. I Série – A.176 (2008-09-11)
6. LEI n.º 99/2003. D.R. I Série – A.197 (2003-08-27)
7. DECRETO-LEI n.º 35/2004. D.R. I Série – A.177 (2004-06-29)
8. LEI n.º 7/2009. D.R. I Série – A.30 (2009-02-12)
9. LEI n.º102/2009. D.R. I Série – A.167 (2009-09-10)
10. DECRETO-LEI n.º 81/2009. D.R. I Série – A.65 (2009-04-02)
11. PORTUGAL. Autoridade para as Condições de Trabalho. Resolução do Conselho de Ministros n.º 59/2008 de 12 de Março – **Estratégia Nacional para a Segurança e Saúde no Trabalho**. Lisboa: Ministério do Trabalho e Segurança Social, 2008
12. <http://www.europa.eu/legislation.pt> **Estratégia Comunitária para Saúde e a Segurança no Trabalho, 2007-2012** (4 de Setembro de 2009)
13. ILO (2009) - **World day for Safety and Health at Work**. Geneva: OSH