

Saúde ocupacional aplicada a trabalhadores com deficiências e outras limitações

TIPO DE ARTIGO: Resumo de trabalho divulgado noutra contexto

AUTORES: Santos M.(1) Almeida A.(2)

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

Face às atuais condições económicas, em muitos países o desemprego da população geral atinge valores preocupantes; contudo, essa quantificação ajustada à subpopulação portadora de alguma limitação física e/ou mental, adquire valores ainda mais elevados. As equipas de Saúde Ocupacional poderiam fomentar uma discriminação positiva, através da orientação/ reabilitação profissional, capaz de proporcionar formação adequada a estes indivíduos e divulgar junto das entidades empregadoras quais as tarefas/ postos que poderiam ser executados ou adaptados; destacando ainda as respetivas vantagens económicas, técnicas e sociais. Contudo, a bibliografia existente sobre o tema é escassa e vaga.

CONTEÚDO

Algumas noções gerais

Alguns estudos estimam que cerca de 10% da população mundial detém algum tipo de incapacidade. No entanto, devido à evolução médica, a longevidade destes pacientes é cada vez maior, pelo que se torna mais importante fornecer um serviço de orientação/ reabilitação/ formação profissional.

Na generalidade dos estudos consultados a taxa de desemprego nestes indivíduos é muito superior à da população em geral; aliás, em alguns estudos, por vezes, quase duplica. Ainda assim, estas quantificações variam muito com as definições de trabalho aplicadas entre estudos.

Por vezes os empregadores demonstram-se reticentes em contratar indivíduos com deficiências; contudo, uma vez que o façam, após adquirir alguma experiência, ficam mais predispostos a contratar pessoas com incapacidades equivalentes. Quanto ao tamanho da empresa, as instituições de maior dimensão (pela variabilidade de postos e mais recursos) têm mais facilidade em dar este passo. Muitas vezes nem é necessária qualquer adaptação do posto de trabalho. Quando as entidades empregadoras não procedem às adaptações adequadas, surgem consequências negativas para todos: a empresa não obtém o lucro/ produtividade esperados e piora a sua imagem social e

segurança, sendo que os trabalhadores com deficiências voltarão a ter de procurar outro emprego, eventualmente realizar nova reabilitação/ formação profissional, com implicações financeiras e ao nível da autoestima. Ainda assim, torna-se complicado definir que tipo de incapacidade pode se adaptar a determinado posto de trabalho, uma vez que cada funcionário reúne personalidade, talentos e experiências profissionais prévias diferentes. Contudo, ter acesso a um emprego significa ter a possibilidade de se realizar profissionalmente, de se inserir na sociedade, aumentar a autoestima e adquirir independência económica; bem como acesso a melhores cuidados gerais de saúde (sobretudo em países com sistemas mais privatizados).

Alguns empregadores analisam apenas a parte técnica e não valorizam a integração social do funcionário com limitações, pelo que o trabalho em equipa ficará prejudicado. A aceitação e apoio dos outros funcionários são fundamentais, pelo que estes últimos devem receber formação sobre as limitações dos futuros colegas.

Para alguns indivíduos, dada a falta de oportunidades laborais, a solução poderá passar pela criação do seu próprio posto de trabalho; as características mais favorecedoras deste passo são um nível educacional/ académico mais elevado, gosto por desafios e vontade de provar competências. Outros optam por exercer no domicílio; assim, eliminam os problemas da acessibilidade/ mobilidade; contudo, alguns autores também mencionam que os custos de adaptar o domicílio, a falta de supervisão/ formação contínua e o isolamento profissional social, bem como as dificuldades de progressão na carreira, podem ser penalizadoras. Genericamente, um melhor nível educacional implicará uma escolha mais alargada de postos de trabalho com melhores condições (benefícios gerais, salários) e maior capacidade para negociar (horários, remuneração).

Realidade nacional e legislação

Em Portugal, a Lei nº 38/2004, de 18 de Agosto, incumbe o Estado de adotar estratégias para assegurar a proteção social das pessoas com deficiências, tendo em vista a autonomia pessoal e uma adequada integração profissional e social. É através do Decreto-Lei n.º 290/2009 de 12 de Outubro, que se operacionalizam os apoios para as pessoas com deficiências ou incapacidades, atribuindo ao Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP). Apostando numa política de discriminação positiva, o setor privado e a Administração Pública devem, tendo em conta a sua dimensão, contratar pessoas com deficiência, mediante contrato de trabalho ou de prestação de serviço, em número igual ou superior a 2% e 5% respetivamente. Existem, por exemplo, alguns incentivos para a contratação destes trabalhadores, nomeadamente a possibilidade de ter acesso a um subsídio equivalente ao primeiro ano de salários, dispensa de pagamento da segurança social por dois anos e/ou outros montantes para adaptações técnicas no posto de trabalho (até um máximo de 5000 euros), bem como subsídios para financiar o apoio de outros colegas de trabalho ou a menor produtividade do trabalhador em questão; é também possível contratar os serviços de um “animador”. Para além das adaptações técnicas diretas do posto de trabalho, estas verbas também poderão ser utilizadas para alargar portas, colocar rampas e varões, criar orientações

audio/ braille, tornar outro tipo de sinalética mais completo, aumentar a iluminância e/ou diminuir o ruído; alterações estas que proporcionarão melhores condições para todos os trabalhadores e clientes, sendo uma mais-valia para a empresa.

Limitações psiquiátricas

Estima-se que apenas 15% destes indivíduos tenha algum tipo de emprego ao longo da vida (considerando as situações mais complexas, obviamente). A generalidade dos empregadores demonstra oito vezes mais receio em contratar indivíduos com limitações psiquiátricas, versus físicas. A prevalência conhecida de patologia psiquiátrica entre trabalhadores será certamente inferior à realidade, uma vez que muitos tentam ocultar esta condição. Por exemplo, nos EUA estima-se que, entre os 15 e os 54 anos, cerca de 18% da população ativa tenha alguma alteração emocional e/ou psiquiátrica. Para além disso, uma parte significativa não faz tratamento pelo medo de ser discriminado ou despedido, ou então porque não consegue ter acesso aos serviços médicos e terapêuticas adequadas. Tal implica menor produtividade, maior absentismo e pior ambiente de trabalho. Indivíduos com doença mental grave geralmente apresentam limitações em manter a atenção/ concentração, aprender nova informação e recordar a previamente adquirida, resolver os problemas em tempo adequado e/ou planear; limitações essas importantes não só no desempenho das tarefas profissionais, como no processo de reabilitação/ formação profissional. Para além disso, enquanto que a sintomatologia psicótica, por exemplo, reverte ou atenua-se com tratamento, estas limitações cognitivas geralmente mantêm-se. Ainda assim, a generalidade dos indivíduos com défices mais severos estão institucionalizados e não são candidatos ao mercado de trabalho.

Doença bipolar ou maníaco-depressiva

Esta patologia caracteriza-se pela oscilação cíclica entre um humor demasiado elevado-mania (euforia, muita energia, exuberância, irritabilidade, impulsividade, libido exagerada, agressividade, falta de concentração, autoestima muito elevada) e um estado depressivo (desespero, culpa, ansiedade, perda de motivação e prazer). Podem coexistir períodos intermédios de normalidade ou de depressão muito suave. Apesar de a fase depressiva ser mais discreta, pode comprometer mais o desempenho laboral, segundo alguns autores. Alguns indivíduos realizam ciclos curtos, pelo que frequentemente transitam da mania para a depressão, diminuindo o tempo que ficam relativamente assintomáticos. Outros apresentam episódios de características mistas e/ou semiologia psicótica (como alucinações e delírios), apesar de tal não ser patognomónico. Por vezes, os sintomas são menos exuberantes, pelo que estes indivíduos podem facilmente ser classificados como tendo a depressão unipolar. A semiologia pode surgir ou agravar-se com qualquer tipo de *stress* ou privação de sono. Daí que as crises sejam mais frequentes nos trabalhadores noturnos, sobretudo as fases de mania. A maioria é diagnosticada entre a adolescência e o início da idade adulta, mas pode surgir na infância; quanto mais precoce, maior a interferência com as habilitações académicas e experiência profissional.

Não apresenta diferença de incidência entre sexos. Frequentemente coexistem outras patologias, como a toxicod dependência, ataques de pânico, doença obsessiva/compulsiva, fobia e/ou *stress* pós-traumático. Todas estas condições implicam não só atingimento da vida profissional, como pessoal (violência, rutura com o cônjuge e familiares, por exemplo). Estima-se que esta doença atinja cerca de 3,7 % da população com mais de 18 anos nos EUA, por exemplo. Neste país, apenas dois terços dos funcionários com este diagnóstico afirmam ter acesso a tratamento adequado. A procura pode no entanto ficar comprometida porque ou o indivíduo não reconhece ter a doença, ou porque não quer ser discriminado. Um estudo norte-americano estimou que, globalmente, cada trabalhador apresenta em média um absentismo de cerca de 28 dias por ano e o equivalente a 35 dias por perda de produtividade. Logo, esta patologia torna-se muito dispendiosa, direta (por hospitalizações, medicações, consultas) e indiretamente (absentismo, produtividade e acidentes); alguns autores acreditam mesmo que ficaria mais económico à entidade empregadora proporcionar ela mesmo o tratamento adequado ao funcionário.

Estes pacientes apresentam globalmente uma elevada taxa de desemprego, estimada por alguns investigadores em cerca de 60%. A capacidade destes pacientes manterem um posto de trabalho depende da sua adesão à terapêutica, reabilitação vocacional/profissional e apoio social (família, amigos e colegas de trabalho). A aceitação da terapêutica é também influenciada pela tolerância aos efeitos secundários (como alterações cognitivas e do equilíbrio); aliás, por vezes, ao iniciar um trabalho, reduzem-se as doses de algumas tomas, para diminuir os efeitos secundários; por sua vez, o sucesso laboral pode motivar uma melhor adesão à terapêutica. A funcionalidade laboral depende então da condição médica global, número de crises graves e existência de sintomatologia entre as fases de mania e depressão, comorbilidades e tratamento com fármacos que apresentam graves efeitos secundários.

Esquizofrenia

Estes pacientes, quando descompensados, apresentam delírios e comportamentos muito disruptivos com o meio de trabalho, família e conhecidos. Os indivíduos com mais idade podem apresentar menor probabilidade de ter problemas de toxicod dependência e maior experiência laboral mas, em contrapartida, também apresentam mais alterações cognitivas, comorbilidades e mais efeitos secundários da medicação crónica; acredita-se por isso que apenas 15 a 20% destes indivíduos esteja empregado; a experiência laboral prévia costuma ser muito escassa, o que compromete o acesso a empregos no futuro. Trabalhar com familiares poderá ser uma boa opção.

Limitações do Desenvolvimento- exemplo do Autismo

Esta doença caracteriza-se por ser uma perturbação complexa do desenvolvimento, na qual a comunicação e interação social estão geralmente muito comprometidas, sendo geralmente diagnosticada até aos três anos de idade. Estes indivíduos, por exemplo, não

conseguem perceber o estado emocional dos outros através das expressões faciais, tom de voz ou outras expressões corporais. Para além disso, como a patologia surge desde a nascença, as habilitações académicas e a experiência profissional podem ficar muito comprometidas. Por vezes, alguns autores reservam o termo autismo para os casos mais graves, distinguindo outras condições menos limitantes, como a síndrome de Asperger. Nas situações mais graves podem coexistir a epilepsia, atraso mental, comportamentos muito agressivos (incluindo automutilação), pica, síndrome depressivo e ansiedade.

Estes funcionários poderão necessitar de apoio contínuo no local de trabalho, no sentido de se manterem rotinas previsíveis, transmissão presencial da informação (com reforço visual/ lembretes), proporcionando algum *feed-back* acerca do seu desempenho laboral e ajudando na integração social com os colegas; poderá mesmo existir um funcionário que oriente/ vigie de forma mais próxima. Apesar de estes trabalhadores eventualmente terem condições físicas e intelectuais para desempenhar qualquer emprego, muito frequentemente sentem dificuldades, devido à sua falta de aptidões sociais, capacidade de comunicação, comportamentos/ interesses peculiares e dificuldade em se adaptar às mudanças. Contudo, simultaneamente são muito observadores e concentrados (exceto se existirem perturbações como ruído, luz, interrupções ou muitos funcionários aglomerados); têm muita tolerância para tarefas repetitivas e/ou isoladas e, geralmente, têm também boa capacidade de memorização; podendo exibir assim talentos totalmente acima da média. Aliás, poderão existir interesses intensos por alguns assuntos que, se possível, deverão condicionar a orientação vocacional. Contudo, estima-se que apenas 6% destes indivíduos tenha emprego remunerado a tempo inteiro. Alguns autores defendem que enquanto estudantes, estes deverão ter empregos a tempo parcial, de forma a adquirirem alguma experiência profissional e melhores aptidões sociais.

Limitações Físicas

Cegueira ou limitações visuais graves

Dentro das limitações físicas, os empregadores demonstram mais receio em contratar indivíduos cegos ou com graves limitações visuais; por vezes quase na mesma proporção que as patologias psiquiátricas graves. Estima-se que cerca de um em cada trinta europeus é cego ou tem acuidade muito baixa, ou seja, estão nesta situação nesse continente cerca de trinta milhões de indivíduos. A maioria dos que trabalha está na prestação de serviços, uma vez que alguns postos produtivos poderiam ser desadequados. Apesar da limitação visual, estes poderão ainda assim ser capazes de executar tarefas manuais complexas (como embalar ou contar). Existe maior empregabilidade para o sexo masculino, idade mais avançada, indivíduos casados, com mais habilitações literárias e experiência profissional prévia; tal irá também depender do fato de a perda de visão ter ocorrido antes ou depois de adquirir alguma experiência profissional; até mesmo entre estudantes, será muito mais provável que os que têm

problemas graves de visão nunca tenham tido um emprego a tempo parcial. Também aqui a possibilidade de o indivíduo criar o seu próprio posto de trabalho pode ser promissora.

Algumas das adaptações que as empresas poderão realizar passam pela sinalização de portas e escadas, regradar a circulação de peões, eliminar móveis ou outros obstáculos nos locais de circulação, dotar os elevadores com sinalética em Braille e/ou avisos sonoros, adaptações informáticas (por exemplo, tradução oral de textos) ou disponibilizar um funcionário que colabore em tais tarefas.

Alterações gerais na comunicação oral

Tendo em conta que cerca de 35 a 90% da comunicação laboral é oral, há muita relutância em contratar indivíduos com limitações nesta área. Existem várias condições médicas que implicam uma maior dificuldade na comunicação oral ou até justificam a sua inexistência. Presentemente existem dispositivos tecnológicos capazes de atenuar esta situação; os mais simples limitam-se a emitir um conjunto de frases pré-gravadas; os mais elaborados conseguem transformar um texto escrito em discurso oral. Existem ainda instrumentos não eletrónicos e mais acessíveis, como quadros para escrever, se aplicável. Existindo coordenação poderá também ser utilizada a linguagem gestual, com maior aplicabilidade se esta se restringir a um pequeno número de frases conhecidas pelos colegas de trabalho.

Surdez ou limitações auditivas graves

Nos EUA, estima-se que 10% da população total apresenta graves problemas de audição, ou seja, cerca de 22 milhões. Na Holanda, por sua vez, tal condição corresponderá a cerca de 3% dos trabalhadores.

As capacidades dos surdos são muito influenciadas pela altura em que a ocorrência surgiu ou se agravou: se congénita, desde a infância ou só na idade adulta- tal irá determinar a formação académica e experiência profissional; nos primeiros casos existem geralmente grandes dificuldades na leitura, escrita e capacidade geral de interpretação; por vezes as limitações são também sociais e, em alguns indivíduos, podem ainda coexistir outros problemas graves de saúde.

As tarefas acusticamente mais exigentes deverão ser agendadas para o início do turno, uma vez que o cansaço piora a audição; a existência de pausas após as tarefas mais ruidosas ou até um dia de folga extra a meio da semana são também medidas defendidas.

Como a maioria da informação entre colegas e com a chefia é transmitida via oral, estes funcionários ficam sempre muito limitados; deverá existir um protocolo que defina qual a forma de lhes dar acesso à mesma informação. Ler nos lábios poderá, em algumas

circunstâncias, ser muito útil, mas nem todos têm essa capacidade; para além disso, mesmo potenciada, apenas permite a compreensão de uma parte reduzida da comunicação global.

Lesões medulares

Nos EUA, por exemplo, sem contabilizar os acidentados que falecem no momento, estima-se que surjam anualmente cerca de 10.000 novos casos de lesão medular traumática; a prevalência neste país está quantificada em cerca de 230.000 indivíduos. Estima-se que a taxa de emprego varie de 13 a 69%, valores esses explicados pelas diferentes definições de trabalho; além disso, temos investigações com amostras diferentes a nível de idade, habilitações e gravidade da lesão. Um dos artigos consultados, também referente a esse país, quantificou que a empregabilidade entre os que tinham menos e mais que doze anos de escolaridade era 5,3 e 68,8%, respetivamente. Alguns estudos estimaram que cerca de 95% dos lesionados com mais de 16 anos de escolaridade trabalharam pelo menos uma vez após o acidente.

Um dos preditores mais importantes para o regresso ao mercado de trabalho é a gravidade da lesão, acessibilidade/ mobilidade, horário de trabalho (tempo inteiro ou parcial), nível educacional e experiência profissional prévia. São ainda destacados por alguns autores o *locus* de controlo e a personalidade.

Contudo, muitos não consideram voltar a trabalhar devido à existência de outros problemas graves de saúde, como a espasticidade, dor crónica, infeções do trato urinário, dificuldades em utilizar a casa de banho, controlo de esfíncteres ou úlceras de pressão; outros ainda tomam tal decisão em função da perda de regalias financeiras que ocorreria com a segurança social caso recebessem um salário. Para além disso, a generalidade destes indivíduos envelhece precocemente, atingindo-se um declínio de saúde mais acentuado, sobretudo a partir da quarta década de vida. Mesmo dentro do grupo dos que trabalham, cerca de 33,6% apresenta dor suficientemente intensa para interagir negativamente com a capacidade de trabalho.

Outras barreiras assinaladas são a mobilidade dificultada (com particular destaque para a capacidade/ condições para conduzir um veículo adaptado); extrinsecamente são também mencionados os transportes desadequados, as dificuldades arquitetónicas, a discriminação negativa dos empregadores, falta de formação/ reabilitação profissional adequadas, bem como ausência de supervisão ajustada e adaptação ao posto de trabalho.

Estudos específicos para o meningomielocelo (alteração medular congénita) quantificam que a taxa de emprego é ainda mais baixa que para as lesões medulares traumáticas, uma vez que na idade do acidente, em princípio, o indivíduo já adquiriu alguma experiência académica ou até mesmo laboral.

A Equipa de Saúde Ocupacional deve averiguar a necessidade de apoio a nível de higiene pessoal e/ou para iniciar o dia (sair da cama e ir até o local de trabalho)- por vezes existem familiares dispostos a participar, outras vezes é necessário contratualizar esse serviço. Já no local de trabalho, alguns não têm a capacidade de utilizar sozinho a casa de banho, pelo que deverá ficar previamente estabelecido se algum colega tem disponibilidade para colaborar: aliás, deverá existir um plano de atuação caso a roupa se suje devido à incontinência. Em alguns casos o funcionário poderá necessitar de apoio para comer e beber; também a este nível deverá ficar estipulado quem poderá ajudar. O orientador vocacional deverá perceber se o indivíduo conduz um carro adaptado, se o conseguiria fazer ou se usa ou poderia usar os transportes públicos e/ou boleia de algum familiar/ amigo/ colega. Deverá também ser analisada a acessibilidade externa (como parques, rampas) e interna (barreiras, elevadores); bem como a existência ou necessidade de adquirir ajudas técnicas para adaptar o posto de trabalho.

CONCLUSÕES

Tendo em conta a fase de recessão económica que a generalidade dos países atravessa, o acesso ao emprego para a população geral está já muito dificultado em determinadas circunstâncias; nos indivíduos com limitações o problema adquire uma dimensão incrivelmente superior. Se as Equipas de Saúde Ocupacional divulgassem junto das entidades empregadoras as vantagens económicas e sociais de contratarem funcionários portadores de deficiências/ limitações, oferecendo obviamente apoio técnico para todo o processo, estes indivíduos poderiam ter uma melhor hipótese de ter alguma independência económica e melhor qualidade de vida global.

Nas bases de dados consultadas não surgiram trabalhos relacionados com a realidade portuguesa, pelo que seria muito pertinente conhecermos melhor a percentagem da população nacional portadora de deficiência, qual a limitação específica, quais os que estão empregados (em que áreas e tipo de contratos/ horários/remunerações); posteriormente seria também importante realizar investigação direta nos projetos entretanto criados, de forma a perceber quais os postos de trabalho que melhor se adequam genericamente a determinadas deficiências, com ou sem adaptações (e de que tipo).

BIBLIOGRAFIA

Santos M, Almeida A. Deficiências na Saúde Ocupacional ou Trabalhadores Especiais

Revista Segurança. 2014, maio- junho, 220: 34-40.

(1)Santos M.: Licenciada em Medicina; Especialista em Medicina Geral e Familiar; Mestre em Ciências do Desporto; Especialista em Medicina do Trabalho; Presentemente a exercer nas empresas Medicisforma, Clinae, Servinecra e Serviço Intermédico; Diretora Clínica da empresa Quercia; Diretora da Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional on line

(2)Almeida A.: Mestre em Enfermagem Avançada; Especialista em Enfermagem Comunitária; Pós-graduado em Supervisão Clínica e em Sistemas de Informação em Enfermagem; Docente na Escola

de Enfermagem, Instituto da Ciências da Saúde- Porto da Universidade Católica Portuguesa; Diretor Adjunto da Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional on line

Santos M. Almeida A., Saúde ocupacional aplicada a trabalhadores com deficiências e outras limitações. 2016, volume 1, 1-5. DOI:10.31252/RPSO.10.03.2016/2