

Enfermagem de Saúde Ocupacional: Pesquisa-ação Participativa na promoção da saúde do trabalhador da indústria da pedra

Catarina Sofia Vieira Magalhães Alves

D
2024

Enfermagem de Saúde Ocupacional: Pesquisa-ação
Participativa na promoção da saúde do trabalhador
da indústria da pedra
Catarina Sofia Vieira Magalhães Alves



CATARINA SOFIA VIEIRA MAGALHÃES ALVES

ENFERMAGEM DE SAÚDE OCUPACIONAL: PESQUISA-AÇÃO PARTICIPATIVA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR DA INDÚSTRIA DA PEDRA

Tese de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientadora – Doutora Irma da Silva Brito

Categoria – Professora Coordenadora

Afiliação – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra & UICISA:E

Orientador - Doutor Guilherme Gonçalves

Categoria – Professor Associado do 5º Grupo, Saúde Comunitária (até 2020)

Afiliação – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), da Universidade do Porto (UP)

Orientadora - Doutora Maria Carminda Soares Moraes

Categoria – Professora Coordenadora

Afiliação – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo

Pensamento

“Eu sou eu e a minha circunstância, e se não a salvo a ela, não me salvo a mim”

Ortega y Gasset

AGRADECIMENTOS

Aos meus orientadores: professora Irma Brito, professor Guilherme Gonçalves professora Carminda Morais e, por terem uma visão além, por tudo o que acrescentaram à minha vida, pelas aprendizagens, pelo carinho e pelo exemplo.

A todas as entidades patronais que aceitaram integrar este estudo.

A todos os trabalhadores que se mostraram disponíveis e empenhados em trabalhar em conjunto em busca de soluções.

À Sandra e ao Afonso por serem mais do que esperamos de quem consideramos amigos.

Ao Filipe por, em cada momento em que alguma luz se apagava, as suas palavras me darem a coragem e a força para avançar. Por todo o amor. Por ser e por estar.

Às minhas filhas incríveis e maravilhosas Leonor e Madalena que, acrescentando dificuldades ao percurso deste programa doutoral, e mostrando alguma estranheza em entender a escolha de a mãe ser estudante, me reconfortavam a cada mimo, abraço e em todo o amor que estava sempre lá, com palavras de orgulho.

Aos meus pais, meus irmãos, minhas cunhadas, à Laura e ao Gustavo, por todo o amor e orgulho que sempre demonstraram. Por serem e por estarem.

À Margarida por toda a partilha e por todas as aprendizagens.

À professora Teresa Martins por dar sem esperar receber. Por ser um exemplo.

À Sofia Sousa e ao Carlos Carvalho, pelos ensinamentos, pela partilha, pela visão.

À Lígia Monterroso por ter cruzado o meu caminho.

A todos os que me colocaram algumas pedras no caminho - apenas com elas me foi possível ver mais alto e mais longe.

À memória da Professora Doutora Corália Vicente, pelo marco que deixou nas nossas vidas.

RESULTADOS CIENTÍFICOS

Publicações

- Magalhães Alves, C., Morais, C., Alves, F., Magalhães, D., Gonçalves, G., & Brito, I. (2024). Community-Based Action Research Intervention to Promote Occupational Health Nursing of Portuguese Quarry Workers. In Nursing Reports. <https://doi.org/10.3390/nursrep14010030> (anexo I)
- Sousa, S., Macedo, R., Alves, C. M., Carvalho, C., Gonçalves, G., & Duarte, R. (2023). Coffee shops, a hub for TB clusters? *Pulmonology*. <https://doi.org/10.1016/j.pulmoe.2023.04.007>
- Sousa, S., Magalhães Alves, C., Macedo, R., Carvalho, C., Gonçalves, G., & Duarte, R. (2023). An investigation of TB infection and reinfection among stone quarry workers. *Pulmonology*. <https://doi.org/10.1016/j.pulmoe.2023.05.004>
- Sousa, S., Magalhães Alves, C., Santos, S., Marques, F., Duarte, R., Gonçalves, G., & Carvalho, C. (2020). Tuberculosis: where and how fast are stone quarry workers infected? *European Journal of Public Health*, 30(Supplement_5). <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa165.796>

Posters

- 04-06/05/2022 - 1ª autora de poster "*Saúde ocupacional - Pesquisa Ação Participativa na promoção da saúde dos trabalhadores da indústria da pedra*" VI Congresso dos Enfermeiros
- 25/06/2022 - 1ª autora de poster "*Humanizar Cuidados com recurso à Pesquisa Ação Participativa em Saúde (PaPS) – Indústria da Pedra*" - I Jornadas de Enfermagem - evento promovido pela Santa Casa da Misericórdia de Marco de Canaveses
- 25/06/2022 – Co-autora do Poster "*Enfermagem de Saúde Ocupacional - Humanizar em Contexto Escolar*" - I Jornadas de Enfermagem - evento promovido pela Santa Casa da Misericórdia de Marco de Canaveses
- 12/05/2023 – "*Promoção da saúde dos trabalhadores da indústria da pedra: focos de intervenção em enfermagem de saúde ocupacional*" – 1º Encontro Internacional de Doutorandos em Enfermagem do ICBAS, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, inserido na semana do Spring School NursID 2023

Comunicações

- 11 de março de 2021 – ICBAS - apresentação do projeto de doutoramento "*Enfermagem de saúde ocupacional: a promoção da saúde do trabalhador da indústria da pedra*" no âmbito do Seminário dirigido a todos os doutorandos do programa doutoral em Ciências de Enfermagem

- 12 de março de 2021, no decorrer do *VCIPaPS_2020*, realizei a apresentação “*Modelo PRECEDE-PROCEED*”
- 16 de abril de 2021 - oradora convidada, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC): “*Modelo PRECEDE-PROCEED - intervenções educativas em contexto escolar*” – dirigido a alunos do 3º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem
- 28 de abril de 2021 - oradora convidada, na ESEnfC com o tema “*Criação de comunidades dialógicas - modelo PRECEDE-PROCEED – da teoria à prática*”, dirigidos a docentes, no âmbito do 1º Curso de Pós-Graduação em Pesquisa Ação Participativa em Saúde da ESEnfC
- 15 de outubro de 2021 – ICBAS - apresentação do projeto de doutoramento “*Será possível ativar processos de promoção da saúde do trabalhador da indústria extrativa e transformadora da pedra através da pesquisa-ação participativa?*” no âmbito do Seminário dirigido a todos os doutorandos do programa doutoral em Ciências de Enfermagem
- 24 de março de 2022 - apresentação do projeto de doutoramento “*Enfermagem de saúde ocupacional: pesquisa-ação participativa na promoção da saúde do trabalhador da indústria da pedra?*” no âmbito do Seminário dirigido a todos os doutorandos do programa doutoral em Ciências de Enfermagem
- 31 de março de 2023 - apresentação do projeto de doutoramento “*Promoção da saúde do trabalhador da indústria extrativa e transformadora da pedra - Será possível ativar processos de promoção da saúde do trabalhador da indústria extrativa e transformadora da pedra através da pesquisa-ação participativa?*” no âmbito do Seminário dirigido a todos os doutorandos do programa doutoral em Ciências de Enfermagem
- 21 de junho de 2024 – comunicação oral “*Inovar em Enfermagem: co-criação de um programa de saúde ocupacional com trabalhadores da indústria da pedra*” no II Seminário Internacional de Enfermagem do Trabalho, Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia

Curso realizado

2020 – “*Curso Internacional de Pesquisa-ação Participativa em Saúde: VCIPaPS_2020*”

RESUMO

Contextualização: na região Norte do país predomina a indústria extrativa e transformadora da pedra, sobretudo a exploração do granito e rochas com elevados teores de sílica. É uma região muito industrializada e afetada pela tuberculose. Nos trabalhadores desta indústria predominam comportamentos de risco que têm implicações para a sua saúde, das famílias e da sociedade, e que podem ser modificados. A gravidade desse impacto foi recentemente reconhecida pela legislação que prevê a possibilidade de antecipação da idade de reforma por risco ocupacional e por invalidez. Urge adotar medidas efetivas de promoção e proteção da saúde destes trabalhadores, com o seu envolvimento enquanto agentes dos seus projetos de saúde, desde a fase de diagnóstico até à construção de um programa de intervenção, sua implementação, monitorização e avaliação.

Metodologia: este estudo decorreu entre 2019 e 2024 e teve como finalidade contribuir para a ativação de processos de promoção da saúde do trabalhador da indústria extrativa e transformadora da pedra, sendo a pergunta de Investigação inicialmente colocada: *“Será possível ativar processos de promoção da saúde do trabalhador da indústria extrativa e transformadora da pedra através da pesquisa-ação participativa?”*. Utilizou-se a abordagem de Pesquisa-ação Participativa em Saúde (PaPS) consubstanciada no modelo PRECEDE-PROCEED, com o objetivo de identificar os focos de intervenção de enfermagem para a co-criação de um programa de promoção da saúde do trabalhador da indústria da pedra. Estudo de métodos mistos: observação participativa, entrevista e análise documental.

Resultados: realizaram-se 102 entrevistas, tendo sido extraídos dados do trabalho de campo, que incluiu documentos administrativos, reuniões, entrevistas, inquéritos, rodas de conversa e *World Café* em três pedreiras. Os trabalhadores participaram na elaboração dos indicadores de avaliação da situação de saúde. Desse instrumento que guiou a entrevista foram obtidos resultados de prevalência por pedreira e que foram apresentados aos agentes envolvidos (gestores e trabalhadores), fundamentais à co-criação do programa de intervenção. O Programa constituído por cinco sessões foi aplicado em duas pedreiras que integravam o estudo.

Os principais focos de intervenção de enfermagem identificados foram: não adesão às medidas de proteção, défice no equilíbrio energético e consumo de tabaco e álcool e falta de confiança nos serviços de saúde.

Conclusão: O estudo demonstra que a ativação de processos de promoção da saúde é possível na indústria da pedra. Destaca-se a importância do modelo PRECEDE-PROCEED na construção do estudo, evidenciando a sua eficácia na melhoria de comportamentos relacionados à saúde. O estudo aponta para a necessidade de programas de promoção da

saúde direcionados aos trabalhadores da indústria da pedra, preenchendo uma lacuna identificada pelo Programa Nacional de Saúde Ocupacional. A participação ativa dos trabalhadores mostrou-se crucial para o sucesso do estudo. O estudo contribui para a conscientização sobre a importância da promoção da saúde ocupacional, oferecendo *insights* valiosos para intervenções futuras e promovendo mudanças significativas na comunidade-alvo.

Palavras-chave: enfermagem; saúde ocupacional; indústria da pedra; PRECEDE-PROCEED; saúde pública; Pesquisa-ação Participativa em Saúde, Promoção da Saúde

ABSTRACT

Background: The northern region of the country is dominated by the stone extraction and processing industry, especially the exploitation of granite and rocks with high silica content. It is a highly industrialized region affected by tuberculosis. Risk behaviors are prevalent among workers in this industry, which have implications for their health, that of their families and society, and which can be modified. The seriousness of this impact has recently been recognized by legislation that provides for the possibility of early retirement due to occupational risk and disability. There is an urgent need to adopt effective measures to promote and protect the health of these workers, involving them as agents of their health projects, from the diagnostic phase to the construction of an intervention program, its implementation, monitoring and evaluation.

Methodology: This project study took place between 2019 and 2024 and aimed to contribute to the activation of health promotion processes for workers in the extractive and processing stone industry, with the initial research question being: "Is it possible to activate processes to promote the health of workers in the stone extraction and processing industry through participatory action research?". The Participatory Health Action Research (PHAR) approach was used, based on the PRECEDE-PROCEED model, with the aim of identifying nursing intervention focuses for the co-creation of a health promotion program for stone industry workers. This was a mixed-methods study: participatory observation, interviews and document analysis.

Results: 102 interviews were carried out, and data was extracted from the fieldwork, which included administrative documents, meetings, interviews, surveys, conversation circles and World Café in three quarries. The workers took part in drawing up the indicators for assessing the health situation. From this instrument, which guided the interview, prevalence results were obtained for each quarry and presented to the agents involved (managers and workers), which were fundamental to the co-creation of the intervention program. The five-session program was applied in two quarries that were part of the study.

The main focuses for nursing intervention identified were: non-adherence to protective measures, deficits in energy balance and tobacco and alcohol consumption, and lack of trust in health services.

Conclusion: The study shows that activating health promotion processes is possible in the stone industry. The importance of the PRECEDE-PROCEED model in the construction of the study stands out, demonstrating its effectiveness in improving health-related behaviors. The study points to the need for health promotion programs aimed at workers in the stone industry, filling a gap identified by the National Occupational Health Program. The active participation of the workers proved crucial to the success of the project. The study contributes to raising

awareness about the importance of occupational health promotion, offering valuable insights for future interventions and promoting meaningful change in the target community.

Keywords: nursing; occupational health; quarries; PRECEDE-PROCEED; public health; Participatory Health action Research; health promotion

SIGLAS, ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS

ACeS	Agrupamento de Centros de Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
DGS	Direção-Geral da Saúde
DL	Decreto-Lei
DP	Desvio padrão
DR	Diário da República
EPI	Equipamento de proteção individual
GEP	Gabinete de Estratégia e Planeamento
ICBAS	Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
ICPHR	<i>International Collaboration for Participatory Health Research</i>
MESS	Ministério do Emprego e da Segurança Social
MT	Ministério do Trabalho
MTSSS	Ministério do Trabalho Solidariedade e Segurança Social
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OIT	Organização Mundial do Trabalho
OE	Ordem dos Enfermeiros
PaPS	Pesquisa Ação Participativa em Saúde
PRECEDE-	<i>Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational</i>
PROCEED	<i>Diagnosis and Evaluation- Policy, Regulatory, and Organizational</i>
	<i>Constructs in Educational and Environmental Development</i>
SD	Desvio padrão
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SHST	Serviços de Higiene e Segurança no Trabalho
SSHST	Serviços de Saúde, Higiene e Segurança no Trabalho
SST	Saúde e Segurança no Trabalho
UP	Universidade do Porto

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Análise dos fatores segundo o Modelo PRECEDE-PROCEED (Green et al., 2022)	
.....	62
Figura 2 – Programa de promoção da saúde para trabalhadores da indústria da pedra.....	68

ÍNDICE DE IMAGENS

Imagem 1 - Área de extração da pedra (Fonte: autor – imagem captada numa das pedreiras do estudo, gentilmente autorizada pela entidade patronal)	31
Imagem 2 - Área de transformação da pedra (Fonte: autor – imagem captada numa das pedreiras do estudo, gentilmente autorizada pela entidade patronal)	31
Imagem 3 - Roda de conversa empresa A.....	66
Imagem 4 – World Cafe empresa B	66
Imagem 5 - Sensibilização com recurso a imagens – Tema: pulmão.....	69
Imagem 6 - Sensibilização com recurso a imagens – Tema: alimentação	69
Imagem 7 - Respostas à questão “quando eu utilizo medidas de proteção no trabalho/me protejo, o que ganho com isso?”	71
Imagem 8 - “O que é que eu faço por mim e para mim, relativamente à minha saúde, que me vai permitir ver os meus filhos e netos crescerem?”	72

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Procedimentos sequenciais de recolha e análise de dados	44
Tabela 2 - Avaliação social	50
Tabela 3 - Patologias autorelatadas (CID-11)	51
Tabela 4 - Estilos de vida.....	52
Tabela 5 - Resultados do questionário estilo de vida fantástico	53
Tabela 6 - Comportamento relacionado com uso de máscara	54
Tabela 7 - Material de proteção individual considerado mais importante	54
Tabela 8 - Perceção do trabalhador.....	55
Tabela 9 - Frequência das consultas nos serviços de saúde higiene e segurança no trabalho.....	56
Tabela 10 - Identificação dos problemas.....	62
Tabela 11 - Valor de prioridades atribuídos por cada um dos peritos a cada um dos problemas, de acordo com o Método de Hanlon.....	64
Tabela 12 - Propostas para a elaboração do Programa.....	67
Tabela 13 - Respostas obtidas após as sessões 1,2 e 3	70

ÍNDICE

Introdução.....	23
1. Enquadramento teórico	29
1.1. Promoção da saúde ocupacional	29
1.2. Intervenções comunitárias culturalmente congruentes	35
1.3. Pesquisa ação Participativa em Saúde (PaPS).....	37
2. Estudo empírico	41
2.1. Desenho estudo	41
2.1.1. Finalidade, objetivo, população e tipo de estudo.....	41
2.1.2. PRECEDE-PROCEED	42
2.1.3. Procedimentos éticos.....	45
2.1.4. Procedimentos de recolha, tratamento e análise de dados.....	46
2.2. Resultados da fase PRECEDE	48
2.2.1. Avaliação social.....	48
2.2.2. Avaliação epidemiológica	51
2.2.3. Avaliação comportamental e ambiental	52
2.2.4. Avaliação educacional e organizacional	55
2.2.5. Avaliação política e administrativa	57
2.3. Reflexão sobre focos de intervenção de enfermagem comunitária.....	58
2.4. Co-criação de um programa de promoção da saúde com trabalhadores da indústria da pedra	65
3. Discussão	73
Conclusão.....	81
BIBLIOGRAFIA.....	85
ANEXOS.....	91
ANEXO I – Artigo aceite para publicação	
ANEXO II – Projeto aprovado pela Comissão de ética (UICISA:E 796/06-2021)	
ANEXO III – Instrumento de recolha de dados	
ANEXO IV – Consentimento informado (empresa e trabalhador)	

ANEXO V – Tabela para ordenação de prioridades

APÊNDICE 127

APÊNDICE I – Percepção de um técnico superior de higiene e segurança no trabalho que integra uma das empresas deste estudo acerca do trabalho desenvolvido

INTRODUÇÃO

Tinham passado cerca de trezentos dias... Integrava a equipa gestora do projeto “Menos tuberculose pedreiras”, dirigido a trabalhadores da indústria da pedra, como enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária – Saúde Pública. A trabalhar numa Unidade de Saúde Pública, desde 2015, com um percurso profissional sempre em cuidados de saúde primários, este projeto, desenhado, em 2017, e iniciado, em 2018, realizava-me completamente. E eis que surgem os primeiros resultados “Menos tuberculose pedreiras” que envolvia os serviços de saúde ocupacional, as unidades públicas de saúde e os centros de diagnóstico de doença pulmonar, e a ser implementado nos concelhos de Marco de Canaveses e Penafiel. A realização de rastreios periódicos aos trabalhadores das empresas identificadas como de maior risco para tuberculose (empresas com dois ou mais casos de tuberculose, desde 2013 até à data de início de projeto), permitiu detetar precocemente casos positivos e garantir o tratamento atempado numa fase inicial da doença (Carvalho S et al., 2020). Contudo, quando no “Menos Tuberculose Pedreiras” procurávamos tuberculose, o que encontrámos foi silicose. Tal achado provocou-me uma série de inquietações que culminou numa oportunidade única: a candidatura e aprovação ao Programa Doutoral em Ciências de Enfermagem.

Desde o exercício de funções na Unidade de Saúde Pública, com grande enfoque na área da vigilância epidemiológica, que me encontrei a colaborar na área da Saúde Ocupacional, com a certeza de que:

“A promoção de elevados níveis de Saúde Ocupacional é (...) uma responsabilidade da sociedade no seu conjunto, pelo que todos devem contribuir para este objetivo comum, concedendo-lhe prioridade, bem como contribuindo para o estabelecimento e fomento de uma cultura nacional de prevenção dos riscos profissionais. (...)” (Direção-Geral da Saúde, 2018, p. ix).

No âmbito da enfermagem de saúde ocupacional e no campo de ação das suas competências, os enfermeiros de saúde pública têm a oportunidade de identificar as necessidades da população alvo com vista a intervir para reduzir a morbi-mortalidade e aumentar a qualidade de vida (González-Caballero, 2021).

“De salientar, ainda, a necessidade de se promover a investigação em Saúde Ocupacional, à data incipiente em Portugal, aspeto que poderia não só alicerçar a adoção de procedimentos técnicos de Saúde do

Trabalho, mais adequados e pertinentes sobretudo ao nível da vigilância da saúde dos trabalhadores, bem como poderia fomentar a revisão e melhoria de alguns diplomas legais e colocar em evidência os ganhos em saúde resultantes da prestação de Serviços de SST/SO (...) (Direção-Geral da Saúde, 2018, p. xviii).

A região Norte de Portugal tem o maior número de empresas de fabrico de artigos de granito e de rochas: 58,7% das empresas da região. Este setor da indústria da pedra integra 16150 pessoas, sendo que a indústria transformadora é responsável por cerca de 57,4% do total (Associação nacional da indústria extractiva e transformadora, 2016). Nos concelhos de Marco de Canaveses e Penafiel, há um elevado número de trabalhadores da indústria extrativa e transformadora da pedra, sobretudo do granito, uma rocha ornamental com elevado teor de sílica.

“No norte do país localiza-se a maior percentagem de empresas do setor, sobretudo associadas à extração e transformação de granito” (Direção Geral de Energia e Geologia, 2020, p. 12). *“Nesta região, (...), coloca-se o problema da continuidade da atividade por falta de mão-de-obra. Cerqueira (2012) refere que 40% dos trabalhadores das pedreiras do concelho de Marco de Canaveses se encontram na faixa etária de 46-55 anos”* (Direção Geral de Energia e Geologia, 2020, p. 18).

A promoção da saúde dos trabalhadores da indústria da pedra é um desafio alicerçado no Programa Nacional de Saúde Ocupacional 2018-2020 (Direção-Geral da Saúde, 2018) que objetiva “dar vida aos anos”, criando estratégias para reduzir reformas antecipadas por invalidez e aumentar os recursos humanos disponíveis.

Na região Norte estima-se que 30% das pessoas com tuberculose trabalham (ou trabalharam) em pedreiras, sendo a maior incidência de casos em Marco de Canaveses e Penafiel, respetivamente 67,5 casos e 66,6 por 100 mil habitantes (Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Tuberculose, 2020). Segundo Cowie (1994) e Hnizdo e Murray (1998), o risco aumentado de desenvolver tuberculose está associado a condições habitacionais e de trabalho precário, alcoolismo e tabagismo, mas também à doença pulmonar silicose.

Os dados de prevalência de silicose são escassos. A prevalência de pessoas com diagnóstico de silicose na Região Norte representava 85% das notificações respiratórias profissionais da região (Correia et al., 2005). Como nas consultas de saúde ocupacional cabe ao clínico decidir a periodicidade de realização de radiografia do tórax, estes valores podem estar subestimados.

Em 2019, pelas condições penosas e desgastantes da profissão dos trabalhadores da indústria da pedra, foi publicada legislação que estabelece o regime especial de acesso à pensão de invalidez e de velhice para estes trabalhadores que estejam diretamente na extração ou na transformação primária da pedra (Decreto-Lei n.º 71/2018 de 31 de dezembro do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2019). Tal permite que a idade normal de aposentação no regime geral de Segurança Social seja estabelecida por invalidez (silicose) ou reduzida em um ano por cada dois de serviço efetivo, com limite de 50 anos.

A promoção da saúde do trabalhador objetiva mais qualidade de vida e melhores condições para o desempenho da atividade nos espaços de trabalho, possibilitando que sejam aplicados modelos de promoção de saúde, que permitem identificar a necessidade de prevenir doenças e fatores de risco para os trabalhadores. Em Portugal tem sido assumida como um processo vertical em que os serviços de saúde (públicos ou privados) identificam risco e vulnerabilidade, propondo estratégias pontuais de melhoria do estado de saúde dos trabalhadores com medidas de proteção e alteração do ambiente. A maioria dos estudos realizados em saúde ocupacional centram-se na identificação de problemas específicos que, à partida são assumidos pelos profissionais de saúde como já conhecidos, no entanto, as intervenções de enfermagem têm de se basear num cuidado coordenado, colaborativo, seguro, de qualidade, integral e centrado nas pessoas (González-Caballero, 2021). No ambiente de trabalho, é necessário que a realidade social do indivíduo seja compreendida para que o cuidado em saúde seja abrangente e possa ser integral. Ser saudável vai além de não ter uma doença diagnosticada. Implica, mesmo com diagnóstico de doença, sentir bem-estar integral para a execução das tarefas quotidianas.

O enfoque da promoção da saúde deve necessariamente basear-se em quatro pilares: boa governação (sabendo que a saúde é influenciada por muitos fatores fora do controlo do sector da saúde e que estes podem interferir com a morbilidade e a mortalidade); literacia em saúde (melhorar a literacia em saúde da comunidade conduzirá a uma participação mais ativa da comunidade e melhorará a saúde individual); contextos saudáveis (que têm como princípios essenciais a participação da comunidade, a capacitação, as parcerias e a equidade) e mobilização social (que assegurará o envolvimento individual e comunitário) (World Health Organization, 2023). Neste contexto, a promoção de saúde difere da prevenção, uma vez que ela se reporta a uma condição que afeta a vida do indivíduo de forma a melhorar a sua qualidade de vida. Quando o foco é a prevenção de doença, o processo difere no sentido de que, a partir da identificação do quotidiano do funcionário e da sua condição de vida, executam-

se ações para reduzir ou minimizar o risco contra possíveis doenças e riscos provenientes das suas atividades ou do seu estilo de vida.

Este estudo tem como finalidade contribuir para a ativação de processos de promoção da saúde do trabalhador da indústria extrativa e transformadora da pedra, sendo a questão de investigação: “Será possível ativar processos de promoção da saúde do trabalhador da indústria extrativa e transformadora da pedra através da pesquisa-ação participativa?”

Brito (2018) recomenda maior investimento nos projetos de base comunitária, quer na prevenção quer na promoção da saúde, pois quando se analisa a investigação produzida, observa-se que existe uma evidência científica muito residual acerca dos mesmos. Por isso propõe uma abordagem promissora de pesquisa-ação, uma vez que os ensaios clínicos randomizados dificilmente se aplicam a grupos comunitários desta natureza. A Pesquisa-ação Participativa em Saúde (PaPS) (International Collaboration for Participatory Health Research, 2013b), pelas suas características, permite colmatar esta lacuna existente, pois incorpora as pessoas-alvo (neste caso, a comunidade ocupacional) no processo de pesquisa. Abrange pessoas e grupos com o objetivo de gerar mudanças nas suas vidas ou práticas profissionais, de modo a maximizar a participação destes indivíduos cuja vida ou trabalho é o objeto da pesquisa em todas as etapas do processo (Brito, I., 2007, 2018). Na PaPS a pesquisa não é feita sobre pessoas, como sujeitos passivos que fornecem dados, mas com as pessoas para gerar informações relevantes e úteis. Essas pessoas decidem quais são as questões de pesquisa e seus objetivos, como a pesquisa será realizada e como serão usados os resultados. Esta abordagem permite gerar mudança social, ao mesmo tempo que o conhecimento é co-criado dialogicamente, incorporando múltiplas perspetivas. A participação é o princípio central da PaPS, diferenciando esse tipo de pesquisa de outras abordagens no campo da saúde (International Collaboration for Participatory Health Research, 2013b). Para ativar processos de promoção da saúde com os trabalhadores das pedreiras, com uma atitude de “síntese cultural” (I. Brito, I., 2018) optou-se pelo modelo PRECEDE-PROCEED “*Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational Diagnosis and Evaluation- Policy, Regulatory, and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development*” (Green, 1974; L.W. Green & Kreuter, 1999) porque tem abordagem de PaPS e permite fazer um diagnóstico colaborativo.

Foi desenhado um protocolo com o objetivo de aplicar a pesquisa-ação participativa para ativar processos de promoção da saúde do trabalhador. Com as pessoas foram identificadas as necessidades e as prioridades, para co-criação das

intervenções com e para as pessoas que são o alvo do estudo. Identificaram-se focos de intervenção em enfermagem de saúde ocupacional, definiram-se as prioridades e com esses trabalhadores criou-se um programa de intervenção.

Integraram este estudo três pedreiras, do concelho de Marco de Canaveses (Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Tâmega I – Baixo Tâmega). Foram incluídos todos os trabalhadores dessas empresas, independentemente do posto de trabalho que ocupassem. A população alvo foi de 202 trabalhadores da indústria de extração e transformação da pedra. Aplicaram-se vários métodos participativos como: reuniões, entrevistas, questionário Estilo de Vida Fantástico (EVF), rodas de conversa e *workcafé*. Os dados foram extraídos do trabalho de campo, que também incluiu análise de documentos administrativos. As tabelas e imagens reportam os dados recolhidos no campo, pelo que se omitem as fontes das mesmas.

Esta tese encontra-se dividida em quatro partes: enquadramento teórico, estudo empírico (metodologia, resultados e discussão da fase PRECEDE, co-criação de um programa de promoção da saúde), discussão e, por fim, a conclusão. No enquadramento teórico apresentamos uma revisão de literatura no âmbito da promoção da saúde ocupacional, das intervenções comunitárias culturalmente congruentes e da PaPS. O estudo empírico contém a questão de pesquisa, o desenho do estudo (finalidade, objetivo, população e tipo de estudo), uma explicação do modelo PRECEDE-PROCEED, os procedimentos éticos e os procedimentos de recolha, tratamento e análise de dados. De seguida apresentamos os resultados da fase PRECEDE, onde expomos a avaliação social, avaliação epidemiológica, avaliação comportamental e ambiental, avaliação educacional e organizacional, avaliação política e administrativa e ainda a definição de prioridades e uma reflexão sobre focos de intervenção de enfermagem comunitária. Posteriormente explicitamos como se realizou a co-criação de um programa de promoção da saúde com trabalhadores da indústria da pedra. Segue-se a discussão onde se disserta sobre a tese de se ativar processos de promoção da saúde do trabalhador da indústria extrativa e transformadora da pedra através da pesquisa-ação participativa. Por fim, apresenta-se a conclusão deste estudo de pesquisa-ação.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo é dedicado à construção de um alicerce teórico, essencial para contextualizar a investigação proposta. No primeiro sub-capítulo, "*Promoção da Saúde Ocupacional*", focamo-nos nas estratégias voltadas para a promoção do bem-estar no ambiente de trabalho. O segundo sub-capítulo, "*Intervenções Comunitárias Culturalmente Congruentes*", mostra-nos que as intervenções que respeitam e incorporam as nuances culturais, com abordagens culturalmente congruentes podem promover uma maior eficácia nas ações de saúde em contextos comunitários. No terceiro sub-capítulo, "*Pesquisa-ação Participativa em Saúde (PaPS)*", exploraremos o facto de a Pesquisa-ação colocar a comunidade no centro do processo de pesquisa e intervenção bem como o quanto a colaboração ativa da população-alvo pode enriquecer a compreensão dos problemas de saúde e facilitar a implementação de soluções mais efetivas.

1.1. Promoção da saúde ocupacional

Em 1991, em Portugal, foi publicada legislação sobre Segurança, Higiene e Saúde no trabalho: o Decreto-Lei n.º 441/91, de 14 de novembro, que inicia a sua redação a referir que:

“[a] realização pessoal e profissional encontra na qualidade de vida do trabalho, particularmente a que é favorecida pelas condições de segurança, higiene e saúde, uma matriz fundamental para o seu desenvolvimento” (Decreto-Lei n.º 441/91, de 14 de novembro, do Ministério do Emprego e da Segurança Social, 1991, p. 5826).

O primeiro objetivo aponta a: *“Necessidade de dotar o País de referências estratégicas e de um quadro jurídico global que garanta uma efectiva prevenção de riscos profissionais”* (Decreto- Lei n.º 441/91, de 14 de novembro do Ministério do Emprego e da Segurança Social, 1991, p. 5826), *sendo que o artigo 8º refere “(...) O empregador é obrigado a assegurar aos trabalhadores condições de segurança, higiene e saúde em todos os aspectos relacionados com o trabalho (...)”* (Decreto- Lei n.º 441/91 de 14, de novembro do Ministério do Emprego e da Segurança Social, 1991, p. 5828).

“A Saúde Ocupacional (por vezes denominada como Saúde e Segurança no Trabalho) tem por finalidade a prevenção dos riscos profissionais e a proteção e promoção da saúde do trabalhador” (DGS, 2013, p. 5).

Portugal integra, atualmente, os 50% dos 187 países membros da Organização Internacional do Trabalho (OIT) que têm um programa nacional em matéria de Saúde e Segurança no Trabalho (SST) (Organização Internacional do Trabalho (OIT), 2023).

As condições de segurança e saúde no trabalho são obrigações legais do empregador, estabelecidas pela Lei n.º 102/2009 de 10 de setembro (Decreto-Lei n.º 102/2009 de 10 de setembro - Regime Jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho, 2009), que regulamenta o regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho, incluindo a prevenção. A Conferência Internacional do Trabalho, que decorreu em Genebra, em 2022, ressaltou como um princípio e um direito “*um ambiente de trabalho seguro e saudável*” (Organização Internacional do Trabalho (OIT), 2023, p. 1). Quer as políticas, quer os programas de Saúde e Segurança no Trabalho, devem assegurar trabalho e condições de trabalho digno para todos os trabalhadores, conseguindo responder às necessidades destes.

Segundo a Carta de Ottawa (World Health Organization, 2023), a saúde é um direito de todos os indivíduos e deve ser preservada em todos os espaços onde vivem, trabalham e se divertem. No ambiente de trabalho, a promoção de saúde, assim como os sistemas de prevenção da doença dos trabalhadores, é necessária para garantir tanto as condições de trabalho dos empregados assim como o ótimo desempenho. Desta forma, essa precaução torna os sistemas operacionais e de produção mais eficientes e rentáveis. Porém, a diversidade de contextos de trabalho torna a promoção da saúde ocupacional um processo complexo e impossível de generalizar. Cada contexto de trabalho tem as suas especificidades relativas ao ambiente (e condições de trabalho) mas também aos processos de produção e a cultura organizacional.

Os trabalhadores da indústria da pedra, de acordo com o art.º 79.º, desenvolvem atividades ou trabalhos de risco elevado, pelas alíneas “e) *Fabrico, transporte e utilização de explosivos e pirotecnia*” (Imagem 1) e “m) *Trabalhos que envolvam exposição a sílica*” – o que nos transporta à transformação da pedra (Decreto Lei n.º 102/2009 de 10 de setembro - regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho, 2009, p. 25) (Imagem 2).



Imagem 1 – Área de extração da pedra (Fonte: autor – imagem captada numa das pedreiras do estudo, gentilmente autorizada pela entidade patronal)



Imagem 2 - Área de transformação da pedra (Fonte: autor – imagem captada numa das pedreiras do estudo, gentilmente autorizada pela entidade patronal)

Os Serviços da Segurança e da saúde no trabalho são obrigatórios, contratualizados pelas entidades patronais, e visam:

- “a) Assegurar as condições de trabalho que salvaguardem a segurança e a saúde física e mental dos trabalhadores;*
- b) Desenvolver as condições técnicas que assegurem a aplicação das medidas de prevenção (...);*

c) Informar e formar os trabalhadores no domínio da segurança e saúde no trabalho;

d) Informar e consultar os representantes dos trabalhadores para a segurança e saúde no trabalho ou, na sua falta, os próprios trabalhadores” (Decreto Lei No 102/2009 de 10 de setembro - Regime Jurídico Da Promoção Da Segurança e Saúde No Trabalho, 2009, p. 6188).

O mesmo decreto refere ainda que existe obrigatoriedade de serviço interno da segurança e saúde no trabalho (onde está integrado um elemento que é técnico de segurança do trabalho) sempre que “(...) *o estabelecimento ou conjunto de estabelecimentos que desenvolvam atividades de risco elevado, (...), a que estejam expostos pelo menos 30 trabalhadores*” (Decreto Lei No 102/2009 de 10 de setembro - Regime Jurídico Da Promoção Da Segurança e Saúde No Trabalho, 2009, p. 6182). Uma empresa que emprega menos de 10 trabalhadores e cujo volume de negócio anual não exceda 2 milhões de euros é considerada uma microempresa, entre 11 e 50 pessoas e com volume de negócio anual que não exceda 10 milhões de euros é definida como uma pequena empresa, uma empresa que emprega entre 51 e 250 pessoas e cujo volume de negócio anual não exceda 43 milhões de euros é considerada uma média empresa (Portugal 2020, 2021).

Encontramos relações contratuais baseadas na obrigatoriedade legal, sendo responsabilidade da entidade empregadora a promoção da realização de exames de saúde adequados a comprovar e avaliar quer a aptidão física, quer a psíquica do trabalhador para o exercício da atividade, assim como a repercussão desta e das condições em que é prestada na saúde do mesmo:

“a) Exames de admissão, antes do início da prestação de trabalho ou, se a urgência da admissão o justificar, nos 15 dias seguintes; b) Exames periódicos, anuais para os menores e para os trabalhadores com idade superior a 50 anos, e de 2 em 2 anos para os restantes trabalhadores; c) Exames ocasionais, sempre que haja alterações substanciais nos componentes materiais de trabalho que possam ter repercussão nociva na saúde do trabalhador, bem como no caso de regresso ao trabalho depois de uma ausência superior a 30 dias por motivo de doença ou acidente” (Decreto-Lei No 102/2009 de 10 de Setembro - Regime Jurídico Da Promoção Da Segurança e Saúde No Trabalho, 2009, p. 6190).

O serviço de segurança e de saúde no trabalho tem identificadas inúmeras atividades principais, das quais salientamos as alíneas:

“c) Elaborar o plano de prevenção de riscos profissionais, bem como planos detalhados de prevenção e proteção exigidos por legislação específica”, “h) Desenvolver atividades de promoção da saúde”, “j) Vigiar as condições de trabalho de trabalhadores em situações mais vulneráveis” e “m) Conceber e desenvolver o programa de formação para a promoção da segurança e saúde no trabalho” (Decreto Lei nº 102/2009 de 10 de setembro - Regime Jurídico da Promoção da Segurança e Saúde No Trabalho, 2009, p. 23).

Verifica-se, contudo, a não existência de programas ou projetos que identifiquem as reais necessidades pelas empresas e/ou pelos trabalhadores, que promovam a participação dos trabalhadores na procura da sua saúde e bem-estar de forma a potenciar comportamentos e escolhas saudáveis dos mesmos, com um implícito desenvolvimento pessoal e da comunidade. *“Constata-se também que algumas empresas/estabelecimentos realizam ações pontuais no âmbito da promoção da saúde, mas que não estão integradas num programa específico e aprovado formalmente pela entidade empregadora (...)”* (Direção-Geral da Saúde, 2013, p. 32) devendo haver, no entanto, um imperativo relativo à necessidade de que seja realizado *“o desenvolvimento de uma cultura nacional de prevenção em matéria de segurança e saúde que inclua informação, consulta e formação (n.º 3 do artigo 3.º)”* (Organização Internacional do Trabalho (OIT), 2023, p. 24).

Com vista a assegurar ao trabalhador um suporte efetivo e integral a nível ocupacional e no local de trabalho, quer no âmbito da promoção e proteção da saúde, quer do bem-estar e na prevenção na exposição aos riscos/acidentes de trabalho, foi reconhecida a Enfermagem do trabalho:

“ (...) área de exercício profissional dirigida à gestão da saúde e segurança do trabalhador na sua relação com o ambiente de trabalho. Focaliza-se no bem-estar, na promoção, proteção, vigilância e recuperação da saúde, bem como na prevenção de riscos profissionais, de acidentes, doenças profissionais e doenças relacionadas e/ou agravadas pelo trabalho, em parceria com os trabalhadores, com o propósito de promover ambientes de trabalho saudáveis e seguros tendo em conta as características individuais, do posto de trabalho e do ambiente sociolaboral (...)” (Diário da República, 2.ª Série, n.º 114-15

de junho de 2018, Regulamento n.º 372/2018 da Ordem Dos Enfermeiros, 2018, p. 16805).

A relação contratual traz uma série de desafios na procura de saúde para o trabalhador. A promoção da saúde ocupacional tem sido pouco valorizada, sendo a abordagem salutogénica quase nula. É essencial perceber um contínuo balanço e procura de equilíbrio entre a saúde e a doença (Antonovsky, 1996). Perceciona-se que é dado um elevado ênfase na realização de exames, consoante os graus de risco de exposição dos trabalhadores (mesmo assim muitas vezes desajustados, uma vez que *“O médico do trabalho, face ao estado de saúde do trabalhador e aos resultados da prevenção dos riscos profissionais na empresa, pode aumentar ou reduzir a periodicidade dos exames previstos no número anterior”* (Decreto-Lei n.º 102/2009 de 10 de Setembro - Regime Jurídico da Promoção da Segurança e Saúde no Trabalho, 2009, p. 35), mas pouco ou nada se valoriza o bem-estar que se deveria sentir nos locais de trabalho. Tendo por base uma abordagem salutogénica, sendo o foco de atenção necessariamente os trabalhadores, independentemente de onde se encontrem neste *continuum* de saúde/doença, conseguiremos concentrar a ação em fatores salutogénicos (Antonovsky, 1996).

De acordo com informação disponibilizada pelo Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, em 2020, em território nacional, foram realizadas 1366 ações de formação pelos SST na indústria extrativa e 77457 na indústria transformadora (Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP) & Ministério do Trabalho, 2022, p. 37). Na mesma fonte averiguamos que na área da promoção da saúde houve apenas 16 ações dirigidas à indústria extrativa e 2176 dirigidas à indústria transformadora. As empresas confirmam-nos a não existência deste investimento.

Tal como referido anteriormente, o bom desempenho dos profissionais no seu ambiente de trabalho está diretamente relacionado à condição física e mental do colaborador. Assim, os cuidados de promoção da saúde contribuem para o desempenho de funções com dignidade e em condições adequadas. Essas condições de maior produtividade permitem que o funcionário possa também ter uma melhor qualidade de vida. Uma forma de promoção de saúde no ambiente profissional é o cuidado integral que vai além da dimensão física (ou de prevenção da doença). Também são importantes as ações de integração na empresa e entre trabalhadores, de forma a proporcionar uma melhor interação e, por consequência, um melhor trabalho em equipa.

Na indústria da pedra as condições de trabalho são muito agrestes, o que leva a uma grande diminuição da força de trabalho. Assim sendo, promover a saúde das

peessoas que trabalham neste contexto é uma prioridade para manter ativo um setor de atividade específico desta região.

Trabalhar a estrutura de um empreendimento para atender às necessidades dos trabalhadores é realizar as ações necessárias para garantir condições de trabalho saudável. Então unir o bem-estar dos trabalhadores com os processos de produtividade de uma empresa é desenvolver processos rentáveis e lucrativos. Para que isso seja possível, as empresas desenvolvem planejamento estratégico para garantir a promoção de saúde eficiente e capaz de proporcionar uma melhor condição de trabalho em ambientes que atendam às suas necessidades e proporcionem auxílio e orientação para os problemas que o funcionário possa vivenciar nesses ambientes. Contudo, cada contexto tem a sua própria cultura, que deve ser considerada aquando da interação entre o serviço de saúde ocupacional e a empresa, sobretudo para garantir a implementação de intervenções culturalmente congruentes.

1.2. Intervenções comunitárias culturalmente congruentes

A procura de granito, quer para a construção, quer enquanto rocha ornamental tem vindo a aumentar, com elevada percentagem de exportação (Associação nacional da indústria extractiva e transformadora, 2016). Por isso a oferta de trabalho na indústria da pedra tem sido crescente. Assistimos, no entanto, aos relatos das diversas entidades patronais que referem preocupação pela escassez de recursos humanos para a mesma, ou seja, muito trabalho, poucos trabalhadores.

Culturalmente, há como que uma herança relativa aos trabalhadores da indústria da pedra, sendo que nas últimas décadas, este tem passado de pais para filhos, encontrando-se irmãos a trabalhar na mesma empresa ou a fazerem referência de trabalharem na área, com outras entidades patronais, entre outros laços familiares existentes (tios, cunhados).

Falamos de um grupo de trabalhadores cada vez menor, com caraterísticas específicas e um modo de ser e estar igualmente caraterístico: pessoas de baixa escolaridade, grande parte com residência em meio rural, associadas a um trabalho que muitos assumem como “mau” pelos riscos conhecidos e divulgados que acarreta: elevadas taxas de silicose e tuberculose (Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Tuberculose, 2020). Com vista a ultrapassar este grave problema de recursos humanos, as entidades patronais referem-nos que têm surgido trabalhadores oriundos

de países como África e Índia, que se confrontam com dificuldades de acesso aos cuidados de saúde primários até à sua legalização.

Qualquer intervenção na área da promoção da saúde necessita ter em linha de conta as características da população-alvo. As especificidades da população-alvo deste estudo remetem-nos para a necessidade de compreender a comunidade que é foco de intervenção como tendo uma cultura específica. Talvez se possa afirmar como sendo uma minoria cultural. O sucesso desta intervenção mostrava-se dependente de os investigadores se desligarem de tudo o que era referido, dado como válido acerca destes trabalhadores, e criar uma relação de sinergia, na qual, em qualquer encontro cultural estivessem dispostos a acrescentar conhecimento cultural, tornando-nos culturalmente sensíveis com a população-alvo.

O modelo que melhor sustenta este estudo é o proposto por Campinha-Bacote (2018) que aborda a “*competemility*” - as áreas de “competência cultural” versus “humildade cultural”. Segundo Campinha-Bacote (2018) “a *origem da competência cultural é a mistura deliberada dos termos competência cultural (competite) e humildade cultural (mility)*”. Esta investigadora social refere que a competência cultural é delineada como uma fusão sinérgica entre a humildade diante das diferenças culturais e a proficiência em lidar com elas. Nessa abordagem, a humildade cultural permeia cada um dos cinco elementos que compõem a aptidão cultural: consciência cultural, compreensão cultural, habilidade cultural, vontade cultural e experiências interculturais. Dessa perspetiva, a aptidão cultural pode ser compreendida como um processo contínuo de desenvolvimento e uma prática constante de integração (Campinha-Bacote, 2018).

A autora representa a permeabilidade que refere entre competência cultural e humildade cultural num ambigrama rotativo. Desta representação percebemos que a “*humildade é encontrada na competência e a competência é encontrada na humildade*” (Campinha-Bacote, 2018, p. 4).

Numa reflexão acerca do modelo, Campinha-Bacote (2018) propõe os seguintes elementos do cuidado culturalmente congruente:

- A consciência cultural – remete-nos a refletir acerca de possíveis preconceitos que tenhamos, e ao estarmos dispostos a fazer o “sacrifício” de largar e despir de ideias pré-concebidas em prol do objetivo que definimos com a população-alvo;
- O conhecimento cultural – baseia-se no processo de estudo por parte do investigador, de uma sólida base de dedicação dos diferentes grupos culturais;

- Habilidade cultural – reporta-nos a capacidade que é necessária para a obtenção de dados e informações culturais de relevo para o desenvolver do trabalho;
- Os encontros culturais – levam-nos a encontrar-nos com a população alvo de forma a modificar possíveis crenças pré-existentes. A continuidade dos encontros culturais levam à interiorização da consciência, habilidade e desejo cultural;
- O desejo cultural - refere-se à motivação do investigador para que sinta em vez de “tenho que” um “quero” capacitar-me quanto ao processo de conscientização, conhecimento e habilidade culturais, bem como encontros culturais com a população-alvo.

De acordo com esta autora, enquanto enfermeira especialista, é necessária competência e humildade cultural para implementar estratégias de promoção da saúde com esta população, com vista à obtenção de ganhos em saúde. Tal processo exige um raciocínio crítico que se inicia com a identificação de necessidades da população alvo, a determinação de prioridades, o planeamento das intervenções e a implementação/avaliação das estratégias.

1.3. Pesquisa ação Participativa em Saúde (PaPS)

A promoção da saúde do trabalhador tem sido assumida como um processo vertical em que serviços de saúde (públicos ou privados) identificam riscos e necessidades e propõem estratégias de melhoria do estado de saúde dos trabalhadores ou medidas de proteção/alteração do ambiente.

Numa análise do trabalho a desenvolver junto da população alvo e que refletisse competência e humildade cultural, facilmente se percebe que teria de envolver esta população no processo, para propor uma intervenção de promoção da saúde válida. Enquanto investigadora constatei que a percepção que os profissionais de saúde têm acerca da situação de saúde dos trabalhadores das pedreiras não é necessariamente nem a realidade, nem perspetiva as necessidades sentidas que os trabalhadores da indústria da pedra identificam.

A maioria dos estudos realizados em saúde ocupacional centram-se na procura de problemas específicos que, à partida, os profissionais de saúde assumem como pré-existent (I. Brito, I., 2007). Os serviços que pretendem implementar programas de promoção da saúde não devem assumir a postura de “invasão cultural”, em que impõem modelos pré-definidos baseados nos seus valores e ideologias, mas sim a abordagem

de “síntese cultural”, em que não são impostas prioridades. Os profissionais de saúde, em colaboração com os líderes comunitários, devem aprender sobre as necessidades das pessoas e apoiar o desenvolvimento de recursos para as satisfazer, bem como renunciar ao poder da sua posição, ou papel social, e estar disponíveis para ouvir e aprender com as comunidades (Brito, I., 2007).

A PaPS (International Collaboration for Participatory Health Research, 2013b) é uma abordagem que abrange pessoas e grupos cuja participação é o princípio que define todo o processo de pesquisa, com o objetivo de gerar mudanças nas suas vidas ou práticas profissionais. De modo a maximizar a participação dos indivíduos cuja vida ou trabalho é o objeto da pesquisa em todas as etapas do processo (I. Brito, I., 2007, 2018) e tendo em conta as especificidades e características da população-alvo, verificou-se a necessidade de utilizar um desenho de pesquisa que permitisse, por um lado, acompanhar a ação, e por outro lado os resultados, onde os trabalhadores da indústria da pedra fossem protagonistas da investigação. Numa pesquisa realizada na PubMed/Medline com os termos ((*“participatory research”*) AND (*“quarry”*) OR (*“stone”*) OR (*“stone quarry”*)), em janeiro de 2024, não foram obtidos quaisquer resultados.

Pretendia-se que os trabalhadores colaborassem na identificação dos seus problemas e identificassem e sugerissem formas possíveis de resolução, numa articulação contínua, na qual investigadores e população-alvo caminham juntos com vista à resolução de problemas. Há evidência de que a participação como método de pesquisa leva a melhorias, propiciando a retenção de participantes, potenciando a qualidade, análise e interpretação dos dados e a divulgação dos resultados (International Collaboration for Participatory Health Research, 2013b). Como se torna claro, recorrer à PaPS (International Collaboration for Participatory Health Research, 2013b) implica, por si só, constantes ciclos de aprendizagem, numa capacitação permanente dos envolvidos uma vez que, no decorrer da colaboração a participação é fulcral. Neste processo o conhecimento está constantemente a ser co-criado, numa contínua adaptação dos conhecimentos existentes e reconhecimento das experiências e cultura vividas, o que implica uma transformação social com os ganhos desta rede de trabalho.

Utilizou-se a PaPS (International Collaboration for Participatory Health Research, 2013b), com foco em procedimentos dialógicos e formas criativas de intervir na promoção da saúde da comunidade de trabalhadores da indústria extrativa e transformadora da pedra. Esta tem como pilar a liberdade do sujeito na participação, o

que leva a que possamos afirmar que, para além da produção de conhecimento académico, são gerados ainda, com a pesquisa:

- Estabelecimento de ligações com membros comunitários;
- Contribuições positivas para a comunidade (que inclui as famílias dos participantes);
- Aumento de literacia em saúde;
- Comparticipação financeira entre os parceiros já envolvidos;
- Aumento da procura de serviços difíceis de fornecer.

2. ESTUDO EMPÍRICO

Neste capítulo são apresentadas as opções metodológicas relativas à investigação, nomeadamente, finalidade, objetivo, desenho de estudo, metodologia, população e amostra, assim como os instrumentos e procedimentos utilizados na recolha e análise de dados, não esquecendo as questões éticas. De seguida apresentam-se os resultados da fase PRECEDE e como se deu a co-criação do programa de promoção da saúde.

2.1. Desenho estudo

2.1.1. Finalidade, objetivo, população e tipo de estudo

Este estudo tem como finalidade contribuir para a ativação de processos de promoção da saúde do trabalhador da indústria extrativa e transformadora da pedra, sendo a pergunta de Investigação *“Será possível ativar processos de promoção da saúde do trabalhador da indústria extrativa e transformadora da pedra através da pesquisa-ação participativa?”*

Foi desenhado com o objetivo de implementar um modelo de pesquisa-ação participativa (International Collaboration for Participatory Health Research, 2013b) com vista a ativar processos de promoção da saúde do trabalhador, sendo a população alvo os trabalhadores da indústria de extração e transformação da pedra, que integram três pequenas/médias empresas (até 200 trabalhadores) – da indústria da pedra, do concelho de Marco de Canaveses, área de abrangência do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Tâmega I – Baixo Tâmega. Foram incluídos todos os trabalhadores das três empresas, independentemente do posto de trabalho que ocupassem na mesma porque, tendo em conta os princípios da PaPS (International Collaboration for Participatory Health Research, 2013b), consideramos que a exclusão de participantes não facilitava o processo de mobilização comunitária. Aceitaram participar voluntariamente 102 trabalhadores, não existindo contrapartida financeira ou de outra natureza, à sua participação. Em qualquer momento, o(s) trabalhador(es) poderia(m) livremente recusar continuar a participar.

Trata-se de um estudo de caso, transversal, com abordagem de pesquisa-ação seguindo os princípios da Pesquisa-ação Participativa em Saúde (International Collaboration for Participatory Health Research, 2013b), com recurso a métodos mistos:

observação participativa, entrevista e análise documental. O desenho de estudo segue o modelo PRECEDE-PROCEED (Green, 1974).

2.1.2. PRECEDE-PROCEED

O modelo sistémico PRECEDE-PROCEED (Green, 1974) (*Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational/Ecological Diagnosis and Evaluation and Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development*) é um guia que facilita e orienta o planeamento e avaliação de programas de promoção da saúde. Traduz-se numa estrutura de avaliação de custo-benefício, proposto, em 1970, por Lawrence W. Green (Brito, I., 2014), sendo mundialmente aplicado em diferentes grupos populacionais e para o desenvolvimento de programas de saúde (Kim, Jang, Kim, & Lee, 2022).

O PRECEDE-PROCEED parece integrar a *consiliência* (do latim: *con* (juntamente) e *salio* (saltar), palavra usada, pela primeira vez, por Whewell em 1840) - “palavra-chave para a unificação [do saber]” (Cruz, 2001) na sua visão de Promoção da Saúde. É, portanto, entendida como uma unidade do conhecimento cujo objetivo é compreender a condição humana através da reunião de saberes de diferentes disciplinas, da ligação das ciências e da humanidade (Green, Gielen, Ottoson, Peterson, & Kreuter, 2022): avaliação social, avaliação epidemiológica, avaliação educacional/ecológica, avaliação administrativa/política – as primeiras quatro fases; da fase cinco até à oito surge a avaliação do processo e dos objetivos a curto, médio e longo prazo.

Kim et al (2022) referem que numa fase inicial Lawrence W. Green desenvolveu apenas o “PRECEDE” para que fosse possível realizar o diagnóstico de saúde e das necessidades educacionais e, posteriormente, com vista a enfatizar aspetos ecológicos ao modelo é que foram acrescentados elementos de política, regulamentação, organização e meio ambiente. Estes autores realizaram uma revisão sistemática com o objetivo de perceber se os estudos de intervenção que utilizaram o modelo PRECEDE-PROCEED mostraram que a utilização do mesmo foi eficaz (Kim et al., 2022). Recorreram a sete bases de dados, tendo revisto 26 estudos (maioritariamente apresentavam programas educativos como intervenção).

“O modelo PRECEDE-PROCEED foi aplicado no planeamento, implementação e avaliação dos programas de intervenção. Onze estudos foram incluídos na meta-análise, que mostrou que as intervenções que utilizaram o modelo PRECEDE-PROCEED melhoraram significativamente os conhecimentos (...)” (Kim et al., 2022).

A avaliação educacional do modelo PRECEDE-PROCEED (Green et al., 2022) é classificada em fatores predisponentes, de reforço e facilitadores que afetam o comportamento e as mudanças ambientais (Kim et al., 2022). Os mesmos autores (2022) referem que as mudanças nesses fatores se tornam a explicação para que o programa falhe ou que seja um sucesso. A fase PRECEDE integra o planeamento (e as suas avaliações diagnósticas), a fase PROCEED integra a avaliação da intervenção (Araújo et al., 2023).

A conclusão da fase PRECEDE leva ao início da fase PROCEED, que trata da implementação e avaliação do programa de promoção da saúde (Green et al., 2022). A utilização deste modelo garante um diagnóstico colaborativo e ativa os processos de promoção da saúde com os trabalhadores da pedreira, numa atitude de síntese cultural (Brito, I., 2018).

O início do programa implica, necessariamente, o envolvimento da comunidade/organização, de forma a que fiquem claras as funções de cada um, os materiais e meios e as responsabilidades. O grande foco é pensar acerca da futura manutenção do programa, ou seja, da sua sustentabilidade. Caso o início não inclua este desenho/pensamento, poderemos estar a desenhar um programa destinado ao fracasso (Brito, I., 2018).

A avaliação do processo permite-nos confirmar que o procedimento selecionado para a implementação foi contínuo (o que o torna viável), e que permite quaisquer ajustes necessários, ou seja, é adaptável. Assim assegura-se uma diminuição de riscos e danos, identificam-se barreiras e verificam-se as modificações necessárias (Green et al., 2022).

Com a avaliação de processo é possível perceber, a curto prazo, os efeitos imediatos do programa.

Relativamente à avaliação dos resultados

“esta é feita a médio ou longo prazo e reflete a análise de indicadores de qualidade de vida e de saúde, sendo possível perceber o que aconteceu, quer a nível ambiental, quer a nível de comportamentos, que possa ser atribuído ao programa” (Brito, I., 2007, p. 144).

Objetivamos ativar processos de promoção da saúde aplicando o modelo PRECEDE-PROCEED, tendo utilizado como metodologia métodos mistos (Creswell, 2007). Para facilitar o estudo de campo elaborou-se a Tabela 1 com os procedimentos sequenciais de recolha e análise de dados.

Tabela 1 - Procedimentos sequenciais de recolha e análise de dados

Etapas	Procedimentos	Métodos e técnicas utilizados
Avaliação social	Relato sobre a comunidade, o ambiente envolvente e projetos de promoção da saúde pré-existentes Indicadores de satisfação com o trabalho e da cultura organizacional	Observação participante Análise documental Entrevistas semiestruturadas
Avaliação epidemiológica	Absentismo dos trabalhadores Aplicação do questionário “Estilo de vida Fantástico” (EVF) (Silva, Brito, & Amado, 2014), complementado com escala de autoimagem de Stunkard (Scagliusi et al., 2006), escala de Autoestima de Rosenberg (Santos & Maia, 2003) e Bem-estar psicológico (Pereira et al., 2018) e a descrição do estado de saúde (EQ-5D-3L) (Ferreira, Ferreira, & Pereira, 2013) a toda a comunidade envolvida;	Análise documental Aplicação de questionário
Avaliação comportamental e ambiental	Risco e vulnerabilidade da comunidade. Aplicação de um questionário de saúde Ocupacional a toda a comunidade	Aplicação de questionário Observação participante Análise documental
Avaliação educacional e organizacional	Consulta a informadores-chave da comunidade para identificação dos fatores predisponentes, facilitadores e de reforço relativos aos problemas de maior magnitude Propostas de intervenção complementadas com revisão da literatura	Focus group com o método <i>World Cafe</i> Análise documental
Avaliação política e administrativa	Negociação com direção das propostas de intervenção	Entrevistas semiestruturadas e reuniões
Avaliação de processo	Avaliação de satisfação com a implementação do processo de PaPS	Aplicação de questionários e Focus group com o método <i>World Cafe</i>
Avaliação de resultados	Sistematização de experiências com apresentação em formato Pecha Kucha.	Elaboração de uma coletânea de boas práticas.
Avaliação de impacto	Absentismo dos trabalhadores Aplicação do questionário “Estilo de vida Fantástico” (Silva et al., 2014), complementado com escala de autoimagem de Stunkard (Scagliusi et al., 2006), escala de Autoestima de Rosenberg (Santos & Maia, 2003) e Bem-estar psicológico (Pereira et al., 2018) e a descrição do estado de saúde (Ferreira et al., 2013) a toda a comunidade envolvida Formulação de políticas de promoção da saúde ocupacional	Análise documental Aplicação de questionário

2.1.3. Procedimentos éticos

Recorrer à PaPS (International Collaboration for Participatory Health Research, 2013b) traz desafios acrescidos, uma vez que a relação entre os pesquisadores e a população-alvo precisa de estar bem definida, nomeadamente no que respeita ao rigor, responsabilidade e respeito pelas práticas de todos os envolvidos na pesquisa (International Collaboration for Participatory Health Research, 2013a). Há uma necessidade de negociação referente ao poder e ao controlo de ambas as partes, uma análise minuciosa relativa às experiências que são partilhadas e a forma como estas se tornam públicas, assim como a forma como as necessidades e expectativas dos participantes são equilibradas no desenho do estudo.

Neste estudo foram cumpridos todos os pressupostos éticos, obtendo o consentimento informado livre e esclarecido de 102 trabalhadores da indústria da pedra, sendo que foi garantido:

- cumprimento do Código Deontológico do Enfermeiro (Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril) esteve presente em todos os procedimentos do estudo;
- que o estudo não constituiu risco para a integridade dos participantes nem teve/terá consequências negativas para os mesmos.

Em todos os procedimentos de recolha de dados foram salvaguardados os direitos dos participantes garantindo:

- Informação sobre os objetivos do estudo, as diferentes atividades da intervenção educativa e os recursos disponíveis;
- Respeito pela dignidade e privacidade dos participantes, garantindo o seu bem-estar e protegendo os seus direitos;
- Proteção da confidencialidade e do anonimato (a identificação dos questionários fez-se por um código, não existindo nenhuma referência a dados de identificação);
- Liberdade de deixar de participar em qualquer momento no estudo;
- Receber resposta a qualquer dúvida relativa aos instrumentos de avaliação, à intervenção ou outros aspetos relativos ao estudo.

Foi preocupação, ao longo de todo o processo de pesquisa-ação, a defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana, observando os valores universais de igualdade, liberdade, verdade, justiça, altruísmo, solidariedade e competência profissional, tendo ainda em conta as questões éticas que caracterizam a PaPS

(International Collaboration for Participatory Health Research, 2013b). Desta forma, na PaPS, a ética no agir vai desde a preparação e planeamento, implementação e pesquisa, até à partilha e aprendizagens da mesma. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética (UICISA:e 796/06-2021) (anexo II).

2.1.4. Procedimentos de recolha, tratamento e análise de dados

Utilizaram-se métodos mistos de recolha de informação em três pedreiras: observação participativa, análise documental, inquérito autopreenchido e entrevistas semi-estruturadas. O estudo envolveu três empresas, com um total de 202 trabalhadores: uma pequena empresa A (19 trabalhadores) e duas médias empresas (93 e 92 trabalhadores, empresa B e C, respetivamente). Aceitaram participar no estudo 102 (50,5%) trabalhadores.

Numa primeira fase, em 2019, solicitaram-se reuniões, às entidades patronais, com os seguintes objetivos:

- apresentar a ideia do estudo;
- perceber se existia interesse das empresas em aderir; e,
- recolher contributos para a elaboração do questionário que iríamos aplicar.

Sugeriu-se a presença de, pelo menos, um representante dos trabalhadores, mas estes só estiveram presentes na reunião de duas empresas. As principais ideias partilhadas nas reuniões foram:

- Escassez de mão de obra – foi-nos explicado que o trabalho na indústria da pedra é perçecionado pela população em geral como um trabalho de elevado risco (não apenas por ser um “trabalho pesado”, mas também pelas doenças que nos últimos anos, nesta região, têm vindo a caracterizar estes trabalhadores: silicose e tuberculose) e que, apesar de ser relativamente bem remunerado (com salários significativamente acima do salário mínimo) e de ser uma grande fonte de rendimento das famílias desta região, não é das principais opções de emprego. Começa a ser realidade destas empresas a vinda de trabalhadores oriundos de diversas regiões de África e Índia em busca de melhores condições de vida;
- Rotatividade dos trabalhadores – a escassez de mão de obra leva a que os trabalhadores procurem constantemente melhores salários e/ou melhores condições de trabalho. Foi relatado, em muitas situações, uma permanência muito curta dos trabalhadores na empresa que, muitas vezes, após “aprenderem

a trabalhar na área” /serem capacitados para este tipo de trabalho, mudam para outra entidade empregadora;

- Absentismo muito elevado – em diversos casos explicado por situação de doença infecciosa - no caso de tuberculose a ausência tem um período mínimo de seis meses, mas em muitos outros casos que a entidade patronal não tem noção do motivo.
- “Herança” de trabalhar na indústria da pedra – foi feita referência ao elevado número de trabalhadores que ingressaram neste setor devido ao fato de serem filhos ou familiares de trabalhadores que já atuavam na mesma indústria.

Foi dado um grande enfoque ao impacto negativo relativo ao facto de antigamente os filhos, por norma, acompanharem os pais (trabalhadores da indústria da pedra) para o local de trabalho, desde idades muito precoces, o que contribuiu para aprimorar o questionário de avaliação inicial da situação de saúde dos trabalhadores.

No final da visita solicitamos à empresa o preenchimento de um formulário online que caracterizava a empresa e os trabalhadores: nome codificado, idade, sexo, doenças conhecidas, dados de absentismo e de acidentes de trabalho.

Com uma interrupção devido à pandemia, no final de 2021, depois de combinar as datas em que nos iríamos dirigir às empresas, foi aplicado o questionário de avaliação inicial da situação de saúde dos trabalhadores no local de trabalho, tributário dos contributos recolhidos nas reuniões. Foram convidados a preencher o questionário todos os trabalhadores que aceitaram participar no estudo. A colheita de dados foi realizada por 3 enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Comunitária.

O instrumento de recolha de dados (anexo III) incluía uma entrevista semi-estruturada sobre história clínica e risco ocupacional e o inquérito de autopreenchimento e auto-monitorização “*Estilo de Vida Fantástico*” (Silva et al., 2014). Este questionário é composto por dez domínios: Família/amigos; Atividade física/Associativismo; Nutrição; Tabaco, Álcool/outras drogas; Sono e Stress; Trabalho/Tipo de personalidade; Introspeção; Comportamentos de saúde sexual e outros comportamentos (Silva et al., 2014). Para a determinação destes domínios o instrumento é composto por 30 questões de resposta fechada, classificadas numa escala likert, com a seguinte pontuação: 2, comportamento saudável; 1, comportamento a melhorar; 0, comportamento não saudável. A soma de todos os pontos resulta num score global compreendido entre 0 e 120 pontos, sendo possível a análise imediata do score, que se encontra classificado em cinco categorias: “Excelente” (103 a 120 pontos), “Muito bom” (85 a 102 pontos), “Bom” (73 a 84 pontos), “Regular” (47 a 72 pontos) e “Necessita melhorar” (0 a 46

pontos). Embora o somatório dos pontos seja indicativo do nível de Estilo de Vida, os focos de intervenção surgem com base nas menores pontuações obtidas em cada item, calculando a prevalência dos itens cotados com zero. Utilizamos, ainda, o EQ-5D-3L (Ferreira et al., 2013), instrumento genérico que permite medir a qualidade de vida relacionada com a saúde em cinco dimensões: mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão (Ferreira et al., 2013). Para completar a descrição do estado de saúde, o EQ-5D-3L faculta ainda uma escala visual analógica (Ferreira et al., 2013), onde era solicitado ao trabalhador que localizasse, naquele preciso momento, o seu próprio estado de saúde (sendo “0” o pior estado de saúde imaginável e “100” o melhor estado de saúde imaginável).

Para o tratamento e análise de dados, começámos por codificar todas as respostas dos questionários, construindo a base de dados que posteriormente foi utilizada no *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 22.0. Realizaram-se análises estatísticas descritiva e inferencial.

2.2. Resultados da fase PRECEDE

Realizou-se a fase diagnóstica PRECEDE (Lawrence W Green, Carlson Gielen, Ottoson, Peterson, & Kreuter, 2022) através de métodos mistos (Creswell, 2007) recorrendo à observação participativa, à análise documental, ao inquérito autopreenchido e a entrevistas semi-estruturadas. Cumpriram-se todos os pressupostos éticos obtendo o consentimento informado (anexo IV) livre e esclarecido das três empresas e de 102 trabalhadores da indústria extrativa e transformadora da pedra.

2.2.1. Avaliação social

Empresa A – empresa de transformação, com um total de 19 trabalhadores, referida pela entidade patronal alguma estabilidade dos trabalhadores na mesma, sendo que foi referido que tinham, no momento do início do estudo, mais um trabalhador do que há 5 meses.

Dados facultados pela entidade empregadora:

- Acidentes de trabalho: sem informação em 2016, dois acidentes em 2017, dois em 2018, dois em 2019 e um em 2020.

- Absentismo (não foram fornecidos dados dos gestores): sem dados em 2016 e 2017, uma média de 1,8 dias de falta/trabalhador (SD 2,5) em 2018, 2019 e 2020, com um mínimo de 0 e um máximo de 9 dias.

Nos últimos 5 anos a empresa referiu terem sido notificadas um total de 3 doenças profissionais e refere saber que 4 trabalhadores têm diagnóstico de silicose e um cumulativamente teve tuberculose.

A entidade patronal:

- percebe pouca preocupação por parte dos trabalhadores pela sua saúde e alguma pelo uso de equipamento de proteção individual;
- refere tentar envolver os trabalhadores nas tomadas de decisão apesar de poucas vezes existirem sugestões dos trabalhadores acerca de melhorias a implementar no local de trabalho.

Empresa B – empresa de extração e transformação, com um total de 95 trabalhadores. No período compreendido entre o envio da listagem e a aplicação do questionário (5 meses) saíram 11 trabalhadores, entraram 7.

Dados facultados pela entidade empregadora:

- acidentes de trabalho: onze em 2017, oito em 2018, cinco em 2019 e sete em 2020.
- Absentismo (não foram fornecidos dados dos gestores): entre 2016 e 2020, uma média de 8 dias de falta/trabalhador (SD 13,6), com um mínimo de 0 e um máximo de 63 dias.

Nos últimos 5 anos a empresa referiu terem sido notificadas um total de 4 doenças profissionais de trabalhadores da empresa e refere conhecer 22 trabalhadores com doenças crónicas, sendo referido que são sobretudo doenças respiratórias.

A entidade patronal:

- percebe alguma preocupação por parte dos trabalhadores pela sua saúde e alguma pelo uso de equipamento de proteção individual.
- Refere tentar envolver os trabalhadores nas suas tomadas de decisão apesar de poucas vezes existirem sugestões dos trabalhadores acerca de melhorias a implementar no local de trabalho.

Empresa C – empresa de extração e transformação, com um total de 89 trabalhadores.

Dados facultados pela entidade empregadora:

- acidentes de trabalho: nove em 2016, seis em 2017, quatro em 2018, seis em 2019, sete em 2020.

Absentismo (não foram fornecidos dados dos gestores): entre 2016 e 2020, registou-se uma média de $6,6 \pm 10$ dias de falta/trabalhador, com um mínimo de 0 e um máximo de 33 dias.

Nos últimos 5 anos a empresa referiu terem sido notificadas um total de 2 doenças profissionais de trabalhadores da empresa e refere não ter informações disponíveis acerca das doenças crónicas dos trabalhadores.

A entidade patronal:

- percebe alguma preocupação por parte dos trabalhadores pela sua saúde e alguma pelo uso de equipamento de proteção individual;
- Refere tentar envolver os trabalhadores nas suas tomadas de decisão apesar de poucas vezes existirem sugestões dos trabalhadores acerca de melhorias a implementar no local de trabalho.

Os participantes deste estudo são maioritariamente do sexo masculino (88%), com idades que variam entre os 18 e os 66 anos (média de 38,8 e SD 10,6). Participaram 19 na empresa A; 44 na empresa B e 39 na empresa C.

A Tabela 2 apresenta as características da amostra. Maioritariamente trabalhadores com baixa escolaridade, que residem em meio rural, cujas habitações têm fraca cobertura de água da rede pública e de saneamento e que trabalham na área geográfica da sua residência.

Tabela 2 - Avaliação social

Caraterísticas demográficas	%; Média (SD)
	Total (N=102)
Idade (anos)	38.78 (10.65)
Escolaridade	
Até ao 9º ano	63.4
Secundário ou mais	34.6
Trabalho	
Dentro da área de residência	81.6
Fora da área de residência	18.4
Residência	
Em meio urbano	25
Em meio rural	75

Tabela 2 - Avaliação social (continuação)

Caraterísticas demográficas	%; Média (SD)
	Total (N=102)
Condições habitacionais	
Com água da rede pública	58.3
Sem água da rede pública	41.7
Com saneamento	63
Sem saneamento	37
rendimento mensal do agregado familiar	
até 705 euros	9.7
entre 1410 e 2115 euros	76.7
2820 euros ou mais	13.6

A média de tempo de serviço na área da indústria da pedra é de 15,6 anos (máximo 46 e mínimo 1).

2.2.2. Avaliação epidemiológica

A Tabela 3 representa as patologias, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, CID-11, (World Health Organization, 2022) referidas no inquérito autopreenchido, sendo que têm elevada representatividade as doenças do sistema circulatório e do sistema respiratório. Dos 32 trabalhadores que referiram patologias, 25% referiu ter mais do que uma.

Tabela 3 – Patologias autorelatadas (CID-11)

Patologias	%
	Total (N=32)
Doenças do sistema circulatório	39
Doenças do sistema respiratório	22.2
Silicose	5.6
Doenças do sistema digestivo	13.9
Doenças do sistema músculo-esquelético ou do tecido conjuntivo	13.9
Doenças endócrinas, nutricionais ou metabólicas	11.1
Perturbações mentais, comportamentais ou de desenvolvimento neurológico	11.1
Doenças do sangue ou dos órgãos que formam o sangue	2.8
Neoplasmas	2.8
Doenças da pele	2.8
Doenças do ouvido ou do processo mastóide	2.8

Aplicando o EQ-5D-3L (Ferreira et al., 2013) verificou-se que entre as 5 dimensões, 42,0% refere dor/mal-estar e 34,3% ansiedade/depressão. A média da escala visual analógica para descrição do estado de saúde foi de $79,7 \pm 14,1$, para um total de 100.

Na entrevista, quando questionados se o progenitor que trabalhava na indústria da pedra teve diagnóstico de doença respiratória, 60% (28) respondeu afirmativamente. Destes, 100% acreditam que há relação entre a atividade laboral e a doença do progenitor.

2.2.3. Avaliação comportamental e ambiental

Na Tabela 4 verifica-se que, no inquérito autopreenchido sobre estilo de vida, 45% dos trabalhadores apresentam excesso de peso ou obesidade (World Health Organization, 2021) e que 23.5% (24) referem ter algum tipo de adição (tabaco), com consumos mínimo de 3 e máximo de 40 cigarros por dia.

Tabela 4 – Estilos de vida

Estilos de vida	%; Média (SD)
	Total (N=102)
IMC	25.4 (3.7)
Excesso de peso	31.3
Obesidade	13.7
Consumos aditivos	23.5
Tabaco	23.5
número médio de cigarros por dia	14
tentou mudar este comportamento	39.3

Na Tabela 5 relativa ao inquérito autopreenchido sobre estilo de vida (Silva et al., 2014), e utilizando como ponto de corte 10%, observa-se que os itens com mais baixa pontuação (maior percentagem na Tabela acima) e que, como tal, são focos de atenção de enfermagem, se inserem nos domínios Atividade física/Associativismo; Nutrição; Tabaco, Álcool/outras drogas; Sono e Stress; Trabalho/Tipo de personalidade; Introspeção; Comportamentos de saúde sexual e outros comportamentos (Silva et al., 2014).

Tabela 5 - Resultados do questionário estilo de vida fantástico

	Questão	%(0)A	%(0)B	%(0)C
f1	EVF1. Tenho alguém com quem falar sobre as coisas que são importantes para mim	0,0	4,4	2,6
f2	EVF2. Eu dou e recebo afeto	0,0	6,7	2,6
a1	EVF3. Sou membro de uma comunidade e/ou grupo de autoajuda (doentes crônicos, voluntários, religiosos, desportivos ou outros) e participo nas atividades	57,9	57,8	56,4
a2	EVF4. Sou vigorosamente ativo durante pelo menos 30 minutos por dia	10,5	24,4	20,5
a3	EVF5. Sou moderadamente ativo	10,5	35,8	20,5
n1	EVF6. Eu como uma dieta equilibrada	15,8	13,3	7,7
n2	EVF7. Como frequentemente em excesso: açúcar, sal, gordura animal, junk food, snacks	15,8	13,3	2,6
n3	EVF8. Excedi o meu peso ideal em...	21,1	22,2	25,6
t1	EVF9. Eu fumo cigarros	31,6	28,9	25,6
t2	EVF10. Eu fumo habitualmente ____ cigarros por dia	21,1	20,0	12,8
aa1	EVF11. O meu consumo semanal médio de álcool é	5,3	13,3	7,7
aa2	EVF12. Eu bebo mais de 6 bebidas alcoólicas (UBP) na mesma ocasião	0,0	4,4	5,1
aa3	EVF13. Conduzo veículos motorizados depois de beber bebidas alcoólicas	5,3	4,4	7,7
aa4	EVF14. Uso de substâncias psicoativas ilegais, tais como cannabis, cocaína, ecstasy ou "legal high" (especiarias, etc.)	5,3	4,4	5,1
aa5	EVF15. Uso excessivamente medicamentos que me são receitados ou que posso comprar livremente na farmácia	0,0	4,4	2,6
aa6	EVF16. Bebo café, chá, ou outras bebidas com cafeína	0,0	4,4	2,6
s1	EVF17. Durmo bem e sinto-me descansado	5,3	15,6	12,8
s2	EVF18. Sou capaz de lidar com o stress da minha vida quotidiana	5,3	8,9	2,6
s3	EVF19. Relaxo e desfruto dos meus tempos livres	5,3	13,3	12,8
tt1	EVF20. Sinto-me acelerado e/ou ocupado	21,1	15,6	12,8
tt2	EVF21. Sinto-me aborrecido e/ou agressivo	5,3	4,4	2,6
tt3	EV22. Estou satisfeito com o meu trabalho e atividades em geral	0,0	6,7	5,1
i1	EVF23. Sou uma pessoa otimista e positiva	5,3	11,1	5,1
i2	EVF24. Sinto-me tenso e/ou pressionado	0,0	8,9	5,1
i3	EVF25. Sinto-me triste e/ou deprimido	10,5	4,4	7,7
c1	EVF26. Realizo exames periódicos para avaliar o estado de saúde	10,5	15,6	10,3
c2	EVF27. Falo sobre questões de sexualidade com o meu parceiro e/ou família e/ou amigos	15,8	11,1	20,5
c3	EVF28. No meu comportamento sexual, preocupo-me com o bem-estar e proteção do meu parceiro	5,3	4,4	5,1
o1	EVF29. Como peão e passageiro, cumprio as medidas de segurança pessoal e rodoviária e/ou de segurança	5,3	4,4	7,7
o2	EVF30. Como condutor de carro, bicicleta/motorizada respeito as regras de trânsito, incluindo a não utilização de telemóveis	5,3	13,3	2,6

Avaliando os estilos de vida relacionados com a saúde, numa escala de 0 a 10, sendo 10 o nível mais elevado, a média foi de $7,2 \pm 1,7$.

A Tabela 6 mostra que após a pandemia os trabalhadores aumentaram a utilização do equipamento de proteção individual (máscara).

Tabela 6 – Comportamento relacionado com uso de máscara

Comportamento	%		
	Total (N=67)		
	Sim	Às vezes	Não
Uso da máscara durante o trabalho			
Antes da pandemia	60.3	23.5	7.4
Depois da pandemia	82.4	7.4	4.4

Dois trabalhadores não responderam à questão acima. A análise das Tabelas 6 e 7 evidenciam acentuado comportamento de não adesão às medidas de proteção, pois o ideal seria uso a 100% de máscara, botas/sapatos, proteção de som para os ouvidos e óculos/viseira. Dos 67 trabalhadores (excluíram-se os gestores) 89,3% referem que, aquando da admissão, lhes foi explicada a importância do uso da máscara e 84,5% a forma correta do seu uso.

Tabela 7 - Material de proteção individual considerado mais importante

Material de proteção individual	%
	Total (N=100)
Máscara	61.2
Botas/Sapatos	59.2
Proteção auricular	53.4
Luvas	57.3
Óculos/viseira	23.3
Capacete	9.7
Colete	2.9
Roupa de pele	1

Questionados acerca da sensação no final de um dia de trabalho, o cansaço é a resposta mais referida (78,4%), seguido por cefaleia (17,6%), sentir-se nervoso (16,7%), com as “narinas entupidas/catarro” (15,7%).

Da observação das condições ambientais verifica-se: elevada quantidade de pó, o que evidencia baixa qualidade do ar; ruído ambiental das máquinas de corte e transformação da pedra e da circulação de camiões dentro das pedreiras; trabalho no exterior, estando as pessoas sujeitas às condições de temperatura e humidade adversas. Nem sempre os trabalhadores tinham os devidos cuidados de proteção.

2.2.4. Avaliação educacional e organizacional

Foram colocadas diversas questões relativamente à perceção do trabalhador sobre si e sobre a empresa (Tabela 8): acerca da saúde e segurança no trabalho, 96% dos trabalhadores entendem-na como uma mais-valia para o próprio e 99% como uma mais-valia para a empresa;

Tabela 8 - Perceção do trabalhador

Questão	%		
	Total (N=102)		
	Sempre/Muitas vezes	Às vezes	Poucas vezes/Nunca
Está preocupado com a sua saúde?	87.4	10.7	0
Está preocupado com o uso de equipamentos de proteção individual?	87.4	7.8	4.8
Tem consciência dos riscos a que está exposto nesta profissão?	91.3	5.9	2.8
A empresa tem conhecimento de todos os acidentes de trabalho que ocorrem?	89.3	6.9	3.8
É fácil aceder aos cuidados de saúde (marcar consultas médicas/ir a consultas)?	67.9	15.7	16.4

Questionados sobre a perceção do esforço corporal face ao trabalho desempenhado, 53,4% respondem afirmativamente. Como alternativas para contornar este esforço, 14% dos trabalhadores referem uso de recursos materiais (máquinas), seguidos de 2% que referem diminuir o tamanho da matéria-prima, 1% de respostas refere mais recursos humanos e a mesma percentagem sugere a necessidade de organização do espaço. No entanto, apesar das respostas da perceção do esforço, 35,9% não sabe especificar nenhuma alternativa.

Quando questionados acerca da percepção que têm, relativamente à preocupação da empresa com a saúde dos seus trabalhadores, 92% respondeu sentir essa preocupação.

Acerca da frequência das consultas nos serviços de saúde higiene e segurança no trabalho, conforme a Tabela 9, percebe-se que há lacunas nas consultas e houve 4.8% que não respondeu.

Tabela 9 - Frequência das consultas nos serviços de saúde higiene e segurança no trabalho

Frequência das consultas	%
	Total (N=100)
Aquando da admissão	13.6
Anual	76.7
Nunca realizou	4.9

Acerca da periodicidade das formações dos serviços de HSST, 51,5% referiram frequentar anualmente, 14,6% de 2 em 2 anos, 11,7% nunca frequentou, 8,7% apenas na admissão, 2,9% semestralmente e 10,7% não respondeu. Excluindo os que nunca frequentaram e os que não responderam, 80% dos inquiridos referem que as formações vão ao encontro das suas necessidades, 17,5% referem que tal não acontece e 2,5% não responderam.

Quando questionados se frequentam as formações ministradas pelos serviços de higiene e segurança, 59,2% respondeu “sempre/muitas vezes” seguidos por 9,7% que responderam “algumas vezes” e 31,1% respondeu “poucas vezes/nunca”.

Questionados acerca de temas que gostariam de ver abordados nas formações realizadas pelo SSHST, primeiros socorros foi a formação mais referida (28,2%), seguida por técnicas de segurança no trabalho (11,7%) e manuseamento de novos materiais e aperfeiçoamento de técnicas (7,8%) e ainda formação sobre manuseamento de máquinas (4,9%). Não responderam 60,2% dos trabalhadores.

Questionados acerca do seu envolvimento na tomada de decisão da empresa, 34% responderam sentir-se envolvidos “algumas vezes” e 47,6% respondeu “poucas vezes/nunca”.

Constatou-se que 61,2% dos 67 trabalhadores referem que na família houve/há familiares a trabalhar na indústria da pedra, sendo 76,2% pai ou mãe.

Quando o vínculo familiar eram os progenitores, 67,7% dos trabalhadores referem que na infância/juventude os acompanhavam ou permaneciam na pedreira com ele(s). A média de idade com que referiam acompanhar o progenitor foi de $11,6 \pm 4,5$ anos (mínimo 5 anos; máximo 22 anos).

Quando questionados acerca da motivação da empresa na organização de atividades extra ocupacionais para os trabalhadores, foi referido: jantar de Natal (33%), dia das merendas (5,8%), aniversário da empresa (1,9%).

2.2.5. Avaliação política e administrativa

Na visita às instalações foi reportado, e observou-se, que as empresas não têm capacidade de zelar pelo cumprimento integral da legislação, sobretudo quanto a medidas de proteção individual, assim como do uso de álcool durante o horário de trabalho.

Tentando perceber se os trabalhadores sugerem, à empresa, medidas de melhoria da saúde e segurança, só 32% respondeu afirmativamente. Alguns trabalhadores referem terem sugerido mais do que uma medida, sendo as sugestões relativas a: 45,5% condições de trabalho, 18,2% meios e materiais, 15,2% meios de proteção (equipamento de proteção individual (EPI)). Dos 102 respondentes, 30% não respondeu ou referiu não se recordar.

Na questão “Se fosse patrão, o que mudava?”, 62% dos trabalhadores não quiseram responder. Dos trabalhadores que responderam, as mudanças mais sugeridas referem-se a: remuneração (11,7%), condições de salubridade (9,7%), condições dos materiais de trabalho (7,8%), recursos humanos/organização das tarefas, (6,8%). Quando questionados se, quando sugeriram mudanças, as mesmas eram implementadas, 79% respondeu que as mesmas efetivamente aconteceram.

Quando questionados se gostariam que a empresa constituísse uma Comissão de representantes dos trabalhadores 57% responderam afirmativamente a esta questão e 5% não responderam.

Estando a utilizar a PaPS (trabalho desenvolvido com a população alvo e não para a população alvo), e com o objetivo de minimizar a subjetividade, foi solicitado o contributo das empresas envolvidas no estudo para a definição de prioridades (anexo V).

2.3. Reflexão sobre focos de intervenção de enfermagem comunitária

Dos dados recolhidos por métodos mistos junto de 102 trabalhadores de 3 empresas da indústria da pedra, verifica-se uma elevada percentagem de trabalhadores com escolaridade até ao 9º ano (63,4%). Sabendo-se que, *“à medida que o nível de escolaridade aumenta os níveis de literacia em saúde tendem a ser superiores”* (Pedro, Amaral, & Escoval, 2016, p. 269) e tendo por base o facto de que *“os recursos naturais são extraídos a um alto custo para o meio ambiente e a saúde humana”* (Ayaz, Jehan, Nakonieczny, Mentel, & Zaman, 2022, p. 1), encontramos nos resultados dos nossos questionários várias situações de risco que são foco de intervenção de enfermagem do trabalho: ambiente de trabalho muito poluído e défice na adesão a medidas de proteção individual e coletiva de prevenção e redução de danos.

O Relatório *“A Saúde da Nação 1990-2016”* (Direção-Geral da Saúde & Institute for Health Metrics and Evaluation, 2018) refere que os fatores de risco são causas potencialmente modificáveis de perda de saúde. Os principais fatores de risco para a mortalidade prematura em Portugal, em 2016, foram o consumo de álcool e drogas (fundamentalmente à custa do consumo de álcool), a dieta inadequada, a pressão arterial elevada, o consumo de tabaco e o índice de massa corporal elevado, que engloba a pré-obesidade e a obesidade” (Direção-Geral da Saúde & Institute for Health Metrics and Evaluation, 2018), o que corrobora os nossos dados. Neste estudo identificou-se o consumo de substâncias, nomeadamente relato de tabagismo e consumo de álcool (reportado pelas entidades empregadoras, não relatado pelos trabalhadores). Note-se que o alcoolismo é referenciado como um dos graves problemas identificados nesta população (Sousa et al., 2023). Estes problemas de saúde, associados às doenças do sistema respiratório (22,2%), das quais 5,6% são silicoses, torna a situação mais preocupante. A silicose é provavelmente a doença profissional mais antiga, e tem sido tradicionalmente relacionada com o trabalho mineiro ou de pedreiras (Glenview, 2020; Sousa et al., 2019). Glenview (2020) refere de ser possível reduzir esta incidência reduzindo as atividades mineiras e implementando melhores medidas de proteção dos trabalhadores e de controlo de poeiras.

Também o desequilíbrio energético e as doenças crónicas relatadas vão ao encontro das preocupações encontradas na literatura, já que 32% das mortes em todo o mundo foram relacionadas a doenças cardiovasculares (Cohen Rodrigues et al., 2022) e em 2019 41 % dos portugueses com idade igual ou superior a 16 anos comunicaram sofrer de pelo menos uma doença crónica, uma proporção superior à da União Europeia (36 %) (OCDE/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, 2021). Há evidências publicadas na Biblioteca Cochrane que referem que parar de fumar por, pelo

menos, 6 semanas pode melhorar o bem-estar mental, reduzindo a ansiedade, a depressão e o stresse. (Taylor GMJ et al., 2021). Contudo, foi possível observar que as empresas permitem o consumo de tabaco e álcool durante o tempo de trabalho e não têm capacidade de fiscalizar as situações de risco para a segurança dos trabalhadores. A não motivação para estilos de vida saudável e uso de EPI, assentes na importância que necessita de ser dada à promoção da saúde, pode estar relacionada com falsas crenças/atitude assim como não percepção da vulnerabilidade.

Denota-se também pouca confiança nos serviços de saúde e segurança, pois, há evidência de disponibilidade moderada e fraca dos serviços de prevenção e redução de danos, mas razoável acessibilidade aos serviços de saúde. Contudo, o não envolvimento da empresa para garantir saúde e segurança, manifesta-se no incumprimento da legislação de proteção. Evidências mostram que uma grande proporção da carga de doenças cardiovasculares pode ser explicada por fatores comportamentais, como baixa atividade física, dieta pouco saudável e tabagismo” (Tokgozoglu, Hekimsoy, Costabile, Calabrese, & Riccardi, 2020).

Aquando da aplicação do questionário Fantástico (Silva et al., 2014), os três problemas prioritários de intervenção identificados vão ao encontro dos mais recentes dados nacionais: atividade, nutrição e tabaco.

“Cerca de um terço (30 %) de todas as mortes registadas em Portugal em 2019 podem ser atribuídas a fatores de risco comportamentais, nomeadamente ao tabagismo, aos riscos alimentares, ao consumo de álcool e ao baixo nível de exercício físico” (OCDE/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, 2021, p. 7).

Este estudo também permitiu perceber a existência de uma cultura que perpetua o trabalho de pedreiro no seio familiar, desde idades precoces, o que potencia o aumento de riscos. Segundo o último relatório da Administração Regional de Saúde do Norte (ARS Norte), que já data de 2005,

“verificou-se que as doenças profissionais tiveram uma distribuição diferente de acordo com os grupos etários, havendo uma maior proporção de doenças do aparelho respiratório nos trabalhadores com idade superior a 44 anos – o que estará associado à necessidade de um maior tempo de exposição para desenvolvimento de doença –, enquanto nos mais jovens foram as doenças por agentes biológicos que apresentaram uma maior proporção”. (Correia et al., 2005, p. 124)

Estas respostas revelam-se bastantes preocupantes, uma vez que:

“(...) As atividades com maior número de registos de doença profissional foram as de indústrias extrativas e da construção. (...) Das doenças do aparelho respiratório declaradas, 85% correspondiam a silicose e 13% tinham o diagnóstico de asma ocupacional” (Correia et al., 2005, p. 123).

O mesmo relatório refere:

“A elevada proporção de casos de silicose declarados poderá corresponder a uma falta de adoção de medidas preventivas nos locais de trabalho silicogénicos ou a uma maior notificação por parte dos médicos como resultado de uma maior tradição na associação desta patologia a atividades profissionais.” (Correia et al., 2005, p. 122).

Estes dados tornam-se tanto mais inquietantes pela verificação de que, em 2020 existiram apenas 16 ações de promoção da saúde, a nível nacional, dirigidas à indústria extrativa e 2176 dirigidas à indústria transformadora (Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP) & Ministério do Trabalho, 2022).

Da análise realizada, percebemos a necessidade de intervenção sobre fatores de risco comportamentais que se relacionam com a doença crónica (atividade física, nutrição, consumo de tabaco, transtornos emocionais) e a adesão a medidas de proteção e segurança no trabalho. São fatores que contribuem para os problemas de saúde e para a mortalidade, sabendo que a carga de doença causada é considerável. A análise dos fatores predisponentes, facilitadores e de reforço (Green et al., 2022) permitiu a identificação da intensidade de cada fator, assim como a compreensão da complexa interação entre os diferentes fatores. A categorização nesta perspetiva tridimensional permite organizar as intervenções de tendo como base o facto as decisões das pessoas, ainda que racionais, podem não ser as que melhor respondem às suas necessidades ou que melhor garantem a sua saúde.

Conhecer os determinantes das decisões individuais fornece aos decisores políticos uma base de conhecimento fundamentado que lhes permita decidir e definir políticas que melhor se adequam ao grupo populacional em causa (Tavares & Ferreira, 2022). A apresentação destes dados aos trabalhadores e aos gestores permitiu o processo de co-criação de estratégias de promoção da saúde do trabalhador, ou seja, desenhar intervenções que pressupõem utilizar o poder individual e coletivo através de:

- 1- Comunicação direta com a população alvo para agir sobre os fatores predisponentes;
- 2 - Reorganização dos serviços de saúde e apoio social, advocacia em saúde para reforço do cumprimento da legislação e treino de competências para agir sobre os

fatores facilitadores; 3 - Comunicação indireta com as redes de referência da população alvo (família, pares, líderes comunitários e outros) para agir sobre os fatores de reforço.

2.3.1. Focos de intervenção de Enfermagem do trabalho

Dos dados anteriormente apresentados, e seguindo o modelo PRECEDE-PROCEED (Green et al., 2022) identificaram-se como alvo e focos de intervenção de enfermagem as seguintes situações:

- Empresa: ambiente de trabalho exterior muito poluído e, por vezes, com clima adverso. (Não modificável).
- Trabalhadores
 - viver doença crónica (35%), dor (42%) e mal-estar psicológico (34,3%);
 - tabagismo (23,5%) e apenas 39,3% tem motivação para cessação tabágica;
 - 31,3% apresentam excesso de peso e 13,7% obesidade;
 - défice no uso de EPI, nomeadamente máscara (38,8%), botas/sapatos (40,8%), proteção de som para os ouvidos (46,6%), óculos/viseira (76,7%);
 - défice de conhecimento sobre vantagens do uso de EPI, que se agrava se analisarmos a existência de 10,7% de trabalhadores que não se preocupa com a sua saúde;
 - défice de conhecimento sobre ergonomia (35,9%);
 - défice de confiança no acesso aos cuidados de saúde, 4,9% refere nunca ter tido consulta de saúde ocupacional e 32,1% refere pouca facilidade de acesso;
- Gestores:
 - défice de participação na tomada de decisão sobre saúde no trabalho (47,6%).

O questionário EVF (Silva et al., 2014) e as questões sobre uso de equipamento de proteção individual - máscara, permitiram calcular a prevalência dos problemas por empresa e apoiar a tomada de decisão acerca do tipo de intervenção a realizar.

Analizou-se a prevalência de comportamentos não saudáveis, ou seja, aqueles assinalados com “0” e com prevalência superior a 10% (Tabela 5). Verifica-se que em todas as empresas os focos de intervenção de enfermagem ocupacional são: “Atividade

e Associativismo”, “Nutrição”, “Tabaco”, “Saúde Mental” (Silva et al., 2014) e o não uso de equipamento de proteção individual.

Na empresa “B” destaca-se o “Álcool e outras substâncias” (Silva et al., 2014), a “Introspeção” e os comportamentos na estrada. Os dados corroboram os focos de intervenção já identificados, confirmando que serão necessárias estratégias de promoção da saúde (capacitação, reorganização dos serviços de saúde e advocacia em saúde) e que estas atividades devem ser co-criadas com os trabalhadores.

A figura abaixo (Figura 1) reporta a análise dos fatores segundo o modelo PRECEDE-PROCEED (Green et al., 2022).

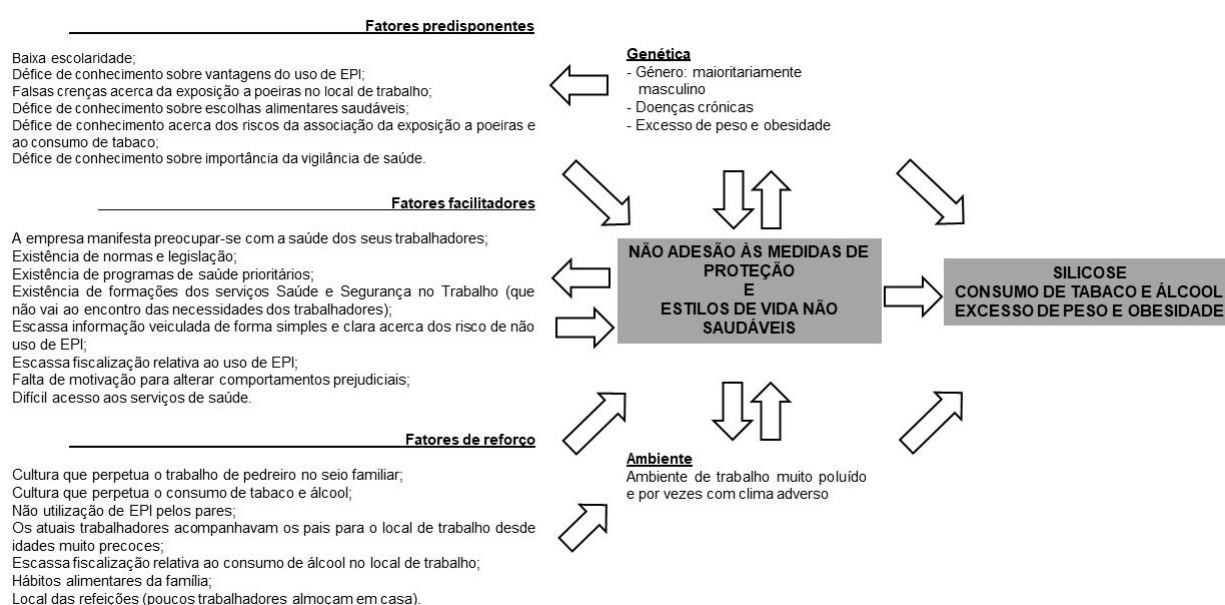


Figura 1 – Análise dos fatores segundo o Modelo PRECEDE-PROCEED (Green et al., 2022)

2.3.2. Determinação de prioridades

Após a identificação dos problemas (Tabela 10), surge a etapa do planeamento onde se determinam as prioridades de intervenção, sendo estas identificadas, com recurso a peritos, segundo uma ordenação dos problemas mais para os menos prioritários.

Tabela 10 - Identificação dos problemas

Área	Problemas
Gestores	Déficit de conhecimento SSHST e utilização EPI déficit de participação na tomada de decisão sobre saúde no trabalho (47,6%)

Tabela 10 - Identificação dos problemas (continuação)

Área	Problemas
Trabalhadores	Patologia
	- doença crónica (35%) - dor (42%) - mal-estar psicológico (34,3%) 31,3% apresentam excesso de peso e 13,7% obesidade
	10,7% de trabalhadores que não se preocupa com a sua saúde
	Consumos
	- tabagismo e apenas 39,3% tem motivação para cessação tabágica - Alcoolismo - porque bebem no trabalho
	Défice de conhecimento SSHST e utilização EPI
	- défice de conhecimento sobre vantagens do uso de EPI - défice no uso de EPI, nomeadamente máscara (38,8%), botas/sapatos (40,8%), proteção de som para os ouvidos (46,6%), óculos/viseira (76,7%) 4,9% refere nunca ter tido consulta de saúde ocupacional - défice de conhecimento sobre ergonomia (35,9%)
	Acesso aos serviços de saúde
	32,1% refere pouca facilidade de acesso
	défice de confiança sobre acesso aos cuidados de saúde

Com a impossibilidade de apresentação destes resultados a todos os trabalhadores que integram este estudo, em simultâneo, iniciamos a apresentação aos gestores.

Para a priorização de problemas, de acordo com o Método de Hanlon (Choi et al., 2019), numa fase inicial, foram então convidados a integrar o painel de peritos (Choi et al., 2019) os gestores das três empresas envolvidas no estudo (que se mostraram disponíveis), num total de 14. Os problemas apresentados, conforme o diagnóstico realizado foram, na área dos trabalhadores: 1 – patologia, 2 – consumos, 3 - défice de conhecimento SSHST e utilização EPI, 4 - acesso aos serviços de saúde; na área dos gestores: 5 - Défice de conhecimento SSHST e utilização EPI.

Perceciona-se, conforme a Tabela 11, que os gestores atribuíram a maior prioridade de intervenção ao problema “défice de conhecimento SSHST e utilização EPI”, seguidos pelos “consumos”, “patologia”, “défice de conhecimento SSHST e utilização EPI” e por último “acesso aos serviços de saúde”. Estes dados revelam a urgente necessidade de conscientização dos trabalhadores sobre SSHST.

Após os contributos dos gestores para a determinação das prioridades de intervenção, realizamos a apresentação da identificação dos problemas aos trabalhadores.

Tabela 11 - Valor de prioridades atribuídos por cada um dos peritos a cada um dos problemas, de acordo com o Método de Hanlon

Perito	Problema				
	1	2	3	4	5
1	13 (6+7)*1*1	8 (8+8)*0,5*1	15 (5+5)*1,5*1	12 (3+5)*1,5*1	15 (5+5)*1,5*1
2	16,2 (10+8)*0,9*1	7,5 (6+9)*0,5*1	24,7 (9+10)*1,3*1	9,8 (8+6)*0,7*1	14 (7+7)*1*1
3	9 (9+9)*0,5*1	10 (5+5)*1*1	30 (10+10)*1,5*1	9,1 (3+4)*1,3*1	3,6 (1+3)*0,9*1
4	8 (7+9)*0,5*1	5 (2+8)*0,5*1	9 (1+8)*1*1	0 (6+6)*1*0	7,5 (2+3)*1,5*1
5	16 (8+8)*1*1	10 (4+6)*1*1	7,5 (0+5)*1,5*1	4,5 (1+2)*1,5*1	4,5 (0+3)*1,5*1
6	13,5 (4+5)*1,5*1	0 (0+0)*0,5*0	7,5 (8+7)*0,5*1	0 (8+5)*1,5*0	0 (0+0)*0,5*0
7	0 (9+10)*0,5*0	27 (10+8)*1,5*1	22,5 (8+7)*1,5*1	0 (3+9)*0,5*0	25,5 (7+10)*1,5*1
8	9 (4+5)*1*1	10 (5+5)*1*1	13,8 (6+5)*1,25*1	10,5 (2+5)*1,5*1	8 (3+5)*1*1
9	8 (10+6)*0,5*1	15 (10+5)*1*1	4 (0+8)*0,5*1	12 (7+5)*1*1	12 (8+4)*1*1
10	6 (5+7)*0,5*1	8 (4+4)*1*1	6 (5+7)*0,5*1	5 (1+4)*1*1	7 (2+5)*1*1
11	6,6 (5+6)*0,6*1	10 (5+5)*1*1	8,4 (6+8)*0,6*1	6 (2+4)*1*1	9 (3+6)*1*1
12	7,8 (6+7)*0,6*1	14,3 (7+6)*1,1*1	10,5 (6+9)*0,7*1	6 (2+4)*1*1	5 (4+6)*0,5*1
13	8,4 (5+7)*0,7*1	12 (6+6)*1*1	9 (6+9)*0,6*1	6 (2+4)*1*1	10 (4+6)*1*1
14	9 (9+9)*0,5*1	0 (8+8)*0,5*0	0 (6+6)*1,5*0	0 (2+2)*1,5*0	0 (3+3)*1,5*0
Média	9,3	9,8	12,0	5,8	8,7
Prioridades	3º	2º	1º	5º	4º

No sentido de ir ao encontro das características da população-alvo, para realização da priorização dos problemas, dirigida aos trabalhadores, foi realizada uma roda de conversa (Méllo, Silva, Lima, & Di Paolo, 2007) na empresa A, e um *World Cafe*

(Recchia, Dodaro, De Marco, & Zizza, 2022) na empresa B. A empresa C referiu que os trabalhadores não teriam disponibilidade para participar nesta fase do estudo, pelo que o abandonou.

Quer na ronda de conversa, na empresa A, quer no *World Cafe* na empresa B, foi pedido aos trabalhadores para refletirem acerca dos problemas. Estes deram especial enfoque: ao acesso aos serviços de saúde, patologia e consumos, referindo, no entanto, que estão todos ligados e que não se podem dissociar. Relativamente ao défice de conhecimento SSHST e utilização EPI, referem que “*é uma questão de mentalidade*” e que “*os mais novos têm muito cuidado*”. Na questão do défice de participação na tomada de decisão sobre saúde no trabalho, os trabalhadores desvalorizaram completamente, o que parece sugerir alguma abertura pelas entidades patronais.

Com as prioridades de intervenção definidas, e após todos os envolvidos no estudo serem convidados a fazê-lo, iniciava-se agora uma nova fase, a co-criação de um programa de promoção da saúde.

2.4. Co-CRIAÇÃO de um programa de promoção da saúde COM trabalhadores da indústria da pedra

Com o objetivo de co-criar um programa de promoção da saúde para trabalhadores da indústria da pedra, após ter sido realizada uma abordagem exploratória e descritiva (iniciada com uma caracterização, análise e compreensão do contexto laboral), recolheram-se os contributos dos trabalhadores, no seu local de trabalho. Na empresa A recorreu-se a uma roda de conversa (Méllo et al., 2007) (Imagem 3) e, na empresa B, recorreu-se a um *World Cafe* (Recchia et al., 2022) (Imagem 4), de modo a determinar as estratégias de intervenção e propostas de resolução de problemas (Tabela 12), dando, assim, a primazia a abordagens de cariz participativo, nas duas empresas que se mostraram disponíveis e interessadas em continuar no estudo. Kim et al., 2022, p. 10) consideram que,

“A educação em grupo, incluindo atividades e discussões em grupo, é útil para partilhar experiências, encorajar outras pessoas e aumentar as interações entre as pessoas. O método de educação em grupo seria, em teoria, uma maneira eficaz de melhorar a compreensão mútua através da discussão.” (Kim et al., 2022, p xx)

O PRECEDE-PROCEED (Green et al., 2022), com a abordagem sistemática cria evidências num processo participativo e por isso Kim et al. (2022), afirmam que é uma estrutura-chave para a co-criação de programas de promoção da saúde.



Imagem 3 - Roda de conversa empresa A



Imagem 4 – World Cafe empresa B

A primeira sessão da empresa A ocorreu em período laboral, a segunda sessão fora do período laboral, e a entidade patronal não mostrou disponibilidade para terminar a aplicação do programa, pelo que o abandonou (uma vez que era a entidade patronal que assegurava o transporte coletivo dos trabalhadores para o local de trabalho, estes ficaram impedidos de continuar a participar). Todas as sessões da empresa B ocorreram fora do horário de trabalho dos trabalhadores.

Tabela 12 - Propostas para a elaboração do Programa

Propostas de resolução		
Problema	Empresa A	Empresa B
Patologia	Sensibilização <i>“ensinos desde criança”</i>	Sensibilização <i>“Ações de sensibilização efeitos das doenças”</i> <i>“Ninguém pode fazer nada quanto às pessoas que não se preocupam com a saúde”</i>
Consumos	Sensibilização e capacidade de atuação <i>“quando o patrão deteta ter fácil acesso aos testes”</i> <i>“Mostrar como ficam os pulmões”</i>	Sensibilização e capacidade de atuação <i>“Alcoolímetro à entrada do trabalho”</i> <i>“Perceber consequências do uso do tabaco”</i>
Acesso aos serviços	Melhorar acessibilidade <i>“Médicos dedicados”</i> <i>“Horário alargado dos serviços”</i>	Melhorar acessibilidade <i>“Contratar mais médicos e ajudá-los na fixação”</i>
Défice de conhecimento SSHST e utilização EPI	Sensibilização <i>“Vídeos a mostrar o mal”</i> <i>“É uma questão de mentalidade”</i>	Sensibilização <i>“Era importante as pessoas verem pessoa doentes para perceberem o que custa”</i> <i>“Mais sensibilização: mostrar mais causas do não uso de máscara”</i> <i>“É uma questão de mentalidade”</i>

Com base nos contributos dos trabalhadores, construiu-se o esboço do programa (figura 2), com a duração de cinco semanas, com intervenções presenciais, realizadas por uma enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, com o qual se pretendeu que os trabalhadores fossem capazes de:

- Compreender a gravidade e vulnerabilidade em que se encontram, caso não utilizem EPI;
- Reconhecer a sua vulnerabilidade acrescida, caso não adotem estilos de vida saudável.

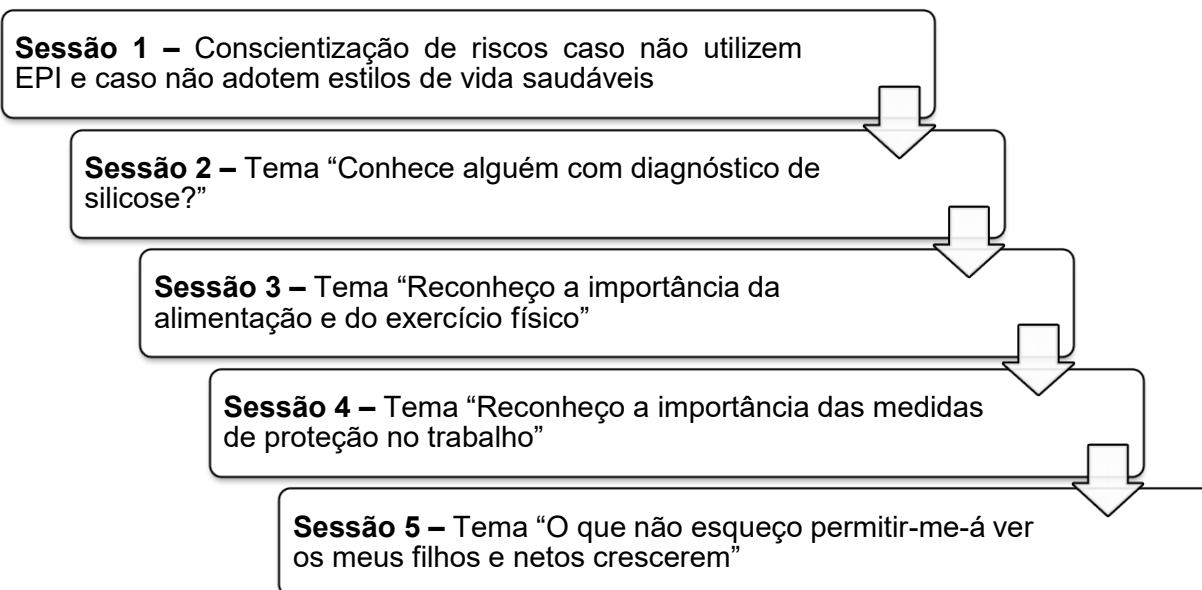


Figura 2 – Programa de promoção da saúde para trabalhadores da indústria da pedra

A implementação do programa teve por base todo o conhecimento que fomos contruindo no trabalho contínuo com a população-alvo, sabendo que a aprendizagem da mesma seria o reflexo das expectativas e das suas experiências de vida, ajustando os conteúdos e ajustando-nos aos conteúdos que estes trabalhadores estariam dispostos a apreender e aprender, enquanto úteis para as suas vidas, nos termos propostos por Campinha-Bacote (2002).

“Aplicar o Modelo de Processo de Competência Cultural de Campinha-Bacote usando o mnemônico ASKED (consciência, habilidades, conhecimento, encontros e desejo) envolve a incorporação de avaliações culturalmente apropriadas e a disseminação de informações de saúde em níveis mais baixos de alfabetização e é necessário para que os enfermeiros prestem cuidados a minorias étnicas e diversas populações. (...)” (Ingram, 2012, p. 697).

Com base nas sugestões dos trabalhadores, nomeadamente relativas às questões da “sensibilização”, recorremos a imagens simples e claras acerca dos temas (Imagem 5 e 6), que disponibilizamos para que as mesmas constituíssem mais um recurso para as empresas. Na temática dos estilos de vida saudável contamos com a parceria do Serviço de Alimentação e Nutrição da Santa da Misericórdia de Marco de Canaveses. Como referem alguns autores,

“A distribuição de materiais é um método educacional adequado para transmitir o conhecimento a toda a população simultaneamente. Por meio

de folhetos, cartilhas e cartazes, é possível entregar a visão geral ou o conteúdo principal de uma mensagem ao público-alvo e, por ser resumida em imagens e não em textos, mesmo aqueles que não conseguem ler o texto podem entendê-lo. Assim, folhetos e cartazes são materiais de referência úteis.” (Kim et al., 2022, p. 10)

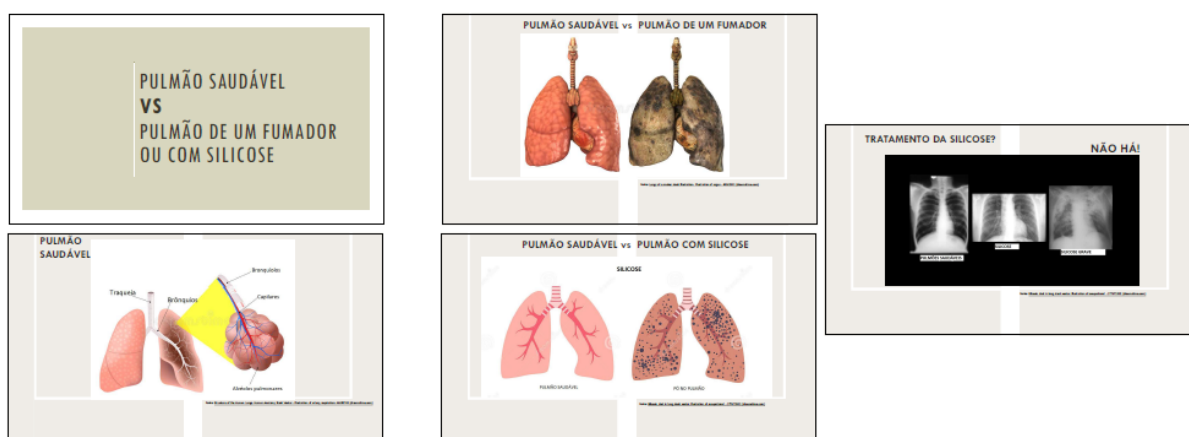


Imagem 5 - Sensibilização com recurso a imagens – Tema: pulmão



Imagem 6 - Sensibilização com recurso a imagens – Tema: alimentação

2.4.1. Avaliação do programa de promoção da saúde para trabalhadores da indústria da pedra

Devido à restrição temporal deste programa de promoção da saúde, não nos foi viável proceder a uma avaliação a longo prazo dos resultados obtidos pelo que propomos que a mesma aconteça um ano após a implementação do mesmo. Aquando

do desenho do programa, estruturaram-se estratégias de avaliação do processo, tais como:

- Adesão e satisfação dos participantes – os participantes demonstraram elevado envolvimento ao longo do processo. O facto de, aquando da implementação do programa nos darem do seu tempo pessoal demonstrou o seu elevado nível de envolvimento.
- Adequação das dinâmicas – as dinâmicas foram realizadas no local de trabalho da amostra e a sua construção teve a co-construção da mesma. A adesão dos trabalhadores em muito se deveu a este facto.
- Estabelecimento de parcerias comunitárias– as propostas co-criadas para o programa de promoção da saúde levaram à criação de parcerias – serviço de nutrição da Santa Casa da Misericórdia de Marco de Canaveses e acesso à consulta de nutrição dos SHSST.

Esta avaliação permite conhecer os efeitos da intervenção, através das contribuições dos trabalhadores, do seu envolvimento nas atividades implementadas, bem como da sua participação.

Quando questionados, após a visualização das imagens, os trabalhadores mostraram-se muito envolvidos, com respostas impactantes no final das sessões (Tabela 13).

Tabela 13 – Respostas obtidas após as sessões 1,2 e 3

Questões	Respostas
O que foi importante?	<i>“Falar de tabaco marca-me”;</i> <i>“Importante é não fumar”;</i> <i>“Ainda ontem vi uma imagem assim...”</i> <i>“Olhar para o que pode acontecer”</i> <i>“Uma coisa é falar, outra é ver em imagens... não fazia ideia”</i> <i>“Isto é novidade para mim”</i> <i>“Não fazia ideia disto”</i>
Para que serviu?	<i>“Água mole em pedra dura tanto bate até que fura”</i> <i>“Dá que pensar”</i> <i>“Assusta”</i>
O que não foi bom?	<i>“É melhor não ver isto”</i> <i>“Assusta”</i>
Comprometo-me a...	<i>“Pensar”</i> <i>“Fumar menos”</i> <i>“Ver se ele fuma menos”</i>

Questões	Respostas
O que foi fraco?	<i>“Eu fumo... dá que pensar”</i>
Costuma ter alguma atividade após o trabalho?	<i>“Jogo à bola com o meu filho”</i> <i>“Caminho”</i> <i>“Faço jardinagem”</i> <i>“Brinco com o meu filho”</i> <i>“Brinco muito com a minha filha... ela tem uma energia...”</i> <i>“Tenho muito terreno e trabalho. Ando com a roçadora”</i> <i>“Faço todos os fins de semana 11 km a correr, em cada dia”</i>

[illegible]

Na última sessão (sessão 5) foi colocada a questão “O que é que eu faço por mim e para mim, relativamente à minha saúde, que me vai permitir ver os meus filhos e netos crescerem?”. As respostas que mais surgiram foram: “protejo-me tendo cuidado

Além do mais

Costo de mais
Saúde

Faço
g.c.p. 10

Relacionando
do mundo se não
for, não vai ser
a vida nem mais

O QUE É QUE EU FAÇO POR MIM E PARA MIM,
RELATIVAMENTE À MINHA SAÚDE, QUE ME VAI
PERMITIR VER OS MEUS FILHOS E NETOS CRESCEREM?

USO
SEMPRE
MASCARINHA

Uso as
Luvas
médicas

tenho medo
de não
conseguir
cuidar
da minha
saúde

Práticas simples
- lavar mãos frequentemente
- evitar usar a panelinha
- a máscara até o fim
- a proteção do rosto
- a proteção do corpo

COMO TRABALHAR
Comunidade e a saúde
da família

- Ter cuidados alimentares
e higiene pessoais.

- Uso de máscara e luvas
nos cuidados

Prática Proteger
O PAIS NÓS
DE TODOS OS RISCOS
E PERIGOS

Alimentar, cuidar, proteger, ensinar
Resposta correta e completa para a pergunta
Resposta durante o curso

DIAGNOSTICO
PATIOL
SEGURO
ANALISE
PROTEGIDA

TRATO
DA
SAÚDE

#Proteção-HE

Não posso não
verificar diariamente
ter muitos cuidados
no trabalho

Tudo de saúde

UTILIZO
AS
PROTEÇÕES

na proteção

O técnico superior de higiene e segurança no trabalho que integra uma das empresas deste estudo redigiu e partilhou com a nossa equipa um ficheiro *word*, por correio eletrónico (apêndice I) acerca da sua perceção acerca do trabalho desenvolvido, tendo referido que “*a educação para a saúde deve ser um desígnio nacional*”, referindo que “*as organizações (...), a par das escolas, são um palco privilegiado e incontornável para as ações de promoção da saúde, tal como aquelas realizadas no âmbito deste projeto*”. Como refere, “*é preciso fazer compreender administradores e gerentes que a promoção da melhoria da saúde geral dos seus trabalhadores terá também um impacto fortemente positivo na competitividade das suas organizações.*”. Em forma de conclusão refere que “*é vital que ações como as realizadas no âmbito deste projeto deixem se ser situações pontuais e irrepetíveis e passem a fazer parte integrante da vida das organizações.*”

3. DISCUSSÃO

Este processo participativo durou três anos por ter sido interrompido devido à Pandemia COVID19. Acreditamos que esta realidade comprometeu, de facto, a efetiva implementação do protocolo de PaPS previsto. Esta situação pode ser um dos motivos a justificar as desistências ocorridas. Contudo, demonstrou-se que é possível proceder a ativação de processos de promoção da saúde do trabalhador da indústria da pedra com recurso a processos participativos.

Algo se tem escrito e noticiado acerca dos trabalhadores da indústria da pedra: *"O aumento do risco de tuberculose nos trabalhadores das pedreiras deve-se sobretudo à silicose, mas também ao tabagismo, consumo de álcool, condições de trabalho precário, entre outros"* (Sapo24, 2019); *"(...) Estes números são, muitas vezes, explicados com a predominância das indústrias de extração da pedra, pela silicose que afeta os trabalhadores e pelo consumo de álcool. (...)"* (VerdadeiroOlhar.pt, 2023). Porém, não se tem conseguido melhorar indicadores de saúde dos trabalhadores deste setor. Falamos, portanto, de um grupo minoritário, vulnerável, que necessitava que as abordagens realizadas fossem de empoderamento. No entanto, apenas assistimos (conforme podemos perceber pelas informações acima e pelas primeiras reuniões com as empresas), a debates com políticas reparadoras, mas não preventivas.

Apesar de as entidades empregadores discursivamente se considerarem absolutamente disponíveis e empenhadas na promoção da saúde dos seus trabalhadores, o que fomos verificando foi que na fase inicial (elaboração da avaliação social, epidemiológica, educacional e política) nos permitiram a realização dos questionários no horário laboral. No entanto, foram progressivamente deixando de ter essa disponibilidade para connosco. Neste estudo, das três empresas, apenas uma se manteve até ao fim.

Enquanto enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Pública pude observar a complexa dinâmica entre as entidades patronais e as empresas de saúde ocupacional - são as entidades patronais que adquirem os serviços de saúde ocupacional para os seus trabalhadores, o que revela um dilema central na promoção da saúde no ambiente de trabalho. Essa relação comercial cria um desafio intrínseco, pois, as empresas de saúde ocupacional, embora obrigadas a seguir as diretrizes legais, encontram-se numa posição delicada. A possibilidade de serem substituídas se não atenderem plenamente às expectativas da entidade patronal pode comprometer a independência e objetividade na prestação de serviços de saúde ocupacional.

Uma monitorização contínua das empresas de saúde ocupacional seria também fundamental para preservar a sua independência e integridade na prestação de serviços. A influência potencial da entidade patronal pode ser mitigada com recurso a uma vigilância constante e imparcial sobre as práticas adotadas pelas empresas de saúde ocupacional. Este processo contribuiria para a manutenção de padrões elevados de qualidade, assegurando a possibilidade dos serviços serem orientados pela eficácia clínica e pela promoção efetiva da saúde dos trabalhadores, em detrimento de considerações exclusivamente comerciais, ou seja, não estamos a falar apenas de um mecanismo “corretivo”, mas de uma ferramenta proativa para garantir que entidades patronais e empresas de saúde ocupacional estejam alinhadas com as necessidades reais dos trabalhadores.

Na empresa A, onde iniciamos a aplicação do programa em horário laboral, com elevada participação, interesse e colaboração dos trabalhadores, em horário laboral, apenas nos foi possível uma intervenção; a segunda intervenção do programa já foi no horário pessoal dos trabalhadores, ainda que dentro da empresa. Assim, e apesar de a entidade patronal nos ter referido que percecionava pouca preocupação por parte dos trabalhadores pela sua saúde e alguma pelo uso de equipamento de proteção individual, a nossa investigação mostrou-nos trabalhadores que verbalizaram preocupação com a sua saúde, revelando, ainda, algum desconhecimento acerca de riscos. Da nossa reflexão realça-se o facto de apesar da entidade patronal ter referido tentar envolver os trabalhadores nas tomadas de decisão e que, poucas vezes, existiam sugestões dos trabalhadores acerca de melhorias a implementar no local de trabalho, os nossos dados mostram-nos que a forma como os trabalhadores são envolvidos poderá necessitar de um ajuste, com base na participação que obtivemos no nosso estudo.

A empresa C, apesar de nos receber de uma forma afetuosa e verbalizar continuamente uma elevada preocupação com os seus trabalhadores, mostrou-se muito dedicada ao cumprimento dos seus objetivos de produção, permitindo apenas a recolha de dados inicial.

Na empresa B, a única que nos acompanhou neste estudo até ao final, a aplicação do programa nunca foi possível em horário laboral. Os trabalhadores despendiam de uma parte do seu horário de almoço para participar voluntariamente no programa, sendo que o facto de os mesmos terem uma cantina na empresa facilitou o desenvolvimento do mesmo. É de realçar o facto de não haver nenhum trabalhador que se recusasse a participar. Assumimos que tal apenas aconteceu por termos tido os trabalhadores envolvidos em todo o processo de investigação e por estes se terem

identificado com o trabalho que estava a ser construído com o foco nas necessidades e problemas por eles identificados, ou seja, numa abordagem colaborativa. Esta traduziu-se em empoderamento dos trabalhadores, o que desejamos se repercuta em mudanças e resultados sustentáveis e duradouros a longo prazo. Salientamos o facto desta empresa integrar, nos seus recursos humanos um Técnico Superior de Segurança no Trabalho (TSSHT), em permanência. O que distingue estas duas empresas (empresas B e C) é o facto de, na empresa B, o TSSHT acompanhar os trabalhadores no contexto laboral, na totalidade do seu horário. Percecionamos este investimento como um fator chave para o envolvimento dos trabalhadores na procura da sua saúde e para o facto de estes terem aderido ao estudo, ainda que, fora do seu período laboral. Este achado vai ao encontro da importância da proposta da Organização Internacional do Trabalho de *“criação de comissões conjuntas de SST nos locais de trabalho com o objetivo de promover a cooperação entre a direção, os trabalhadores e os seus representantes”* (Organização Internacional do Trabalho (OIT), 2023, p. 16). A entidade patronal desta empresa referiu perceber alguma preocupação por parte dos trabalhadores pela sua saúde e alguma pelo uso de equipamento de proteção individual bem como referiu tentar envolvê-los nas suas tomadas de decisão apesar de poucas vezes existirem sugestões por parte dos mesmos, acerca de melhorias a implementar no local de trabalho. Ficamos com a percepção de haver desconhecimento de alguns riscos, por parte dos trabalhadores e de que, provavelmente, a forma como os mesmos são envolvidos poderia ser modificada, com vista a que a adesão fosse semelhante à que ocorreu com este estudo.

O que vivenciamos, leva-nos a um questionamento acerca das reais preocupações das entidades patronais aliado ao facto de percebermos que:

“O setor da extração e transformação dos granitos constitui uma importante atividade económica, em regiões em risco de despovoamento. A tradição na exploração e transformação do granito é uma imagem de marca do norte de Portugal, no entanto a falta de atratividade desta atividade leva que muitas empresas sintam dificuldades em contratar mão-de-obra. Esta situação tenderá a agravar-se rapidamente, pois é muito alta a faixa etária dos trabalhadores no ativo” (Direção Geral de Energia e Geologia, 2020, p. 27),

Aplicamos o modelo PRECEDE-PROCEED que se mostrou essencial para a construção de todo este percurso de enfermagem comunitária, o que é corroborado por

uma metanálise de Kim et al. (2022) em que onze artigos de vinte e seis permitiram perceber que recurso ao:

“(...) modelo PRECEDE-PROCEED efetivamente melhorou comportamentos relacionados à saúde. Cinco estudos mostraram que a intervenção foi útil para desfechos cognitivos (consciência, atitude, competência, autoeficácia e autoaceitação)”. (Kim et al., 2022, p. 4)

Os mesmos autores referem ainda que a *“(...) intervenção mais comum utilizando o referencial teórico do modelo PRECEDE-PROCEED foi “programas educacionais”* (Kim et al., 2022, p. 7) num processo de cuidados de enfermagem cujo cliente é uma comunidade.

Consideramos que o impacto desta intervenção deve ser avaliado ao final de, pelo menos, um ano após a mesma, com recurso ao mesmo instrumento utilizado no início do estudo. Contudo, colocamos algumas questões no sentido de apurar alguns ganhos em saúde.

- O programa funcionou da forma como pensamos?

Este trabalho mostrou que a PaPS (International Collaboration for Participatory Health Research, 2013b) nos obriga a pensar no problema, mas a metodologia é continuamente co-criada com a população alvo. Se o desenho deste estudo fosse aquele que aprendi aquando da especialização em Saúde Comunitária e tendo em consideração a minha experiência pessoal e profissional, nunca culminaria na abordagem que foi proposta pelos trabalhadores. O pré-conceito de promover a saúde usando um foco positivo que advoga no sentido de “se eu fizer o que é correto”, nunca nos iria levar pelo caminho que foi desenhado. Efetivamente, podemos dizer que o modelo que foi escolhido pela população foi o modelo informativo, de “ação pelo medo”. E funcionou! Nomeadamente na adesão, envolvimento, partilhas pessoais, compromissos e reflexões. Promovemos a saúde ocupacional com todos os aportes dos trabalhadores relativos à adoção de comportamentos saudáveis, com consequente redução de riscos.

- O programa fez diferença (ou a diferença)?

Pelas respostas obtidas, efetivamente fez. Não existe nenhum trabalho conhecido similar. Há um vazio identificado pelo Programa Nacional de Saúde Ocupacional (Direção-Geral da Saúde, 2018) na área da Promoção da Saúde à qual este programa co-construído veio dar resposta. A reflexão do Técnico Superior de Higiene e Segurança no trabalho (acima apresentada) corrobora a ideia: trabalhadores

saudáveis serão mais felizes e certamente mais produtivos. Acresce ainda o facto de que, desejamos que este programa de saúde ocupacional reduza custos em saúde (que poderão passar por situações tão simples como a diminuição do absentismo) e possa melhorar a imagem das empresas da indústria extrativa e transformadora da pedra – uma empresa que se preocupa com os seus trabalhadores certamente irá ter mais facilidade em atrair trabalhadores.

- O que nos trouxe o programa que possa ser útil para os trabalhadores?

Este trabalho concorreu para atingir dois dos 5 objetivos específicos do “Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC): Extensão 2018/2020”: “1) *Promover a vigilância da saúde dos trabalhadores; (...) 4) Impulsionar a promoção da saúde no local de trabalho.*” (Direção-Geral da Saúde, 2018, p. 1). O programa que co-construímos trouxe um compromisso para todas as partes envolvidas: equipa de investigadores, entidades patronais e todos os trabalhadores da indústria da pedra deste estudo. A participação foi o elemento nuclear deste trabalho, garantiu o sucesso, uma vez que sempre foi reconhecido “(...) *o valor da contribuição de cada pessoa para a cocriação de conhecimento num processo que não só é prático, mas também colaborativo e capacitador* (Onwuegbuzie et al., 2009)” (ICPHR, 2013b). Com este programa, preconiza-se não abordar temas avulso ou palestras pelos SSHST, sem qualquer contributo ou envolvimento dos trabalhadores. Propomos antes a existência de temas e estratégias de intervenção e promoção da saúde estruturadas e participativas. A ativação dos processos de promoção da saúde pelos trabalhadores era o grande objetivo que almejávamos, mas que em simultâneo tanto receávamos que não fosse possível.

Com a evidência de que é possível ativar processos de promoção da saúde dos trabalhadores da indústria da pedra, e admitindo o compromisso dos mesmos, envolvidos no estudo, percecionamos ganhos para toda a comunidade, desde a entidade patronal, aos trabalhadores passando pela nossa equipa de investigação. Estivemos envolvidos em todo o processo, interpretamos os resultados em conjunto – resultados que são, assim, de todos, com proposta de intervenção para melhoria do estado de saúde das pessoas envolvidas, o que, por si só, se traduz em conscientização acerca das temáticas, bem como o seu empoderamento.

Os resultados obtidos referem-se ao contexto prático, com ênfase no processo, mas também nos resultados, sendo credíveis e válidos para o mesmo. Este estudo vem contribuir para resolver um problema há muito identificado: “*As iniciativas de promoção da saúde, no âmbito dos estilos de vida saudáveis no local de trabalho, mais comuns*

em Portugal são as relacionadas com o exercício físico, a alimentação e nutrição, o controlo do stresse, os hábitos tabágicos e o consumo de substâncias psicoativas (incluindo o álcool). Estas iniciativas encontram-se pouco documentadas quanto ao processo de implementação, população alvo e avaliação, e carecem de ser identificadas, compiladas e divulgadas (incluindo uma breve avaliação dos pontos “fortes” e “a melhorar” de cada iniciativa), visando encorajar outros empregadores a replicá-las na sua empresa/estabelecimento.” (Direção-Geral da Saúde, 2013, p. 33), que valida, por si só, a sua importância.

Com a evidência de não existirem programas de promoção da saúde com os trabalhadores da indústria da pedra, parece-nos que o programa que criamos poderia estar integrado na prática dos serviços de Saúde Ocupacional das empresas da indústria extrativa e transformadora da pedra. Refletindo acerca do impacto deste estudo de PaPS podemos afirmar um conjunto de evidências que se enquadram nos princípios desta abordagem (International Collaboration for Participatory Health Research, 2013b), a saber:

- Tivemos uma participação ativa, que se assumiu como um imperativo democrático (International Collaboration for Participatory Health Research, 2013b) – o estudo não foi feito sobre os trabalhadores da indústria da pedra, enquanto sujeitos passivos que forneceriam dados, mas com os trabalhadores da indústria da pedra. Estes estiveram envolvidos em todas as fases: desde a identificação de necessidades/problemas, definição dos objetivos até à implementação e avaliação dos resultados, no qual nos forneciam informações relevantes para melhorarem a sua saúde e, cumulativamente, a sua condição de vida.
- Tratou-se de uma abordagem colaborativa – o processo de pesquisa partiu de uma proposta para doutoramento mas incluiu todos os atores e parceiros do estudo: entidades patronais, serviços de saúde higiene e segurança no trabalho e os trabalhadores da indústria da pedra, reconhecendo o potencial e o melhor que cada um tinha para dar. Desde o início, o tema de pesquisa revelava-se de elevada importância, expressa pelos próprios. Com esta abordagem foi possível escutar, dar voz e crédito aos envolvidos, ao seu contexto local e às suas competências culturais, aceitando e respeitando as suas necessidades, com o propósito de melhorar o estado de saúde desta comunidade, numa constante partilha de poder.
- Houve sempre atenção relativa ao processo, aos resultados e ao impacto – não partimos de um projeto feito apenas no âmbito do serviço de Saúde Pública, com

o pressuposto de que saberíamos os problemas desta comunidade, numa lógica *top-down*, mas procuramos construir conhecimento através da ação no contexto real, com a participação democrática e com base numa aprendizagem social *bottom-up*, tendo um grande relevo a utilidade dos resultados enquanto mudança.

- Co-criamos conhecimento de forma coletiva e dialógica – foram considerados como válidos os conhecimentos e contributos de todos os participantes, assumindo-se que investigamos “com” a população alvo, incorporando as histórias de vida individuais e locais, mas nunca descuidando o rigor científico.
- Criamos impacto que supera o conhecimento académico – partimos de problemas e necessidades identificadas com a população alvo num percurso que provocou mudança social, muito além do conhecimento académico: todo o processo implicou reflexões, co-criação, mudanças e aprendizagens.
- A investigação ocorreu no contexto local/real da população-alvo – a implementação do protocolo de PaPS decorreu no local onde foram identificadas necessidades de mudança e implementadas estratégias de promoção da saúde. Aparentemente pode ser vista como uma limitação relativa à generalização dos resultados. Contudo, é uma base para intervenções semelhantes para dar resposta a problemas semelhantes em novos contextos.
- Todo o processo foi reflexivo – cada etapa e cada passo eram analisados e ponderados, não apenas pelos investigadores mas também pelos trabalhadores envolvidos na pesquisa. O foco tinha de estar sempre presente, obrigando a uma contínua reflexão com vista à co-criação de conhecimento.
- Aumento de conhecimento e performance. Foi uma forma de empoderamento – conseguimos refletir em conjunto, numa ação coletiva, com contributos individuais e que foram demonstrados pelos participantes através de uma predisposição para agir, quer nas dinâmicas realizadas, quer nos compromissos relativos ao “isto dá que pensar”, “não fazia ideia”, “comprometo-me a fumar menos um cigarro por dia”, valorizando, sempre, as experiências e histórias de vida dos envolvidos; Em simultâneo, permitiu a publicação de evidência científica, através do artigo “*Community-Based Action Research Intervention to Promote Occupational Health Nursing of Portuguese Quarry Workers*” (Alves et al., 2024).

Os trabalhadores da indústria da pedra, historicamente identificados como um grupo minoritário e vulnerável, necessitavam de abordagens que empoderassem. A

análise da situação revelou que, apesar das políticas existentes, a ênfase predominante estava em estratégias reparadoras, não preventivas.

A comparação entre as empresas B e C ressalta a influência positiva do TSSHT no ambiente de trabalho. O investimento na presença constante desses profissionais pode ser considerado uma prática-chave para envolver os trabalhadores na promoção da saúde e na adesão a programas específicos. A experiência vivenciada também nos suscitou questionamentos sobre as reais preocupações das entidades patronais, especialmente diante dos desafios demográficos que afetam o setor. A tradição na indústria de extração de pedra é uma atividade económica vital em regiões propensas ao despovoamento, mas a falta de atratividade pode resultar em dificuldades na contratação de mão-de-obra, agravando-se pela alta faixa etária dos trabalhadores ativos.

O impacto do programa de Promoção da Saúde na Saúde Ocupacional da indústria da pedra é evidente na conscientização e no empoderamento alcançados. Os resultados apontam para a eficácia da abordagem participativa, indicando que estratégias estruturadas e participativas podem ser mais eficazes do que intervenções isoladas. A proposta deste programa pode integrar as práticas dos serviços de Saúde Ocupacional das empresas da indústria extrativa e transformadora de pedra.

Este estudo oferece *insights* valiosos para a redefinição da dinâmica entre entidades patronais e serviços de Saúde Ocupacional. Propõe-se novas políticas que considerem a necessidade de monitorização contínua das práticas das empresas para assegurar o seu alinhamento com as reais necessidades dos trabalhadores.

CONCLUSÃO

O trabalho na indústria da pedra é extremamente desgastante, exigente e cansativo. Ao verificar a consecução dos objetivos propostos neste estudo, podemos afirmar que a estratégia de trabalho implementada revelou uma potencialidade positiva de impacto que transcende a mera produção de conhecimento acadêmico, nomeadamente pela adesão dos trabalhadores, durante as semanas de trabalho. Os resultados obtidos, indicam um aumento significativo de conhecimentos e de performance; o estabelecer de ligações com outros membros comunitários; contribuições positivas para a comunidade; e o aumentar da procura de serviços que são difíceis de garantir.

A ausência de estudos anteriores a identificarem focos de intervenção de enfermagem destacou uma lacuna significativa na compreensão das condições de trabalho específicas do setor. Como parte deste estudo de investigação, a identificação destes focos de intervenção proporciona uma visão inédita das condições de saúde ocupacional na indústria da pedra.

A preocupação com a substituição das empresas de saúde ocupacional por parte da entidade patronal pode ter implicações profundas na qualidade dos serviços prestados. A perspetiva de poderem ser substituídas pode criar incentivos para as empresas de saúde ocupacional priorizarem a satisfação imediata da entidade patronal em detrimento das reais necessidades dos trabalhadores. Essa dinâmica compromete a eficácia das intervenções preventivas e a promoção da saúde, podendo prejudicar o bem-estar dos trabalhadores e a segurança no ambiente de trabalho.

Este estudo de investigação não identificou apenas os desafios mencionados, mas procurou oferecer soluções inovadoras: a identificação de focos de intervenção em enfermagem de saúde ocupacional e a implementação de um programa de promoção da saúde. A realização do levantamento específico na indústria da pedra permitiu compreender as necessidades e características únicas deste setor, fornecendo insights essenciais para a melhoria das práticas de saúde ocupacional.

Propomos que a independência das empresas de saúde ocupacional seja salvaguardada e que estratégias mais eficazes sejam desenvolvidas, considerando as especificidades da indústria. A eficácia das empresas de saúde ocupacional desempenha um papel crucial na promoção da saúde e bem-estar dos trabalhadores, especialmente em setores específicos, como a indústria da pedra. No entanto, é imperativo reconhecer a necessidade premente de estabelecer um processo sistemático de monitorização contínua das empresas, de forma a assegurar que as suas práticas

estão alinhadas com as efetivas necessidades de saúde dos trabalhadores do setor. A ausência desta monitorização pode resultar em respostas genéricas que não abordam as necessidades específicas dos trabalhadores, comprometendo a eficácia e a relevância das ações preventivas e de promoção da saúde.

Os resultados desta pesquisa têm implicações significativas quer para a teoria, quer para a prática da enfermagem de saúde pública. A aplicação bem-sucedida da PaPS contribuiu para o conhecimento disciplinar, gerando evidências sobre literacia em saúde e mudança social.

As lições aprendidas sobre abordagens participativas, colaborativas e adaptação a diferentes contextos servirão como guia para futuras iniciativas de promoção da saúde no local de trabalho. A estratégia de comunicação e educação para a saúde, ativando a mobilização comunitária, emerge como uma recomendação essencial para futuras intervenções.

Em conclusão, este trabalho destaca a necessidade crítica de reformular a dinâmica entre entidades patronais e empresas de saúde ocupacional, garantindo que as intervenções promovam genuinamente a saúde dos trabalhadores. A pesquisa realizada neste estudo não apenas revelou desafios, mas também ofereceu uma base sólida para transformações significativas na abordagem da saúde ocupacional na indústria da pedra. A co-construção de um aplicativo de registos de saúde ocupacional seria uma estratégia para mitigar desfasamentos entre ofertas e reais necessidades.

Os resultados deste trabalho acrescentam significativamente ao conhecimento pré-estabelecido, proporcionando insights inéditos sobre as condições de trabalho na indústria da pedra. Com este estudo demonstramos a tese que é possível ativar processos de promoção da saúde do trabalhador da indústria da pedra, numa relação eficiente entre os objetivos atingidos e os recursos utilizados, destancando a eficácia da PaPS (International Collaboration for Participatory Health Research, 2013b) e recorrendo ao modelo PRECEDE-PROCEED (Green et al., 2022). A criação de um Programa de Promoção da Saúde para os trabalhadores da indústria da pedra, focado nos equipamentos de proteção individual e estilos de vida, recorrendo a enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e de saúde pública para os implementar, reflete uma alocação eficiente de recursos em respostas às necessidades identificadas.

Consideramos que o programa de promoção da saúde desenhado foi adequado, quer à realidade, quer à problemática e, como tal, culturalmente competente. A forma como os indivíduos consideraram a sua situação de saúde (autoavaliação de saúde) foi crucial para todo o estudo. Por consideramos que a participação das pessoas tem de

ser cada vez mais valorizada na investigação e tomada de decisão clínica, assim como no planeamento em saúde. Utilizar o modelo PRECEDE-PROCEED (Green, 1974) permitiu a identificação da prevalência e magnitude dos problemas, assim como a intensidade de cada fator protetor ou de risco, mostrando-nos a sua relevância na área da promoção da saúde. Este modelo demonstrou ser uma ferramenta útil por permitir clarificar os focos de intervenção de enfermagem para co-criar e implementar um programa de promoção da saúde.

Do debate dos resultados com as entidades patronais e trabalhadores, definiram-se estratégias com vista à melhoria do estado de saúde dos trabalhadores que poderão ser adaptadas à cultura e meio noutros contextos locais. Acredita-se que essa estratégia permite ativar processos de promoção da saúde dos trabalhadores destas empresas, pelo que se poderá disseminar a metodologia noutras empresas, do mesmo contexto laboral (reorganização dos serviços de saúde ocupacional, advocacia em saúde). Este processo colaborativo terminou com a construção de um programa participativo de promoção da saúde do trabalhador da indústria da pedra. Percecionamos como futuras estratégias de intervenção: comunicação e educação para a saúde, ativando a mobilização comunitária.

O recurso à PaPS contribuiu para aumento do conhecimento da disciplina de Enfermagem de Saúde Pública, trazendo variados benefícios para: pesquisadores - gerou mais evidência sobre literacia em saúde e mudança social; participantes da pesquisa – melhorou a visibilidade do trabalho já feito em prol da promoção da saúde; público-alvo - ativou processos de promoção da saúde do trabalhador; instituições – o facto de existirem poucos estudos focados nos estilos de vida dos trabalhadores e quase nenhuns focados na sua autorresponsabilização pelo próprio bem-estar; comunidade - a análise do contexto permitiu a identificação da magnitude dos problemas, mas também do bem-estar, assim como a prevalência e intensidade de cada fator protetor ou de risco, e a compreensão da complexa interação entre as pessoas e os diferentes fatores contextuais e/ou ambientais. Tendo sido desafiados pela frase proferida por diversos trabalhadores: “mais do que preocupadas com a saúde, as empresas estão preocupadas com a produção”, conseguimos influenciar variáveis como literacia em saúde, motivação e influência de pares.

Os resultados deste estudo foram analisados à luz dos princípios da pesquisa ação (International Collaboration for Participatory Health Research, 2013b). Sendo um dos grandes objetivos da mesma a transformação de condições/situações, e sendo a base da investigação a participação da população-alvo, esta tem como critérios de

validade (International Collaboration for Participatory Health Research, 2013a) que balizam o seu rigor científico:

Validade Participativa – a pesquisa foi feita com as pessoas e não “sobre as” pessoas. Todos os trabalhadores tomaram parte ativa no processo de investigação, em toda a sua extensão, tendo sido criada uma parceria entre todos os envolvidos, num trabalho de cooperação e co aprendizagem;

Validade Intersubjetiva – a pesquisa foi vista, quer pelas entidades patronais, quer pelos trabalhadores, como credível e significativa, conforme as suas perspetivas;

Validade contextual – a pesquisa relacionou-se com a situação local, com a vida e com o trabalho dos envolvidos. Apesar deste enfoque, tal não significa que os conhecimentos e experiências locais não possam ser mobilizados relativamente a questões de nível regional ou mesmo nacional;

Validade catalítica – a pesquisa tem-se mostrado útil por apresentar novas possibilidades para a ação social;

Validade ética – os resultados da investigação e as mudanças com as pessoas são sólidas e justas;

Validade empática – a investigação aumentou a interação e empatia entre todos os participantes.

As lições aprendidas neste estudo sobre a importância da colaboração, aplicando abordagens participativas, e sobre a necessidade de adaptação a diferentes contextos, podem servir de guia para futuras iniciativas de promoção da saúde no local de trabalho. Além disso, a ênfase nas atividades em grupo como estratégia de promoção da saúde pode ser aplicada em outros setores e indústrias.

BIBLIOGRAFIA

- Alves, C. M., Morais, C., Alves, F., Magalhães, D., Gonçalves, G., & Brito, I. (2024). *Community-Based Action Research Intervention to Promote Occupational Health Nursing of Portuguese Quarry Workers*. 14. <https://doi.org/10.3390/nursrep14010030>
- Antonovsky, A. (1996). *The salutogenic model as a theory to guide health promotion 1* (Vol. 11). University Press. Retrieved from University Press website: <https://academic.oup.com/heapro/article/11/1/11/582748>
- Araújo, M. H. M., Daher, D. V., Brito, I. da S., Teixeira, E. R., De Morais, C. H., Pinto, A. A., ... Fecury, A. A. (2023). Modelo PRECEDE-PROCEED como ferramenta para a construção e avaliação de intervenções em saúde do trabalhador: estudo metodológico. *Contribuciones a Las Ciencias Sociales*, 16(11), 26105–26123. <https://doi.org/10.55905/revconv.16n.11-079>
- Associação nacional da indústria extractiva e transformadora. (2016). *Diagnóstico competitivo sobre o setor da extração e transformação da pedra natural*. Retrieved from www.aniet.pt
- Ayaz, M., Jehan, N., Nakonieczny, J., Mentel, U., & Zaman, Q. U. (2022). Health costs of environmental pollution faced by underground coal miners: Evidence from Balochistan, Pakistan. *Resources Policy*, 76. <https://doi.org/10.1016/j.resourpol.2021.102536>
- Brito, I. (2014). *Saúde dos Estudantes do Ensino Superior de Enfermagem: estudo de contexto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde*. Coimbra: Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).
- Brito, I. (2007). *Intervenção de conscientização para prevenção da brucelose em área endémica*. Retrieved from <https://hdl.handle.net/10216/7216>
- Brito, I. (2018). *Pesquisa-ação participativa na co-criação de instituições de ensino superior promotoras de saúde* (Col Conscientizar. Palimage, Ed.).
- Campinha-Bacote, J. (2018). Cultural Competemility: A Paradigm Shift in the Cultural Competence versus Cultural Humility Debate – Part I. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 24(1). <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol24No01PPT20>
- Carvalho S, S., Magalhães A, C., Santos, S., Marques, F., Duarte, R., Gonçalves, G., & Carvalho, C. (2020). Tuberculosis: where and how fast are stone quarry workers

- infected? *European Journal of Public Health*, 30(Supplement_5).
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa165.796>
- Choi, B. C. K., Maza, R. A., Mujica, O. J., Abraham, M. L. C., Hernández, L. E. G., Ribadeneira, C. L., ... Walter, D. J. (2019). The Pan American Health Organization-adapted Hanlon method for prioritization of health programs. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 43.
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.61>
- Cohen Rodrigues, T. R., Reijnders, T., de Buissonjé, D. R., Breeman, L. D., van den Broek, I., Janssen, V. R., ... Evers, A. W. M. (2022). Lifestyle support preferences of patients with cardiovascular diseases: What lifestyle support might work best for whom? *PEC Innovation*, 1, 100071. <https://doi.org/10.1016/j.pecinn.2022.100071>
- Correia, A. M., Antunes, D., Ramos, E., Nogueira, J. R., Castro, L., Azevedo, M., ... Neto, M. (2005). *Saúde na Região Norte Medir para Mudar*. Porto. Centro Regional de Saúde Pública do Norte.
- Cowie, R. L. (1994). The epidemiology of tuberculosis in gold miners with silicosis. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 150(5), 1460–1462.
<https://doi.org/10.1164/ajrccm.150.5.7952577>
- Creswell, J. W. (2007). *Projeto de pesquisa métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Artmed.
- Cruz, E. R. (2001). Ser ou não ser consiliente: eis a questão. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 8(3), 727–737. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702001000400012>
- Decreto-Lei nº 71/2018 de 31 de dezembro. , Pub. L. No. Diário da República, 1.ª série — N.º 59 — 25 de março de 2019 (2019). Portugal.
- Decreto-Lei nº 102/2009 de 10 de setembro - Regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho. , Pub. L. No. Diário da República: I série-nº176, Assembleia da República (2009).
- Decreto-Lei nº 441/91 de 14 de novembro. , (1991).
- Diário da República, 2.ª série-n.º 114-15 de junho de 2018, Regulamento nº 372/2018 da Ordem dos Enfermeiros. , (2018).
- Direção Geral de Energia e Geologia. (2020). *Granitos Ornamentais do Norte de Portugal*.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC)- 2º Ciclo*. Retrieved from www.dgs.pt
- Direção-Geral da Saúde. (2018). *Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC) extensão 2018-2020*. Lisboa. Retrieved from www.dgs.pt
- Direção-Geral da Saúde, & Institute for Health Metrics and Evaluation. (2018). *Portugal-The Nation's Health 1990-2016*. Retrieved from

- <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22502/1/Portugal-The%20Nation%27s%20Health%201990-2016.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Tuberculose. (2020). *Relatório de Vigilância e Monitorização da tuberculose em Portugal dados definitivos 2018/2020*.
- Ferreira, P. L., Ferreira, L. N., & Pereira, L. N. (2013). *Contributos para a Validação da Versão Portuguesa do EQ-5D Contribution for the Validation of the Portuguese Version of EQ-5D*. Retrieved from www.actamedicaportuguesa.com
- Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP), & Ministério do Trabalho, S. e S. S. (MTSSS). (2022). *Segurança e Saúde no Trabalho*.
- Glennview, I. (2020). Silicosis: Ominous resurgence of an occupational lung condition reported. <https://www.elsevier.com/about/press-releases/research-and-journals/silicosis-ominous-resurgence-of-an-occupational-lung-condition-reported>.
- González-Caballero, J. (2021). Una enfermería del trabajo con perspectiva holística. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 24(2), 175–184. <https://doi.org/10.12961/aprl.2021.24.02.08>
- Green. (1974). Toward Cost-Benefit Evaluations of Health Education: Some Concepts, Methods, and Examples. *Health Education Monographs*, 2(1_suppl), 34–64. <https://doi.org/10.1177/10901981740020S106>
- Green, Gielen, A. C., Ottoson, J. M., Peterson, D. V., & Kreuter, M. W. (2022). *Health Program Planning, Implementation, and Evaluation: creating behavioral, environmental, and policy change* (JHU Press). <https://doi.org/https://doi.org/10.1353/book.100161>
- Green, Lawrence W, Carlson Gielen, A., Ottoson, J., Peterson, D., & Kreuter, M. (2022). *Health Program Planning, Implementation, and Evaluation - chapter 11*.
- Green, L.W., & Kreuter, M. W. (1999). *Health promotion planning: an educational and ecological approach*. London: Mayfield Publishing Company.
- Hnizdo, E., & Murray, J. (1998). Risk of pulmonary tuberculosis relative to silicosis and exposure to silica dust in South African gold miners [published erratum appears in *Occup Environ Med* 1999 Mar;56(3):215-6]. *Occupational and Environmental Medicine*, 55(7), 496–502. <https://doi.org/10.1136/oem.55.7.496>
- Ingram, R. R. (2012). Using Campinha-Bacote's process of cultural competence model to examine the relationship between health literacy and cultural competence. *Journal of Advanced Nursing*, 68(3), 695–704. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05822.x>

- International Collaboration for Participatory Health Research. (2013a). *ICPHR: A Guide to Ethical Principles and Practice ICPHR: A Guide to Ethical Principles and Practice Participatory Health Research A Guide to Ethical Principles and Practice 2*. Retrieved from www.durham.ac.uk/beacon/socialjustice/ethics_consultation
- International Collaboration for Participatory Health Research. (2013b). *O que é a Pesquisa-Ação Participativa em Saúde (ICPHR Position Paper 1)*.
- Kim, J., Jang, J., Kim, B., & Lee, K. H. (2022). Effect of the PRECEDE-PROCEED model on health programs: a systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/s13643-022-02092-2>
- Méllo, R. P., Silva, A. A., Lima, M. L. C., & Di Paolo, A. F. (2007). Construcionismo, práticas discursivas e possibilidades de pesquisa em psicologia social. *Psicologia & Sociedade*, 19(3), 26–32. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822007000300005>
- OCDE/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde. (2021). *Portugal: Perfil de Saúde do País 2021* (Paris/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, Ed.). Bruxelas: OECD. <https://doi.org/10.1787/766c3111-pt>
- Organização Internacional do Trabalho (OIT). (2023). *Ambientes de trabalho seguros e saudáveis: em que ponto estamos?* Retrieved from www.ilo.org/publns,
- Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 34(3), 259–275. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>
- Pereira, M. da C. A. R. S., Antunes, M. C. Q., Barroso, I., Correia, T., Brito, I., & Monteiro, M. (2018). Adaptation and validation of the Psychological General Well-Being Index: confirmatory factor analysis of the short version. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(18), 9–18. <https://doi.org/10.12707/RIV18001>
- Portugal 2020. (2021). PME Pequenas e Médias Empresas.
- Recchia, V., Dodaro, A., De Marco, E., & Zizza, A. (2022). A critical look to community wisdom: Applying the World Café method to health promotion and prevention. *The International Journal of Health Planning and Management*, 37(S1), 220–242. <https://doi.org/10.1002/hpm.3594>
- Santos, P. J., & Maia, J. (2003). *Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de auto-estima de Rosenberg*.
- Sapo24. (2019, November 19). Penafiel e Marco de Canaveses com mais casos de tuberculose que média nacional.
- Scagliusi, F. B., Alvarenga, M., Polacow, V. O., Cordás, T. A., de Oliveira Queiroz, G. K., Coelho, D., ... Lancha, A. H. (2006). Concurrent and discriminant validity of the

- Stunkard's figure rating scale adapted into Portuguese. *Appetite*, 47(1), 77–82.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2006.02.010>
- Silva, A. M. M., Brito, I. da S., & Amado, J. M. da C. (2014, June). Tradução, adaptação e validação do questionário Fantastic Lifestyle Assessment em estudantes do ensino superior. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1901–1909.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.04822013>
- Sousa, S., Macedo, R., Alves, C. M., Carvalho, C., Gonçalves, G., & Duarte, R. (2023). Coffee shops, a hub for TB clusters? *Pulmonology*.
<https://doi.org/10.1016/j.pulmoe.2023.04.007>
- Sousa, S., Magalhães Alves, C., Carvalho, C., Marques, F., Correia, A. M., & Duarte, R. (2019). *Portugal. Menos Tuberculose Pedreiras 2018–2020: TB screening in stone quarries* (WHO, Ed.).
- Tavares, A. I. P., & Ferreira, P. L. (2022). *Ageing, health, and decision*. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Taylor GMJ, Lindson N, Farley A, Leinberger-Jabari A, Sawyer K, te Water NaudéR, ... Aveyard P. (2021). Cochrane review finds stopping smoking is linked to improved mental health. *Saudi Medical Journal*, 42(4), 459–460. Retrieved from <https://newsroom.wiley.com/press-releases/press-release-details/2021/Cochrane-Review-finds-stopping-smoking-is-linked-to-improved-mental-health/default.aspx>
- Tokgozoglu, L., Hekimsoy, V., Costabile, G., Calabrese, I., & Riccardi, G. (2020). *Diet, Lifestyle, Smoking*. https://doi.org/10.1007/164_2020_353
- VerdadeiroOlhar.pt. (2023, March 23). Só o Marco de Canaveses ultrapassa Penafiel na incidência da tuberculose. Retrieved 21 June 2023, from <https://www.verdadeiroolhar.pt/so-o-marco-de-canaveses-ultrapassa-penafiel-na-incidencia-da-tuberculose/> website: <https://www.verdadeiroolhar.pt/so-o-marco-de-canaveses-ultrapassa-penafiel-na-incidencia-da-tuberculose/>
- World Health Organization. (2021, June 9). Obesity and overweight.
- World Health Organization. (2022). International Classification of Diseases 11th Revision.
- World Health Organization. (2023). Health promotion. Retrieved 11 December 2023, from https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab_1

ANEXOS

ANEXO I – ARTIGO ACEITE PARA PUBLICAÇÃO
(ALVES ET AL., 2024)

Community-Based Action Research Intervention to Promote Occupational Health Nursing of Portuguese Quarry Workers

Catarina Magalhães Alves ^{1,2,*}, Carminda Morais ^{3,7}, Filipe Alves ⁴, Diogo Magalhães ⁵,
Guilherme Gonçalves ⁶ and Irma Brito ^{7,8}

¹ Institute of Biomedical Sciences Abel Salazar (ICBAS), University of Porto, Porto, 4050, Portugal

² ISAVE—Superior Institute of Health, Braga 4720, Portugal

³ School of Health of Polytechnic Institute of Viana do Castelo, Viana Do Castelo, 4900, Portugal;
carmindamorais@ess.ipvc.pt

⁴ Public Health Unit, Tâmega and Sousa Local Health Unit, 4630, Marco de Canaveses, Portugal; ftalves@arsnorte.min-saude.pt

⁵ Matosinhos Local Health Unit, Matosinhos 4450, Portugal; diogo.magalhaes@ulsm.min-saude.pt

⁶ Local Health Unit of Médio Ave, 4765, Portugal; antonio.goncalves@arsnorte.min-saude.pt

⁷ Nursing School of Coimbra & UICISA:E, Coimbra, 3045, Portugal; irmabrito@esenfc.pt

⁸ Executive Committee of International Collaboration for Participatory Health Research (ICPHR), Coimbra, 3045, Portugal; irmabrito@esenfc.pt

* Correspondence: catarina.alves@isave.pt; Tel.: +351914637970

Abstract: The northern region of Portugal has the largest number of companies manufacturing granite and stone products, which has become the region's trademark. In the municipalities of Marco de Canaveses and Penafiel, the economic activity of this area is important. However, the lack of attractiveness of this activity, combined with the high prevalence of silicosis and tuberculosis in this population, has led to a growing shortage of labor. In order for this project to be the result of collaborative, integral work centered on the people who are the target of health promotion, we used the Participatory Health Research (PHR) approach, based on the PRECEDE-PROCEED model, to implement a mixed-methods study, including participant observation, interviews and document analysis. These data were used to co-create a study design. In 2021, a total of 102 interviews were carried out and self-completion surveys were distributed: the Fantastic Lifestyle Questionnaire (FLQ) and the EQ-5D-3L. Within the scope of occupational health nursing and in the field of action of public health nurses, with the interviews and self-completed surveys carried out, we identified potential focuses for occupational health nursing intervention to promote the health of stone industry workers: adherence to protective measures, energy balance deficit, tobacco and alcohol consumption and access to health services. Data analysis made it possible to assess the prevalence of risk behaviors by order and to involve managers and workers in the co-creation of a health promotion program. The accurate identification of the focuses for nursing intervention not only improves the effectiveness of occupational health services, allowing for targeted interventions adapted to workers' needs, but also contributes considerably to health promotion in the workplace, resulting in safer working environments, a reduction in occupational diseases and, consequently, a healthier and more productive workforce. This protocol of this study was not registered.

Keywords: occupational nursing; occupational health; health promotion; public health

1. Introduction

In occupational health nursing in Portugal, nurses specialized in public health identify the needs of the target population with a view towards intervening to reduce morbidity and mortality and increase quality of life [1]. Promoting the health of stone industry workers is part of the National Occupational Health Program 2018–2020 [2], aiming at improving the quality of life, reducing early retirement due to disability and increasing the available human resources.

In the north of the country, many individuals work in the stone extraction and processing industry, especially of granite, an ornamental rock with a high silica content. The highest incidence of tuberculosis cases in the country is found in two of the municipalities where this industry is concentrated—Marco de Canaveses and Penafiel. In this setting, it is estimated that 30% of people with recently diagnosed tuberculosis (TB) work (or have worked) in stone quarries [3]. There is evidence of an increased risk of tuberculosis associated with housing conditions, precarious work, alcoholism and smoking, but also with pulmonary silicosis [4].

Considering the significant and progressive degradation of health of these stone processing workers, legislation was published in 2019 establishing a special regime for access to invalidity pensions and retirement at the age of 55 years [5].

In March 2018, in the municipalities of Marco de Canaveses and Penafiel, the project “Menos TB—pedreiras” (reducing TB—stone quarries) began, aimed at quarry workers. Periodic screenings of tuberculosis and latent tuberculosis infection were carried out in companies identified as being at higher risk of tuberculosis, with a view towards early diagnosis and treatment. A high prevalence of silicosis was also detected [4].

The promotion of workers’ health includes a process that is intended to enable people to improve control over their health [6]. This has traditionally been approached from a top-down perspective, in which health services identify risks and vulnerabilities and simultaneously propose strategies to improve health through protective measures and changes to the environment. Most occupational health studies focus on identifying specific problems that are assumed by health professionals to be known [7].

Nursing care should be coordinated in a collaborative, safe, high-quality, comprehensive and person-centered manner [1]. In the specific context of the stone industry, there is no scientific evidence of this investment in involving workers, because health promotion in this area has been almost non-existent or through a top-down logic. In 2020, in Portugal, 1366 trainings were carried out by the occupational health and safety services in the extractive industry and 77,457 trainings were carried out in the manufacturing industry. Of these, in the area of health promotion, only 16 were aimed at the extractive industry and 2176 were aimed at the manufacturing industry [8]. Health promotion must be based on four pillars: good governance (with the knowledge that health is influenced by many factors outside the control of the health sector, and that these can interfere with morbidity and mortality); health literacy (improving community health literacy will lead to more active community participation and improve individual health); healthy settings (which have community participation, empowerment, partnerships and equity as essential principles); and social mobilization (which will ensure both individual and community involvement) [6].

In the search for an approach that maximizes the participation of individuals throughout the process [7], focusing on their life and workstyles, as the object of this research and oriented towards change, Participatory Health Research (PHR) has been used, based on the PRECEDE-PROCEED model: “Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational Diagnosis and Evaluation- Policy, Regulatory, and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development” [9]—a guide that facilitates and guides the planning and evaluation of health promotion programs. It translates into a cost-benefit evaluation framework, proposed in 1970 by Lawrence W. Green [10], and is applied worldwide to different population groups and for the development of health programs [11].

This model consists of eight phases [9]: social assessment, epidemiological assessment, educational/ecological assessment, administrative/policy assessment and intervention planning, implementation, process evaluation, impact evaluation and performance evaluation. The educational assessment of the PRECEDE-PROCEED model is classified into predisposing, reinforcing and facilitating factors that affect behavior and environmental changes [11]. The conclusion of the PRECEDE phase (health program design) leads to the beginning of the PROCEED phase, which deals with the implementation and evaluation of the health promotion program [9].

Using this model guarantees a collaborative diagnosis of the situation and activates health promotion processes with quarry workers, as part of cultural synthesis [6]. Needs, priorities and

interventions are defined collaboratively, in a process of co-creation with and for the target people. The model also supports the action plan which contributes to meeting Sustainable Development Goals (SDGs) 2, 3 and 4: “end hunger, achieve food security and improved nutrition and promote sustainable agriculture”, “Ensure healthy lives and promote wellbeing for all at all ages” and “Ensure inclusive and equitable quality education and promote lifelong learning opportunities for all” [12] (p. 21).

This article describes the PRECEDE phase of identifying nursing intervention focuses, for the co-creation and implementation of a health promotion program for stone industry workers.

2. Materials and Methods

We implemented a PHR approach study [13] in three stone extraction and processing industry companies, with a total of 204 workers: company A—19 workers; company B—93; and company C—92. The companies were selected using a purposive sampling method and this study did not aim to compare companies. As this was a community-based action research project, no sample calculation rules or inclusion and exclusion criteria were applied, nor were the margins of error of the results from a statistical point of view. The data had participatory and contextual validity [13]. However, scientific and ethical rigor in data collection and analysis was respected and guaranteed. It should be noted that the research protocol was only submitted for approval by the Ethics Committee, after approval by the participating companies.

The first phase (in 2019) involved visits to companies and meetings with employers and workers’ representatives, with the aim of presenting the project and gathering input for the co-creation of the study design. The main themes that emerged were the shortage of staff; the social perception of quarries as an unhealthy workplace; high worker turnover; high absenteeism; and the negative impact of exposure to dust since childhood, due to the fact that parents were stone quarry workers.

At the end of 2021, after a two-year interruption due to the COVID-19 pandemic, and applying the first stage of the PRECEDE-PROCEED model [10], mixed data collection techniques were used in the three stone quarries, including participant observation, document analysis, self-administered questionnaires and semi-structured interviews. We complied with the ethical requirements approved by the Ethics Committee (UICISA:E 796/06-2021) and obtained the free and informed consent of the 102 stone industry workers who took part. Data collection was carried out in the quarries by three specialists in community health nursing. The data collection protocol included sociodemographic characterization, a semi-structured interview on medical history and occupational risk, and the self-completion instruments “Fantastic Lifestyle Questionnaire (FLQ)” — validated for the Portuguese population [14] and the EQ-5D-3L [15]. The FLQ is a self-monitoring questionnaire made up of ten domains, with 30 closed-answer questions, where the person who completes it knows the result immediately. The sum of all the points (0, 1 or 2) results in an overall score between 0 and 120 points, which can be analyzed immediately, with the lowest scores enabling the immediate identification of intervention priorities, depending on the domain. The EQ-5D-3L is a generic instrument for assessing health-related quality of life and includes a visual analog scale, which makes it possible to determine the state of health at that precise moment (with “0” being the worst imaginable state of health and “100” the best imaginable state of health) [15].

The qualitative data were archived and recorded in the principal investigator’s field diary (meeting minutes, photos and audio recordings) and subjected to content analysis, i.e., building knowledge by analyzing the discourses, the layout and the terms used [16]. The quantitative data collected through the different instruments were analyzed in SPSS, using descriptive statistics. At various meetings, workers were invited to analyze the quantitative and qualitative results obtained, validating them (empathic validity, according to ICPHR, 2013).

3. Results

3.1. Phase 1: Social Assessment

A total of 102 people took part in this study, 50% of the total workforce of three companies: 19 from company A (100%), 44 from company B (47%) and 39 from company C (42%). Most participants were male (88%), with an average age of $38.8 \pm \text{SD } 10.6$ years, ranging from 18 to 66 years. The majority (63.4%) had an education up to the 9th grade. In addition, 75% lived in rural areas, with only 58.3% with drinking water from piped household connections to the public water supply and 63% with sanitation. Of the 102, 81.6% worked and lived in the same municipality. The average duration of employment in the stone industry was $15.6 \pm \text{SD } 11.7$ years, ranging from 1 to 46 years.

3.2. Phase 2: Epidemiological Assessment

Of the self-reported diseases classified according to the ICD-11 [17], 32 workers reported preconditions. Diseases of the circulatory system (39.0%) and respiratory system (22.2%) stood out, including silicosis (5.6%). Also above 10% were diseases of the digestive system (13.9%); the musculoskeletal system or connective tissue (13.9%); endocrine, nutritional or metabolic diseases (11.1%); and mental, behavioral or neurodevelopmental disorders (11.1%). Of the 32 workers who reported preconditions, 25% reported having more than one. The EQ-5D-3L showed that 42.0% reported chronic pain and 34.3% reported anxiety/depression. The average visual analog scale for describing health status was $79.7 \pm \text{SD } 14.1$ points, out of a total of 100 points. In the interview, 68% of the workers said that their parents worked or had worked in the stone industry and had been diagnosed with respiratory disease. Of those surveyed, 100% believed that there was a link between work activity and respiratory disease. The priority focuses for intervention were identified as monitoring chronic illness (32%), pain (42.0%) and mental health (34.3%).

3.3. Phase 3: Educational and Ecological Assessment

Regarding lifestyle, 45% of workers were overweight or obese [18] and 23.5% reported smoking, with consumption varying between 3 and 40 cigarettes a day, with 39.3% having tried quitting smoking at least once with no success. The average results of the FLQ by company were company A, 88.9; company B, 85.8; and company C, 97.2, which translates into a "Very Good" (85 to 102 points) or "Excellent" (103 to 120 points) lifestyle [14]. The domains most affected (Figure 1) were "physical activity/association", "nutrition", "tobacco" and "mental health", with no significant differences between quarries.

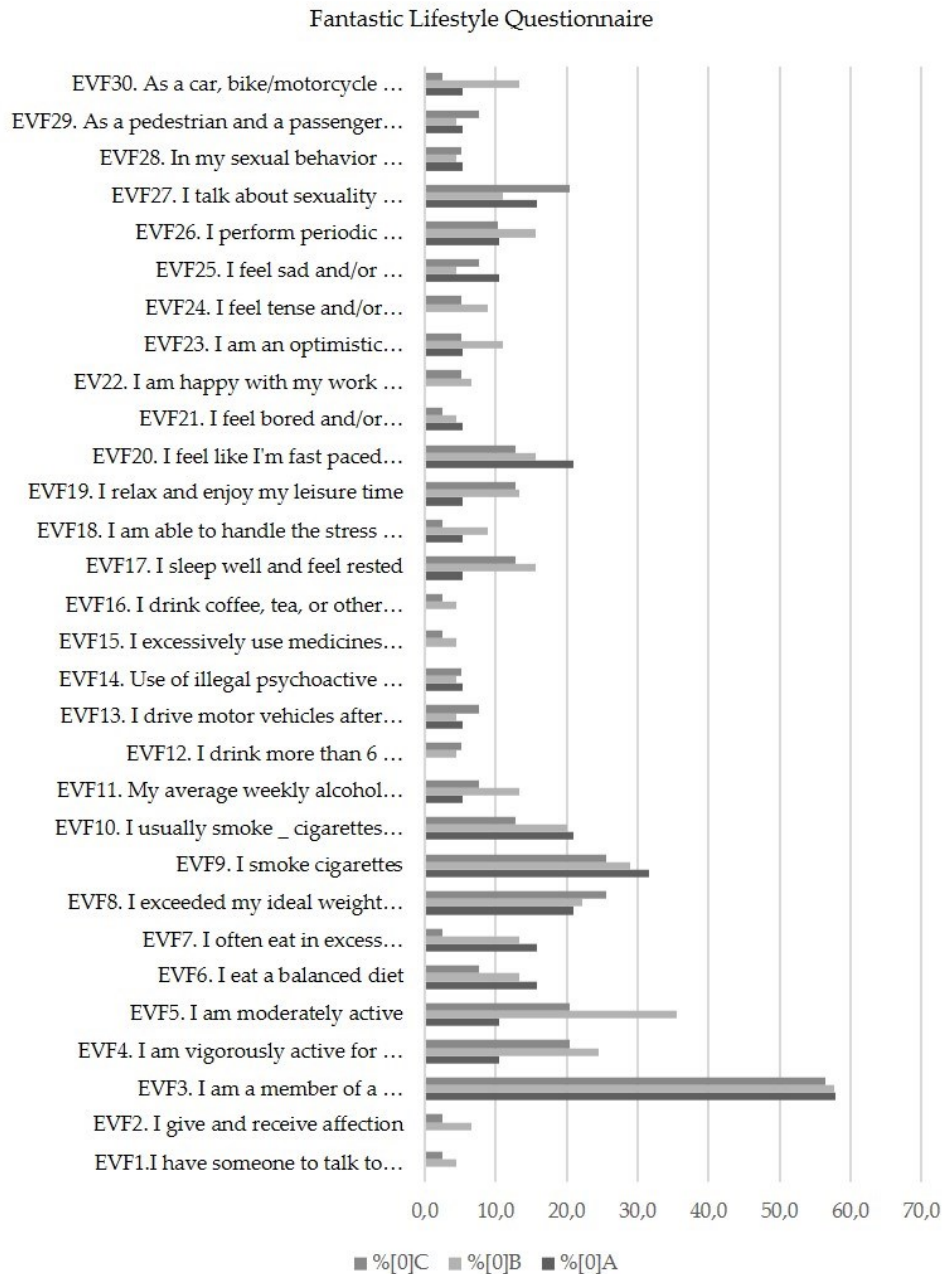


Figure 1. Results of the “Fantastic Lifestyle Questionnaire” (N = 102).

When workers were asked which personal protective equipment (PPE) was considered most important for their activity, there was a low perception of the importance of its use: mask (61.2%); boots/shoes (59.2%); ear protection (53.4%); and gloves (57.3%). Glasses/visors (23.3%), helmets (9.7%) and vests (2.9%) were not reported as important for workers’ individual protection. The visits and questionnaires identified various behavioral patterns requiring intervention. When asked about mask use in the pre- and post-pandemic period, use increased after the pandemic, from 60.3% to 82.4%.

When asked how they felt at the end of a day’s work, the answers were fatigue (78.4%), headaches (17.6%), feeling nervous (16.7%) and blocked nose/catarrh (15.7%). Observations of the environmental conditions in the quarries highlighted dust, noise from stone processing machines and trucks, and the exposure to adverse temperature and humidity conditions. The priority focuses for intervention were identified as follows: adherence to protective measures: use of PPE

mask (38.8%), boots/shoes (40.8%), hearing protection (46.6%) and goggles/visor (76.7%), and polluted outdoor working environment and sometimes working in adverse weather.

The workers' answers to the questions point to an understanding of health and safety recommendations as an asset for themselves (96%) and for the company. However, the lack of adherence to personal protective measures and the fact that only 10.7% of workers are not concerned about their health point to the social desirability of the answers. The lack of knowledge about the benefits of using PPE confirms the need for health promotion interventions.

As for their perception of excessive physical demand at work, 53.4% answered yes. The workers' suggestions to reduce physical demand were as follows: use of machinery (14%), reduction in the size of the raw material (2%) and increasing human resources and reorganizing the workspace (1%). In addition, 35.9% of the workers who mentioned excessive physical demand could not identify any alternative to avoid it. The companies' concern for the health of their workers was mentioned by 92% of respondents.

Regarding the frequency of the training provided by the health and safety occupational services, when asked if they attended training, 59.2% answered "always/often", 9.7% answered "sometimes" and 31.1% answered "rarely/never". A proportion of 51.5% said they attended training annually, 14.6% attended every 2 years, 11.7% had never attended, 8.7% attended only on admission, 2.9% attended every six months and 10.7% did not answer. Of the respondents who had attended training, 80% felt that it had met their needs, 17.5% said it had not met their needs and 2.5% did not answer. Of the 67 stone quarry workers, 89.3% said that the importance of wearing a mask had been explained to them when they were hired and 84.5% said that they knew how it should be worn correctly. When asked about the topics they would like to see covered in health and safety at work training, of the 40.8% of workers who responded, 28.2% mentioned first aid, 11.7% mentioned occupational safety techniques, 7.8% mentioned improving techniques and 4.9% mentioned training in machine handling.

When asked about their involvement in company decision making, 34% said they felt involved "sometimes" and 47.6% said "rarely/never". It was found that 61.2% of the workers said that someone in their family had worked in the stone industry (76.2% were fathers or mothers and, of these, 67.7% said that during their childhood/youth, they stayed in the quarry with them). Of those that stayed regularly at the quarry during childhood, the average age at which they reported accompanying their parent was $11.6 \pm SD 4.5$ years, ranging from 5 years to 22 years. When asked about extra-occupational activities organized by the company, they mentioned Christmas dinner (33%), picnic day (5.8%) and the company's anniversary (1.9%).

Below is a schematic of the results of the PRECEDE phase, grouping them into predisposing, facilitating and reinforcing factors (Figure 2).

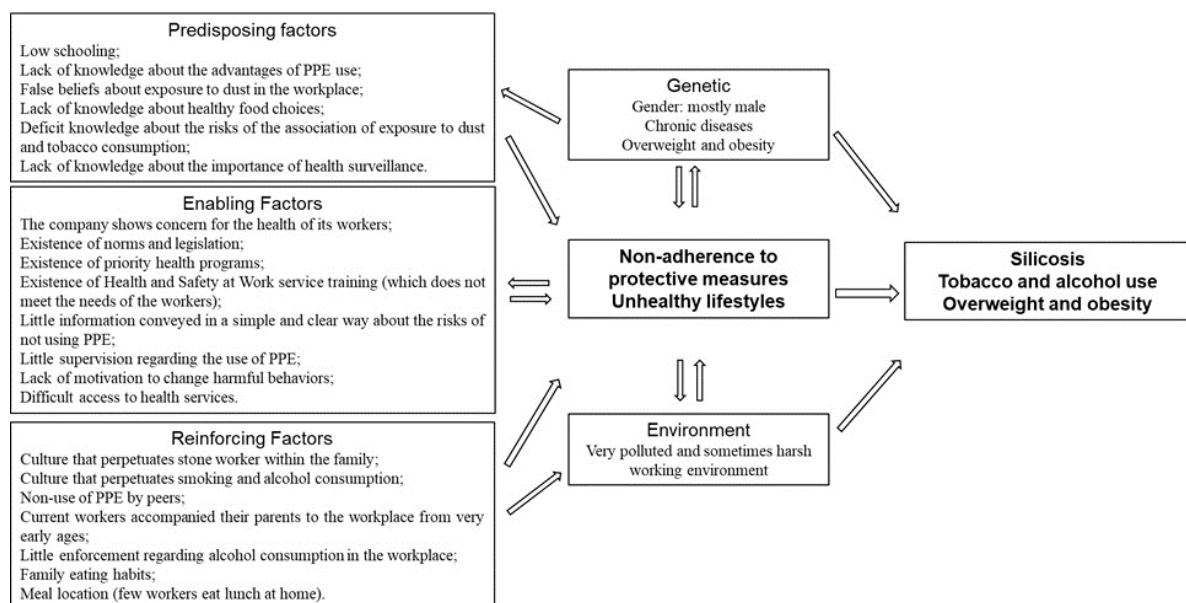


Figure 2. Predisposing, facilitating and reinforcing factors (adapted from Lawrence Green et al. [9] (p. 151)) of unhealthy lifestyles of stone industry workers.

The priority focuses for intervention were a lack of knowledge about ergonomics (35.9%); a lack of access to health care, with 4.9% reporting never having had an occupational health consultation and 32.1% reporting that what they had was insufficient; and a lack of participation in decision making about health at work (47.6%). Culture also has an important influence on the perpetuation of non-adherence to protection.

3.4. Phase 4: Health Program and Policy Development

The visit to the premises revealed that there was a permissive attitude towards the non-use of personal protective measures and alcohol consumption at work. When workers were asked if they had made any suggestions to the company for improving health and safety at work, only 32% said they had. Some workers said they had suggested more than one measure, with 45.5% relating to working conditions, 18.2% relating to means and materials and 15.2% relating to means of protection (PPE). The implementation of the suggested measures was reported by 79% of workers.

When asked “If you were the boss, what would you change?”, 62% did not answer. Of the respondents, the changes suggested were to improve pay (11.7%), work conditions (9.7%), working materials (7.8%) and the organization of tasks (6.8%). When asked if they would like the company to set up a committee of worker’s representatives, 57% said yes and 5% did not answer. The fact that 62% did not answer the first question may reflect, on the one hand, the perception that each worker may have different expectations about change as bosses, which would lead to a variety of answers or the choice not to answer; on the other hand, it seems to demonstrate a sense of lack of individual power or influence to effect significant change, while the proposal of a committee may be perceived as a collective way of exerting influence, and may suggest a greater awareness of the importance of organized participation and collaborative work for improving working conditions. The priority focuses for intervention are the lack of zeal in complying with legislation.

The PRECEDE phase was concluded in meetings with workers where a list of priority focuses for occupational nursing intervention was finalized and discussed, common to the various companies, “Activity and Associations”, “Nutrition”, “Tobacco”, “Mental Health” and the non-use of personal protective equipment. In company “B”, “Alcohol and other substances”, “Introspection” and “Behavior on the road” also stood out.

4. Discussion

From the data collected from the 102 workers in the three stone industry companies, it is clear that they have a low level of schooling, which can influence their health literacy and consequently the ability to understand and adhere to health and safety measures at work. It is known that higher levels of education are associated with higher levels of health literacy [19] and that natural resource extraction activities have an associated cost in terms of environment and human health [20]. In this study, we found risk situations that are in line with SDG 4, the 2030 agenda for Portugal, which states that “trends have been less favorable for educational outcomes and competencies in some areas” [12] (p. 46), and which are the focus of occupational nursing interventions: a very polluted working environment and a lack of adherence to individual and collective protection measures.

A heavily polluted working environment is associated with the prevalence of respiratory system diseases. New technologies and new collective protective equipment might help reduce the amount of silica dust in suspension, but not to safe levels. As we show in this study, chronic health problems associated with respiratory diseases (22.2%), of which 5.6% are silicosis, are particularly worrying. Silicosis is probably the oldest recognizable occupational disease and has traditionally been related to mining or quarrying, but its incidence can be reduced by implementing strong worker protection measures and dust control [21]. In our study, we can see the need to improve the implementation of protective measures by focusing on behaviors

associated with silicosis (low adherence to protection and safety measures at work) and cardiovascular disease (physical activity, nutrition, tobacco use, mental health), in order to contribute to reducing mortality from circulatory and respiratory diseases, within the scope of SDG 3 of the 2030 agenda for Portugal [12].

The analysis of predisposing, facilitating and reinforcing factors made it possible to identify the intensity of each factor, as well as to understand the complex interaction between them (Figure 3). Categorizing from this three-dimensional perspective makes it possible to organize nursing interventions based on the fact that people's decisions, although rational, may not be the right ones for their needs. The self-assessment of their lifestyle as "Very Good" suggests that workers are aware of the importance of lifestyle to their health, but the implementation of healthy practices may need reinforcement.

The three priority problems identified through the FLQ are aligned with national data: physical activity, nutrition and tobacco. "Around a third (30%) of all deaths registered in Portugal in 2019 can be attributed to behavioral risk factors, namely smoking, dietary risks, alcohol consumption and low levels of physical exercise" [22] (p. 7). Portugal's 2030 Agenda also mentions, in relation to SDG 2, "(...) unfavorable trends (...) with regard to diet" [12] (p.45). Evidence shows that behavioral factors such as low physical activity, unhealthy diet and smoking are major contributors to the burden of cardiovascular disease [23]. In 2019, 41% of Portuguese aged 16 and over suffered from at least one chronic disease, a higher proportion than in the EU (36%) [22].

The report "The Health of the Nation 1990–2016" states that risk factors are potentially modifiable causes of health loss. "The main risk factors for premature mortality in Portugal in 2016 are alcohol and drug consumption (...), inadequate diet, high blood pressure, tobacco consumption (...) pre-obesity and obesity." [24] (p. 17), which corroborates our data. Our study identified substance use, smoking and alcohol consumption as problems in this population, with alcoholism being one of the most serious. Smoking cessation improves mental well-being by reducing anxiety, depression and stress [25], but employers from the companies in our study mentioned that they have no control over the use of tobacco and alcohol during working hours, nor do they have the ability to monitor the situation.

It should be noted that the lack of motivation to adhere to healthy lifestyles and to the use of PPE may be related to false beliefs/attitudes as well as a false sense of invulnerability. There is also little confidence in health and safety services, as workers report a moderate to poor availability of prevention and harm reduction services but a reasonable accessibility to general health services. The difficulty in involving employers in enforcing health and safety measures can be seen in the lack of compliance with legislation aimed at protecting workers' health.

In our study, we identified a culture that perpetuates stone quarry working in the family, from an early age, which increases the risk of respiratory diseases. This is in line with the literature that shows that respiratory diseases are usually diagnosed in workers over 44 years of age—which may be associated with the need for a longer exposure time to develop the disease—and that many cases of silicosis are associated with a lack of adoption of preventive measures in silicogenic workplaces [26].

The stone quarry working context in Portugal is worrying and has probably not received sufficient attention, as illustrated by the fact that in 2020, there were only 16 health promotion actions at the national level for the extractive industry and 2176 for the manufacturing industry [27].

The average length of service in the stone industry (15.6 years) indicates an experienced working force, but at the same time suggests a greater cumulative exposure to occupational risks over many years. A low adherence to the use of personal protective equipment, especially masks, is a critical concern that needs to be addressed to protect the health of workers who carry out their activity in a potentially dangerous environment. The high percentage of workers who perceive health and safety at work as an asset to preserve their own health is encouraging. However, a sub-optimal understanding about the benefits of using PPE suggests the need to create specific health-promoting programs.

The low level of participation in decision making about health at work shows there is room for improvement in communication and worker involvement in health and safety policies and

practices. Employers' permissiveness for the non-use of PPE and alcohol consumption at work is a warning of the need to strengthen the application of safety policies.

5. Conclusions

This study had an innovative approach, involving the participants right from the definition of the health problem, and offers a comprehensive view of the working conditions and health of workers in the stone industry, in line with the responses to the sustainable development goals. A Participatory Health Research (PHR) approach was used, based on the PRECEDE-PROCEED model with mixed methods. Through participant observation, interviews and document analysis in three stone quarries, it was possible to identify focuses for occupational health nursing intervention (PRECEDE phase) in order to activate the co-creation and implementation of a program to promote the health of workers in the stone industry.

We found a population that is mostly poorly educated, affected by diseases of the circulatory and respiratory systems (in particular, silicosis—a disease associated with exposure to silica dust, which is particularly worrying and requires immediate intervention). The culture of perpetuating work in the stone industry within the family is an additional problem, as the time of exposure significantly increases—so this factor should also be considered when defining interventions. The failure to adopt preventive measures in silicogenic workplaces is an additional challenge that requires the active collaboration of companies to guarantee the health and safety of workers.

The results of this study also corroborate the concerns raised by employers, who seem to have been observing a decreasing interest in working in this kind of setting—as reflected in workforce shortages and high worker turnover.

Our study also provides a solid basis for involving workers in the co-creation and implementation of occupational health interventions, in order to improve health and increase the culture of safety in the stone industry, as well as define broader interventions related to behavioral risk factors, such as physical activity, nutrition, smoking and mental health.

Author Contributions: Conceptualization, C.A., C.M., G.G. and I.B.; methodology, C.A., C.M., G.G. and I.B.; software, C.A. and I.B.; validation, C.A., C.M., F.A., D.M., G.G. and I.B.; formal analysis, C.A. and I.B.; investigation, C.A., F.A. and D.M.; resources, C.A.; data curation, C.A.; writing—original draft preparation, C.A.; writing—review and editing, C.A., C.M., G.G., F.A., D.M. and I.B.; visualization, C.A.; supervision, C.A., C.M., G.G. and I.B.; project administration, C.A. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: This research received no external funding.

Institutional Review Board Statement: This study was conducted in accordance with the Declaration of Helsinki and approved by the Ethics Committee of the Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA:E 796/06-2021).

Informed Consent Statement: Informed consent was obtained from all subjects involved in this study.

Data Availability Statement: The data presented in this study are available on request from the corresponding author.

Public Involvement Statement: No public involvement in any aspect of this research.

Guidelines and Standards Statement: This manuscript was drafted against the Reporting of Primary Care Research: Consensus Reporting Items for Studies in Primary Care—the CRISP Statement for mixed-methods studies.

Acknowledgments: The authors would like to thank all the owners, managers and workers in the stone industry who were involved in this study.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflicts of interest.

References

1. González Caballero, J. Una enfermería del trabajo con perspectiva holística. *Arch. Prev. Riesgos Labor.* **2021**, *24*, 175–184.
2. DGS. Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC) Extensão 2018–2020 [Internet]. Lisboa. 2018. Available online: www.dgs.pt (accessed on 13 October 2023).

3. Programa Nacional para a Tuberculose. *Relatório de Vigilância e Monitorização da Tuberculose em Portugal dados Definitivos 2020*; DGS, Lisboa, Portugal, 2022.
4. Carvalho Sousa, S.; Magalhães Alves, C.; Santos, S.; Marques, F.; Duarte, R.; Gonçalves, G.; Carvalho, C. Tuberculosis: Where and how fast are stone quarry workers infected? *Eur. J. Public Health* **2020**, *30* (Suppl. 5), v292–v293.
5. MTSSS. DL n.º 71/2018 de 31 de Dezembro [Internet]. Diário da República, 1.ª série—N.º 59—25 de Março de 2019 Portugal. 2019. Available online: <https://files.dre.pt/1s/2019/03/05900/0169901700.pdf> (accessed on 26 January 2023).
6. WHO. Health Promotion [Internet]. 2023. Available online: https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab_1 (accessed on 11 December 2023).
7. Brito, I. *Pesquisa-Ação Participativa na co-Criação de Instituições de Ensino Superior Promotoras de Saúde*; Coleção Conscientizar; Palimage: Coimbra, Portugal, 2018.
8. MTSSS. *Segurança e Saúde*; Ministry of Labor, Solidarity and Social Security: Lisboa, Portugal, 2022.
9. Green, L.W.; Carlson Gielen, A.; Ottoson, J.M.; Peterson, D.V.; Kreuter, M.W. *Health Program Planning, Implementation, and Evaluation: Creating Behavioral, Environmental, and Policy Change*; JHU Press: Baltimore, MD, USA, 2022.
10. Green, L.W. Toward Cost-Benefit Evaluations of Health Education: Some Concepts, Methods, and Examples. *Health Educ. Monogr.* **1974**, *2* (Suppl 1), 34–64.
11. Kim, J.; Jang, J.; Kim, B.; Lee, K.H. Effect of the PRECEDE-PROCEED model on health programs: A systematic review and meta-analysis. *Syst. Rev.* **2022**, *11*, 213.
12. Instituto Nacional de Estatística. *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável—Agenda 2030. Indicadores para Portugal: 2015–2021* [Internet]. 2022. ISSN 2184-2264. ISBN 978-989-25-0603-6. Available online: <https://www.ine.pt/xurl/pub/31592402> (accessed on 13 October 2023).
13. ICPHR. *O que é a Pesquisa-Ação Participativa em Saúde (ICPHR Position Paper 1)*; *International Collaboration for Participatory Health Research*; Baltimore, MD, USA, 2013.
14. Silva, A.M.M.; Brito, I.D.S.; Amado, J.M.D.C. Tradução, adaptação e validação do questionário Fantastic Lifestyle Assessment em estudantes do ensino superior. *Ciência Saúde Coletiva* **2014**, *19*, 1901–1909.
15. Ferreira, P.L.; Ferreira, L.N.; Pereira, L.N. Contributos para a Validação da Versão Portuguesa do EQ-5D Contribution for the Validation of the Portuguese Version of EQ-5D [Internet]. 2013. Available online: www.actamedicaportuguesa.com (accessed on 04 June 2022).
16. Bardin, L. *Análise de Conteúdo*; Edições 70; Presses Universitaires de France: Paris, France, 1977.
17. WHO. International Classification of Diseases 11th Revision. 2022. Available online: <https://icd.who.int/en> (accessed on 13 October 2023).
18. WHO. Obesity and Overweight. 2021. Available online: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> (accessed on 13 October 2023).
19. Pedro, A.R.; Amaral, O.; Escoval, A. Literacia em saúde, dos dados à ação: Tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Rev. Port. Saude Publica* **2016**, *34*, 259–275.
20. Ayaz, M.; Jehan, N.; Nakonieczny, J.; Mentel, U.; uz zaman, Q. Health costs of environmental pollution faced by underground coal miners: Evidence from Balochistan, Pakistan. *Resour. Policy* **2022**, *76*, 102536.
21. Glenview, I. Silicosis: Ominous Resurgence of an Occupational Lung Condition Reported. 2020. Available online: <https://www.elsevier.com/about/press-releases/research-and-journals/silicosis-ominous-resurgence-of-an-occupational-lung-condition-reported> (accessed on 07 May 2023).
22. OCDE/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde. *Estado da Saúde na UE Portugal: Perfil de Saúde do País*; OCDE: Paris, France, 2021.
23. Tokgozoglu, L.; Hekimsoy, V.; Costabile, G.; Calabrese, I.; Riccardi, G. Diet, Lifestyle, Smoking. In *Prevention and Treatment of Atherosclerosis: Improving State-of-the-Art Management and Search for Novel Targets*; Springer: Berlin/Heidelberg, Germany, 2020.
24. DGS. Portugal-The Nation's Health 1990–2016. 2018. Available online: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22502/1/Portugal-The%20Nation%27s%20Health%201990-2016.pdf> (accessed on 25 January 2023).
25. Taylor, G.M.J.; Lindson, N.; Farley, A.; Leinberger-Jabari, A.; Sawyer, K.; te Water Naudé, R.; Theodoulou, A.; King, N.; Burke, C.; Aveyard, P. Cochrane review finds stopping smoking is linked to improved mental health. *Saudi Med. J.* **2021**, *42*, 459–460. Available online: <https://newsroom.wiley.com/press-releases/press-release-details/2021/Cochrane-Review-finds-stopping-smoking-is-linked-to-improved-mental-health/default.aspx> (accessed on 26 January 2023).
26. Correia, A.M.; Antunes, D.; Ramos, E.; Nogueira, J.R.; Castro, L.; Azevedo, M.; Frutuoso, M.A.; Neto, M.. *Relatório Saúde na Região Norte Medir para Mudar*. Centro Regional de Saúde Pública do Norte, Porto; 2005, 245536/06.
27. GEP, MTSSS. *Segurança e Saúde no Trabalho*; Gabinete de Estratégia e Planeamento: Lisboa, Portugal, 2022.

Disclaimer/Publisher's Note: The statements, opinions and data contained in all publications are solely those of the individual author(s) and contributor(s) and not of MDPI and/or the editor(s). MDPI and/or the editor(s) disclaim responsibility for any injury to people or property resulting from any ideas, methods, instructions or products referred to in the content.

ANEXO II – PROJETO APROVADO PELA COMISSÃO DE ÉTICA
(UICISA:E 796/06-2021)

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESENFC)

Parecer N.º 796/06-2021

Título do Projeto: Enfermagem de Saúde Ocupacional: pesquisa ação participativa na promoção da saúde do trabalhador da indústria da pedra

Identificação dos Proponentes

Nome(s):

Catarina Sofia Vieira Magalhães Alves
Irma da Silva Brito

Filiação Institucional:

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), Universidade do Porto (UP)
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra & UICISA:e

Investigadores Responsáveis:

Catarina Sofia Vieira Magalhães Alves
Irma da Silva Brito

Orientadores:

Irma da Silva Brito - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra & UICISA:e
Guilherme Gonçalves - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), Universidade do Porto (UP)
Carmina Morais – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo

Relator: Marília Maria Andrade Marques da Conceição e Neves

Parecer

Defendem as proponentes que "Existem poucos estudos focados nos estilos de vida dos trabalhadores e quase nenhuns focados no autocuidado ou na sua autorresponsabilização pelo próprio bem-estar" e que "A promoção da saúde do trabalhador tem sido assumida como um processo vertical" no qual são os serviços de saúde a identificar o risco e necessidades de saúde dos trabalhadores.

O estudo proposto tem como objetivo geral "Implementar um modelo de pesquisa-ação participativa para ativar processos de promoção da saúde do trabalhador".

Trata-se de um estudo de caso quasi-experimental com abordagem Pesquisa-ação Participativa em Saúde (PaPS) que "envolve pessoas e grupos para gerar mudanças nas suas vidas ou práticas profissionais".

A população é constituída por 200 trabalhadores das 3 empresas da indústria extrativa e transformadora da pedra da sub-região do Tâmega, apresentando as proponentes em anexo a devida autorização dos proprietários/representantes dessas empresas para a realização do estudo.

Serão incluídos todos os trabalhadores que voluntariamente consentirem em participar, dando o seu consentimento prévio através da assinatura do Termo de Consentimento Informado, que as proponentes apresentam em anexo. Contêm a devida identificação do estudo e das investigadoras, informações sobre como será assegurado o anonimato, a confidencialidade e a proteção das informações obtidas, os fins da sua utilização assim como os direitos dos participantes.

A recolha de dados será através de questionário, estando assegurado o anonimato do participante e da empresa.

Não há previsão de danos/riscos ou custos decorrentes da participação no estudo, identificando as proponentes como benefícios para os participantes a co-criação de

COMISSÃO DE ÉTICA
da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)
da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC)

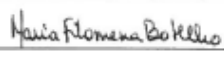
conhecimento trazendo resultados práticos e válidos para o contexto onde se produzem.

Julho de 2021 é a data prevista para início da recolha de dados e o fim está previsto para agosto de 2023.

O Termo de Responsabilidade está devidamente assinado pelas duas proponentes.

Nos pressupostos anteriores e havendo cumprimento de todos os requisitos éticos específicos para o estudo, a Comissão de Ética emite parecer favorável à sua realização tal como apresentado.

O relator: 

Data: 14/07/2021 O Presidente da Comissão de Ética: 

ANEXO III – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

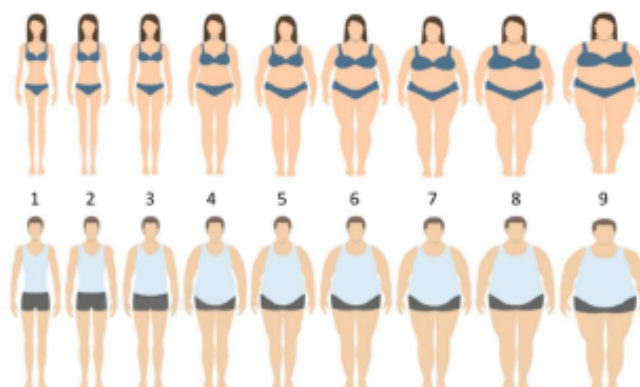
A. Caracterização

COD. _____

- 1 Sexo: M ___ F ___ Idade: ___ anos Escolaridade _____
- 2 Encontra-se a viver fora do seu local de residência habitual? Sim ___ Não ___
- 3 Com quem vive? _____
- 4 Residência: Urbano ___ Rural ___
- 4.1 Tem água da rede pública? Sim ___ Não ___
- 4.2 Tem saneamento? Sim ___ Não ___
- 5 Quantas pessoas fazem parte do seu agregado familiar? _____
- 6 Qual o rendimento mensal aproximado do seu agregado familiar?
 - ___ até 1 ordenado mínimo ($\pm 500\text{€}$)
 - ___ de 1 a 3 ordenados mínimos ($\pm 1500\text{€}$)
 - ___ de 4 a 6 ordenados mínimos ($\pm 3000\text{€}$)
 - ___ de 7 a 10 ordenados mínimos (± 5000)
 - ___ mais de 10 ordenados mínimos

B. Como me caracterizo

- 1 De 0 a 10, como classifica o seu estilo de vida relacionado com saúde, sendo zero mau e 10 excelente? _____
- 2 Das figuras apresentadas, indique o número que representa...



- 2.1 A forma como se vê (escolha o número) _____
- 2.2 A forma como gostaria de ser (escolha o número) _____
- 2.3 Já fez dietas de emagrecimento? Sim ___ Não ___
Se sim teve sucesso? Sim ___ Não ___
- 2.4 Peso _____ Altura _____ IMC _____ Perímetro abdominal _____
- 2.5 Como é confeccionada a sua comida? Com sal ___ Meio sal ___ Sem sal ___
- 3 Tem alguma doença? Sim ___ Não ___
- 3.1 Se sim qual(ais): _____
- 3.2 Toma alguma medicação diária? Sim ___ Não ___
- 3.3 Se sim qual(ais): _____

4 Considera ter vícios/dependências? Sim __ Não __

4.1 Se sim, quais? _____

4.2 Alguma vez tentou modificar esse comportamento? Sim __ Não __

4.3 Fuma? Sim __ Não __ Nº Cigarros que fuma/dia: _____

5 Em média, quantas horas saía de casa para atividades recreativas, antes do COVID-19? (em horas / semana) _____

5.1 Em média, quantas horas sai de casa para atividades recreativas, depois do COVID-19? (em horas / semana) _____

5.2 Quanto gasta, em média, por saída (inclui entradas, transporte, tabaco, alimentos)? _____ €

C. Como me sinto?

Assinale a opção que melhor corresponde à forma como se sente habitualmente	Concordo muito	Concordo	Discordo	Discordo muito
De uma forma geral, estou satisfeito/a comigo mesmo				
Às vezes penso que não presto para nada				
Penso que tenho algumas boas qualidades				
Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas				
Creio de que não tenho grande coisa de que me possa orgulhar				
Sinto-me, por vezes, verdadeiramente inútil				
Julgo que tenho, pelo menos, tanto valor como os outros				
Gostaria de ter mais consideração por mim próprio				
Bem vistas as coisas, sou levado a pensar que sou um falhado				
Tenho uma atitude positiva comigo mesmo				

D. Eu e o meu local de trabalho

1. Há quantos anos trabalha neste ramo? _____

1.1 Qual a sua função na empresa? (O que faz) _____

2. No caso de ser pedreiro, sente-se feliz por ser pedreiro? Sim __ Não __

3. Trabalhou sempre nesta empresa? Sim __ Não __

3.1 No caso de resposta negativa, porque mudou de empresa? _____

4. Na família houve/há familiares a trabalhar na indústria da pedra? Sim __ Não __

5. O pai trabalhava/trabalha na indústria da pedra? Sim __ Não __

5.1 Em caso afirmativo, quando era mais novo acompanhava o pai/permanecia na pedreira com o pai? Sim __ Não __

5.1.1 Em caso afirmativo, desde que idade? _____ anos

5.2 Em caso afirmativo, o pai teve diagnóstico de doença respiratória? Sim __ Não __

5.2.1 Em caso afirmativo, qual (ais)? _____

5.2.2 Parece-lhe existir relação entre a atividade laboral e a doença? Sim __ Não __

6 Qual a periodicidade com que tem consultas nos serviços de higiene e segurança no trabalho? Admissão __ Nunca tive __

Uma vez/ano __ Outro __

7 Quais os equipamentos de proteção individual que lhe parecem ser importantes para o exercício das suas funções? _____

7.1 Usava máscara durante o período de trabalho, antes da pandemia? Sim ___ Não ___ As vezes ___ Não se aplica ___

7.1.1 Usa máscara durante o período de trabalho, desde que se iniciou a pandemia? Sim ___ Não ___ As vezes ___ Não se aplica ___

7.1.2 Na sua perspetiva, desde que se iniciou a pandemia, utiliza a máscara com maior frequência/por maiores períodos?

Sim ___ Não ___ As vezes ___ Não se aplica ___

7.2 Foi-lhe explicada a importância do uso da máscara? Sim ___ Não ___ Não se aplica ___

7.2.1 Foi-lhe explicada a forma correta do uso da máscara? Sim ___ Não ___ Não se aplica ___

8. A saúde e a segurança no trabalho é uma mais valia para si? Sim ___ Não ___

9. A saúde e a segurança no trabalho é uma mais valia para a empresa? Sim ___ Não ___

10. Qual a periodicidade das formações do serviço de higiene e segurança no trabalho?

Anual ___ Semestral ___ 2 em 2 anos ___ Apenas na admissão ___

11. As formações vão ao encontro das suas necessidades? Sim ___ Não ___

12. O que gostaria que fosse abordado na formação? _____

13. A empresa mostra-se preocupada com a saúde dos seus trabalhadores? Sim ___ Não ___

14. A empresa organiza atividades extra ocupacionais para os trabalhadores? Sim ___ Não ___

14.1 Em caso afirmativo, quais? _____

15 Gostaria que a empresa tivesse uma Comissão de representantes dos trabalhadores? Sim ___ Não ___

16. Costuma sugerir medidas de mudança de saúde e segurança à empresa? Sim ___ Não ___

16.1 Em caso afirmativo, quais? _____

16.1.1 Em caso afirmativo, a empresa implementou alguma (s) medida(s)? Sim ___ Não ___

17 O seu trabalho obriga-o a esforçar muito o corpo? Sim ___ Não ___

17.1 Em caso afirmativo, lembra-se de alguma alternativa, que possa diminuir esse esforço? _____

18 No final de um dia de trabalho, como se sente?

Cansado ___

Narinas entupidas ___

Catarro ___

Nervoso ___

Dores de cabeça ___

Outros _____

19 Se fosse patrão desta empresa, o que mudaria? _____

20 PERCEÇÃO DO TRABALHADOR SOBRE SI E SOBRE A EMPRESA

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nenhuma /nunca
Preocupa-se com a sua saúde?					
Preocupa-se em utilizar equipamento de proteção individual					
Sente-se envolvido na tomada de decisão da empresa?					
É fácil aceder aos cuidados de saúde? (marcar consultas/ir às consultas)					
Tem conhecimento dos riscos a que está exposto nesta profissão?					
A empresa tem conhecimento de todos os acidentes de trabalho que ocorrem?					
Frequenta a formação dos serviços de higiene e segurança?					

E. AVALIAÇÃO DE GANHOS EM SAÚDE - QUESTIONÁRIO EQ-5D

Assinale com uma cruz (assim X), um quadrado de cada um dos seguintes grupos, indicando qual das afirmações melhor descreve o seu estado de saúde hoje.

1 Mobilidade

Não tenho problemas em andar ____

Tenho alguns problemas em andar ____

Tenho de estar na cama ____

2 Cuidados Pessoais

Não tenho problemas com os meus cuidados pessoais ____

Tenho alguns problemas em lavar-me ou vestir-me ____

Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a ____

3 Atividades Habituais (ex. trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer)

Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais ____

Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais ____

Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais ____

4 Dor / Mal-estar

Não tenho dores ou mal-estar ____

Tenho dores ou mal-estar moderados ____

Tenho dores ou mal-estar extremos ____

5 Ansiedade / Depressão

Não estou ansioso/a ou deprimido/a ____

Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a ____

Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a ____

6 Gostaríamos de saber o quanto a sua saúde está boa ou má HOJE

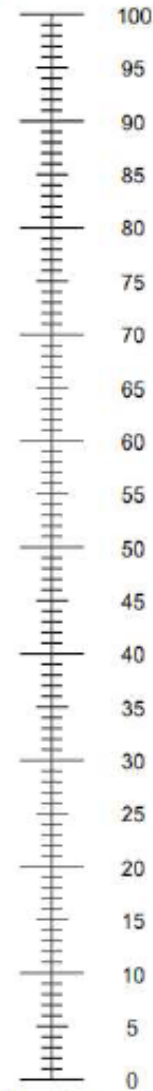
Gostaríamos de saber o quanto a sua saúde está boa ou má HOJE.

100 significa a melhor saúde que possa imaginar.

0 significa a pior saúde que possa imaginar

A SUA SAÚDE HOJE = ____

A melhor saúde que
possa imaginar



A pior saúde que
possa imaginar

COMO É O SEU ESTILO DE VIDA?

Preencha a grelha considerando a sua vida no último

mês.....

1 UBP = 1 bebida fermentada
2 UBP = 1 bebida destilada

F	A	N	T	A	S	T	I	C	O
Família e amigos	Actividade física/ Associativismo	Nutrição	Tabaco	Alcool e outras drogas	Sono e Stress	Trabalho / Tipo de personalidade	Introspecção	Comportamentos de saúde e sexual	Outros comportamentos
1. Tenho com quem falar do e assuntos que são importantes para mim.	3. Sou membro de grupo comunitário ou de auto-ajuda (clubes, clubes, desporto ou outros) e participo nas actividades:	5. Como duas porções de verduras e três de fruta diariamente.	9. Fumo cigarros:	11. A minha ingestão média semanal de bebidas alcoólicas (1 UBP=1 bebida).	17. Durmo bem e sinto-me descansado.	20. Sinto-me satisfeito com o meu trabalho ou afazeres.	23. Sou uma pessoa optimista e positiva.	26. Realizo exames preventivos de saúde e avaliação do estado de saúde.	29. Como pelo menos uma vez por semana alimentos saudáveis e protecciona a pessoa e todos os dias.
2. Dou e recebo carinho/afetos:	4. Realizo actividade física (andar, subir escadas, tarefas domésticas, fazer jardinagem) ou pratico desporto durante 30 minutos de cada vez.	7. Frequentemente como alimentos hipercalóricos (doces, salgados) ou fastfood.	10. Gosto de fumar cigarros por dia.	12. Bebo mais de 6 bebidas alcoólicas ocasionalmente na mesma semana.	18. Sinto-me capaz de gerir o stress do meu dia-a-dia.	21. Sinto-me aborrecido ou agressivo.	24. Sinto-me tenso ou pressionado.	27. Converso com a família ou amigos sobre temas de sexualidade.	30. Como condutor de carro, bicicleta, moto respeito as regras de trânsito inclusive o uso de telemóvel.
3. Ou mais vezes por semana	3 ou mais vezes por semana	Nenhum dos dois	Nenhum	Nunca	2. Quase sempre	2. Quase sempre	2. Quase sempre	2. Sempre	2. Sempre
4. As vezes	1 vez por semana	Alguns destes	1 a 10 cigarros por dia	Ocasionalmente	1. As vezes	1. Algumas vezes	1. As vezes	1. As vezes	1. As vezes
5. Quase nunca	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6. Caminho no mínimo 30 minutos diariamente.	5. Caminho no mínimo 30 minutos diariamente.	8. Ultrapassei o meu peso ideal em:		13. Conduzo veículos motorizados depois de beber álcool.	19. Relaxo e desfruto do meu tempo livre.	22. Sinto-me feliz com o meu trabalho e actividades em geral.	25. Sinto-me triste ou deprimido.	28. No meu comportamento sexual procuro-me com o bem-estar e a protecção do parceiro(a).	
7. Quase sempre	2	2	2	2	2	2	2	2	
8. As vezes	1	1	1	1	1	1	1	1	
9. Quase nunca	0	0	0	0	0	0	0	0	
10. Mais de 8 kg	0	0	0	0	0	0	0	0	
11. 5 a 8 kg	1	1	1	1	1	1	1	1	
12. 0 a 4 kg	2	2	2	2	2	2	2	2	
13. Mais de 8 kg	0	0	0	0	0	0	0	0	
14. 5 a 8 kg	1	1	1	1	1	1	1	1	
15. 0 a 4 kg	2	2	2	2	2	2	2	2	
16. Mais de 8 kg	0	0	0	0	0	0	0	0	
17. 5 a 8 kg	1	1	1	1	1	1	1	1	
18. 0 a 4 kg	2	2	2	2	2	2	2	2	
19. Mais de 8 kg	0	0	0	0	0	0	0	0	
20. 5 a 8 kg	1	1	1	1	1	1	1	1	
21. 0 a 4 kg	2	2	2	2	2	2	2	2	
22. Mais de 8 kg	0	0	0	0	0	0	0	0	
23. 5 a 8 kg	1	1	1	1	1	1	1	1	
24. 0 a 4 kg	2	2	2	2	2	2	2	2	
25. Mais de 8 kg	0	0	0	0	0	0	0	0	
26. 5 a 8 kg	1	1	1	1	1	1	1	1	
27. 0 a 4 kg	2	2	2	2	2	2	2	2	
28. Mais de 8 kg	0	0	0	0	0	0	0	0	
29. 5 a 8 kg	1	1	1	1	1	1	1	1	
30. 0 a 4 kg	2	2	2	2	2	2	2	2	
31. Mais de 8 kg	0	0	0	0	0	0	0	0	
32. 5 a 8 kg	1	1	1	1	1	1	1	1	
33. 0 a 4 kg	2	2	2	2	2	2	2	2	
34. Mais de 8 kg	0	0	0	0	0	0	0	0	
35. 5 a 8 kg	1	1	1	1	1	1	1	1	
36. 0 a 4 kg	2	2	2	2	2	2	2	2	
37. Mais de 8 kg	0	0	0	0	0	0	0	0	
38. 5 a 8 kg	1	1	1	1	1	1	1	1	
39. 0 a 4 kg	2	2	2	2	2	2	2	2	
40. Mais de 8 kg	0	0	0	0	0	0	0	0	
41. 5 a 8 kg	1	1	1	1	1	1	1	1	
42. 0 a 4 kg	2	2	2	2	2	2	2	2	
43. Mais de 8 kg	0	0	0	0	0	0	0	0	
44. 5 a 8 kg	1	1	1	1	1	1	1	1	
45. 0 a 4 kg	2	2	2	2	2	2	2	2	
46. Mais de 8 kg	0	0	0	0	0	0	0	0	
47. 5 a 8 kg	1	1	1	1	1	1	1	1	
48. 0 a 4 kg	2	2	2	2	2	2	2	2	
49. Mais de 8 kg	0	0	0	0	0	0	0	0	
50. 5 a 8 kg	1	1	1	1	1	1	1	1	
51. 0 a 4 kg	2	2	2	2	2	2	2	2	
52. Mais de 8 kg	0	0	0	0	0	0	0	0	
53. 5 a 8 kg	1	1	1	1	1	1	1	1	
54. 0 a 4 kg	2	2	2	2	2	2	2	2	
55. Mais de 8 kg	0	0	0	0	0	0	0	0	
56. 5 a 8 kg	1	1	1	1	1	1	1	1	
57. 0 a 4 kg	2	2	2	2	2	2	2	2	
58. Mais de 8 kg	0	0	0	0	0	0	0	0	
59. 5 a 8 kg	1	1	1	1	1	1	1	1	
60. 0 a 4 kg	2	2	2	2	2	2	2	2	
61. Mais de 8 kg	0	0	0	0	0	0	0	0	
62. 5 a 8 kg	1	1	1	1	1	1	1	1	
63. 0 a 4 kg	2	2	2	2	2	2	2	2	
64. Mais de 8 kg	0	0	0	0	0	0	0	0	
65. 5 a 8 kg	1	1	1	1	1	1	1	1	
66. 0 a 4 kg	2	2	2	2	2	2	2	2	
67. Mais de 8 kg	0	0	0	0	0	0	0	0	
68. 5 a 8 kg	1	1	1	1	1	1	1	1	
69. 0 a 4 kg	2	2	2	2	2	2	2	2	
70. Mais de 8 kg	0	0	0	0	0	0	0	0	
71. 5 a 8 kg	1	1	1	1	1	1	1	1	
72. 0 a 4 kg	2	2	2	2	2	2	2	2	
73. Mais de 8 kg	0	0	0	0	0	0	0	0	
74. 5 a 8 kg	1	1	1	1	1	1	1	1	
75. 0 a 4 kg	2	2	2	2	2	2	2	2	
76. Mais de 8 kg	0	0	0	0	0	0	0	0	
77. 5 a 8 kg	1	1	1	1	1	1	1	1	
78. 0 a 4 kg	2	2	2	2	2	2	2	2	
79. Mais de 8 kg	0	0	0	0	0	0	0	0	
80. 5 a 8 kg	1	1	1	1	1	1	1	1	
81. 0 a 4 kg	2	2	2	2	2	2	2	2	
82. Mais de 8 kg	0	0	0	0	0	0	0	0	
83. 5 a 8 kg	1	1	1	1	1	1	1	1	
84. 0 a 4 kg	2	2	2	2	2	2	2	2	
85. Mais de 8 kg	0	0	0	0	0	0	0	0	
86. 5 a 8 kg	1	1	1	1	1	1	1	1	
87. 0 a 4 kg	2	2	2	2	2	2	2	2	
88. Mais de 8 kg	0	0	0	0	0	0	0	0	
89. 5 a 8 kg	1	1	1	1	1	1	1	1	
90. 0 a 4 kg	2	2	2	2	2	2	2	2	
91. Mais de 8 kg	0	0	0	0	0	0	0	0	
92. 5 a 8 kg	1	1	1	1	1	1	1	1	
93. 0 a 4 kg	2	2	2	2	2	2	2	2	
94. Mais de 8 kg	0	0	0	0	0	0	0	0	
95. 5 a 8 kg	1	1	1	1	1	1	1	1	
96. 0 a 4 kg	2	2	2	2	2	2	2	2	
97. Mais de 8 kg	0	0	0	0	0	0	0	0	
98. 5 a 8 kg	1	1	1	1	1	1	1	1	
99. 0 a 4 kg	2	2	2	2	2	2	2	2	
100. Mais de 8 kg	0	0	0	0	0	0	0	0	

SOME OS PONTOS DE TODAS AS COLUNAS E MULTIPLIQUE POR DOIS (2)

TOTAL

De 103 a 120. Tem um Estilo de Vida Fantástico
De 85 a 102. Muito bem, está no caminho certo
De 73 a 84. Tem um estilo de vida a dequado

De 47 a 72. Tem um estilo de vida algo crítico, mas que pode melhorar
De 0 a 46. Está na zona de perigo, mas a sua honestidade é uma excelente qualidade

**ANEXO IV – CONSENTIMENTO INFORMADO (EMPRESA E
TRABALHADOR)**

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO NA ÁREA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR DA INDÚSTRIA DA PEDRA



Enfermagem de Saúde Ocupacional: pesquisa ação participativa na promoção da saúde do trabalhador da indústria da pedra

APRESENTAÇÃO DO ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, por favor assine o documento de Consentimento informado livre e esclarecido.

Este projeto está a ser desenvolvido por um grupo de investigadores, sendo a investigadora principal a Enfermeira Catarina Sofia Vieira Magalhães Alves, com o apoio da Prof Dra Irma da Silva Brito, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

O seu objetivo principal é implementar um projeto para ativar processos de Promoção da Saúde do trabalhador da indústria extrativa e transformadora da pedra. Para cumprir este objetivo, planeamos realizar atividades de grupo, efetivando pesquisa-ação participativa em saúde. Por isso solicitamos que participe avaliando a saúde e o ambiente de trabalho e dando sugestões de melhoria.

Todos os métodos a utilizar são seguros, não existindo qualquer risco de a experiência ser dolorosa pela sua participação. A confidencialidade e anonimato dos dados serão garantidos. A identificação far-se-á por um código, não existindo nenhuma referência a dados de identificação. Após análise de toda a informação recolhida, os dados serão destruídos. Os dados recolhidos são para uso exclusivo do presente estudo, não existindo quaisquer interesses financeiros a motivar o mesmo.

A sua participação é voluntária, e não existe contrapartida financeira ou de outra natureza, à sua participação. Em qualquer momento, poderá livremente recusar ou interromper a participação no estudo, sem qualquer tipo de penalização por este facto.

Em nome da equipa de investigação do projeto, manifestamos o nosso agradecimento pela sua participação, assim como a nossa disponibilidade para quaisquer esclarecimentos adicionais.

Investigador principal

Catarina Sofia Vieira Magalhães Alves

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

e-mail: saudeocupacionalpedreiras@gmail.com; Tel: 914637970

Orientadores científicos

Irma da Silva Brito. Professora Doutora, Professora Coordenadora Escola Superior Enfermagem de Coimbra

Guilherme Gonçalves. Professor Doutor, Professor Associado ICBAS, Universidade do Porto

Carmina Morais. Professora Doutora, Professora Coordenadora Instituto Politécnico Viana do Castelo

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO
EM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO**

Na qualidade de proprietário/representante da empresa envolvida no estudo acima referido, declaro que compreendi todos os objetivos da minha participação no mesmo, pelas informações escritas que me foram fornecidas pela equipa de investigação. Foi garantida a confidencialidade e anonimato dos dados, e a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas. Por isso aceito de livre vontade a participação neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária fornecerei, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e respetiva divulgação dos resultados no meio científico, desde que garantido o anonimato pessoal e institucional.

Nome Completo: _____

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

Este documento é feito em duplicado: uma via para o investigador, outra para quem consente

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO NA ÁREA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR DA INDÚSTRIA DA PEDRA



Enfermagem de Saúde Ocupacional: pesquisa ação participativa na promoção da saúde do trabalhador da indústria da pedra

APRESENTAÇÃO DO ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, por favor assine o documento de Consentimento informado livre e esclarecido.

Este projeto está a ser desenvolvido por um grupo de investigadores, sendo a investigadora principal a Enfermeira Catarina Sofia Vieira Magalhães Alves, com o apoio da Prof Dra Irma da Silva Brito, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

O seu objetivo principal é implementar um projeto para ativar processos de Promoção da Saúde do trabalhador da indústria extrativa e transformadora da pedra. Para o cumprimento deste objetivo, planeamos realizar atividades de grupo e pesquisa-ação participativa em saúde.

Todos os métodos a utilizar são seguros, não existindo qualquer risco de a experiência ser dolorosa pela sua participação. A confidencialidade e anonimato dos dados serão garantidos. A identificação far-se-á por um código, não existindo nenhuma referência a dados de identificação. Após análise de toda a informação recolhida, os dados serão destruídos. Os dados recolhidos são para uso exclusivo do presente estudo, não existindo quaisquer interesses financeiros a motivar o mesmo.

A sua participação é voluntária, não existindo nenhuma contrapartida financeira ou de outra natureza, à sua participação. Em qualquer momento, poderá livremente recusar ou interromper a participação no estudo, sem qualquer tipo de penalização por este facto.

Em nome da equipa de investigação do projeto, manifestamos o nosso agradecimento pela sua participação, assim como a nossa disponibilidade para quaisquer esclarecimentos adicionais.

Investigador principal

Catarina Sofia Vieira Magalhães Alves

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

e-mail: saudeocupacionalpedreiras@gmail.com; Tel: 914637970

Orientadores científicos

Irma da Silva Brito. Professora Doutora, Professora Coordenadora Escola Superior Enfermagem de Coimbra

Guilherme Gonçalves. Professor Doutor, Professor Associado ICBAS, Universidade do Porto

Carmina Morais. Professora Doutora, Professora Coordenadora Instituto Politécnico Viana do Castelo

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO
EM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO**

Na qualidade de participante no estudo acima referido, declaro que compreendi todos os objetivos da minha participação no mesmo, pelas informações escritas que me foram fornecidas pela equipa de investigação. Foi garantida a confidencialidade e anonimato dos dados, e a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas. Por isso aceito de livre vontade a participação neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária fornecerei, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e respetiva divulgação dos resultados no meio científico, desde que garantido o anonimato pessoal e institucional.

Nome Completo: _____

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

Este documento é feito em duplicado: uma via para o investigador, outra para quem consente

ANEXO V – TABELA PARA ORDENAÇÃO DE PRIORIDADES

Área	Problemas	MAGNITUDE	SEVERIDADE	EFICÁCIA	EXEQUIBILIDADE
		(0 A 10, sendo que 10 corresponde a uma maior magnitude – mais pessoas afetadas)	(0 A 10, sendo que 10 corresponde a uma maior severidade– pode analisar-se a nível de morbilidade, custos, incapacidade, mortalidade)	(0,5 a 1,5 – 0,5 é um problema de difícil resolução e 1,5 é de fácil resolução)	(0 ou 1, sendo que 1 é exequível e 0 não é exequível)
Trabalhadores	Patologia • doença crónica (35%) • dor (42%) • mal-estar psicológico (34,3%) • 31,3% apresentam excesso de peso e 13,7% obesidade • 10,7% de trabalhadores que não se preocupa com a sua saúde				
	Consumos • tabagismo e apenas 39,3% tem motivação para cessação tabágica • Alcoolismo porque bebem no trabalho				
	Défice de conhecimento SSHST e utilização EPI • défice de conhecimento sobre vantagens do uso de EPI • défice no uso de EPI, nomeadamente máscara (38,8%), botas/sapatos (40,8%), proteção de som para os ouvidos (46,6%), óculos/viseira (76,7%) • 4,9% refere nunca ter tido consulta de saúde ocupacional • défice de conhecimento sobre ergonomia (35,9%)				
	Acesso aos serviços de saúde: • 32,1% refere pouca facilidade de acesso défice de confiança sobre acesso aos cuidados de saúde				
Gestores	Défice de conhecimento SSHST e utilização EPI • défice de participação na tomada de decisão sobre saúde no trabalho (47,6%)				

APÊNDICE

**APÊNDICE I – PERCEÇÃO DE UM TÉCNICO SUPERIOR DE HIGIENE
E SEGURANÇA NO TRABALHO QUE INTEGRA UMA DAS
EMPRESAS DESTE ESTUDO ACERCA DO TRABALHO
DESENVOLVIDO**

“As acções de promoção da saúde revestem-se de grande importância como meio de sensibilização das pessoas para a adopção de estilos de vida mais saudáveis, dado o impacto positivo que podem ter na saúde geral das mesmas e consequente melhoria da sua qualidade de vida.

A educação para a saúde deve ser um desígnio nacional, já que, como tem vindo a ser ampla e frequentemente divulgado na comunicação social, problemas de saúde como a obesidade, o tabagismo e a depressão, apenas para citar alguns, têm fortíssimos impactos negativos na sociedade contemporânea. Mas, muitas vezes, o problema reside na dificuldade em chegar às pessoas e, neste campo, julgo que as organizações onde estas trabalham, a par das escolas, são um palco privilegiado e incontornável para as acções de promoção da saúde, tal como aquelas realizadas no âmbito deste projecto. A verdade é que passamos muitas horas do nosso dia a trabalhar e, por isso mesmo, os locais de trabalhos são espaços onde, muitas vezes, é possível chegar com alguma facilidade às pessoas. Creio ainda que é também essencial fazer um trabalho de sensibilização junto das entidades patronais, para que estas fiquem mais receptivas a colaborar nestas iniciativas, para que, por exemplo, disponibilizem os trabalhadores para a realização de sessões de informação e esclarecimento sobre a temática. É preciso fazer compreender administradores e gerentes que a promoção da melhoria da saúde geral dos seus trabalhadores terá também um impacto fortemente positivo na competitividade das suas organizações. Trabalhadores mais saudáveis são mais felizes, têm melhor desempenho profissional, faltam menos e são menos conflituosos. Uma força de trabalho composta por pessoas cientes de que a sua saúde é um dos seus maiores bens, é também uma força de trabalho mais receptiva ao cumprimento de normas de segurança no trabalho, o que reduzirá, certamente, a sinistralidade laboral e a incidência de doenças profissionais, com todos os benefícios que daí advêm. Trabalhadores que sentem que a sua organização se preocupa com a sua saúde são trabalhadores melhor integrados e que se sentem mais valorizados.

Em conclusão, acredito que a aposta num maior envolvimento das organizações na promoção e educação para a saúde das pessoas é incontornável e peca por tardia, se queremos efectivamente ter um impacto mais substancial e célere na saúde geral da população. É vital que acções como as realizadas no âmbito deste projecto deixem de ser situações pontuais e irrepetíveis e passem a fazer parte integrante da vida das organizações. Contudo, para tal acontecer, parece-me essencial efectuar um trabalho preparatório de sensibilização dos administradores e gerentes, sem a colaboração e empenho dos quais será muito difícil transformar as organizações em lugares onde a adopção de estilos de vida saudáveis é continuamente promovida.”

AUTORIA: P.N., técnico superior de higiene e segurança no trabalho



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

