



**ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE (APNOR)
INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA**

**A PERCEÇÃO DOS COLABORADORES SOBRE RISCOS E DOENÇAS PROFISSIONAIS: UM ESTUDO EM
MISERICÓRDIAS**

Eloísa Sofia Santinho Flora

*Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Bragança para obtenção de Grau de
Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Empresas*

Orientadores: Professor Doutor António Jorge Silva Trindade Duarte
Mestre Cláudia Guimarães Pinto Pereira

Bragança, Abril de 2013



**ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE (APNOR)
INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA**

**A PERCEÇÃO DOS COLABORADORES SOBRE RISCOS E DOENÇAS PROFISSIONAIS: UM ESTUDO EM
MISERICÓRDIAS**

Eloísa Sofia Santinho Flora

*Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Bragança para obtenção de Grau de
Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Empresas*

Orientadores: Professor Doutor António Jorge Silva Trindade Duarte
Mestre Cláudia Guimarães Pinto Pereira

Bragança, Abril de 2013

RESUMO

As Organizações devem desenvolver ferramentas de gestão capazes de identificar, contextualizar e eliminar/reduzir os riscos ocupacionais para a estruturação de ambientes saudáveis de trabalho.

Nas instituições associadas com a Santa Casa da Misericórdia são desempenhadas funções com níveis de exigência elevados, impondo constantes desafios aos seus colaboradores. Neste sentido, pretendeu-se caracterizar a percepção dos colaboradores de três Misericórdias (Bragança, Mirandela e Vinhais) em relação aos riscos e doenças profissionais.

Para a recolha de dados aplicou-se um questionário, seguindo uma tipologia de estudo transversal, não experimental, quantitativo e exploratório-descritivo. Na amostra registou-se uma grande prevalência de colaboradores/profissionais do género feminino (94,8%).

No conjunto das três organizações estudadas, foram assinalados 64 acidentes de trabalho, verificando-se uma predominância dos riscos psicossociais (64,1%) entre os riscos a que os trabalhadores acidentados afirmaram estar expostos. Por outro lado, os mesmos trabalhadores consideraram estar expostos a risco químico apenas em 18,8% dos casos. O aumento de produtividade e lucros para as organizações advêm da minimização dos AT/DP, pelo que todos os riscos devem ser controlados. Porém, face aos resultados obtidos, parece ser notória a maior necessidade de controlo dos riscos psicossociais, que deverão também ser reconhecidos através de um quadro normativo mais exigente.

Entre as 33 categorias profissionais estudadas, a auxiliar de acção directa (12,01%), a auxiliar de serviços gerais (12,01%) e ajudante de lar (8,71%) foram as que registaram maiores índices de riscos psicossociais.

A presente investigação permitiu identificar os riscos ocupacionais em colaboradores das Misericórdias, proporcionando um conhecimento da realidade laboral nestas organizações uma vez que existem poucos estudos relacionados com esta área/temática, permitindo assim uma gestão dos recursos humanos para uma área cada vez mais relevante como o 3.º sector.

Palavra-chave: Misericórdia, colaboradores, riscos psicossociais, doenças profissionais.

RESUMEN

Las organizaciones deben desarrollar herramientas de gestión capaces de identificar, contextualizar y eliminar/reducir los riesgos laborales para la estructuración de ambientes de trabajo saludables.

En las instituciones asociadas a la Santa Casa de Misericórdia funciones se realizan con altos niveles de demanda, lo que requiere constantes desafíos a sus empleados. En este sentido, hemos tratado de caracterizar la percepción de los empleados de las tres Gracias y favores (Bragança, Bragança y Vinhais) en relación con los riesgos y enfermedades.

Para la recolección de datos se aplicó un cuestionario, siguiendo una tipología de sección transversal, no experimental, cuantitativo y descriptivo, exploratorio. En la muestra hubo una alta prevalencia de los empleados/mujer profesional (94,8%).

En las tres organizaciones estudiadas, se han reportado 64 accidentes de trabajo, con un predominio de los riesgos psicosociales (64,1%) entre los riesgos a los que los trabajadores que sufrieron accidentes dijeron estar expuestos. Por otra parte, los mismos trabajadores consideraran estar expuestos a riesgos químicos sólo en el 18,8% de los casos. El aumento de la productividad y los beneficios para las organizaciones derivan de minimizar AT/DP, de modo que todos los riesgos deben ser controlados. Sin embargo, en función de los resultados obtenidos, parece evidente que hay una mayor necesidad de control de los riesgos psicosociales, para lo que su cuadro normativo deberá ser más exigente.

Entre las 33 categorías profesionales estudiadas, la acción auxiliar directo (12,01%), los servicios auxiliares general (12,01%) y de ayuda doméstica (8,71%) fueron los que experimentaron mayores tasas de riesgo psicosocial.

Esta investigación identificó a los empleados sobre los riesgos laborales de la Misericórdia, proporcionando un conocimiento práctico de la realidad en estas organizaciones, ya que hay pocos estudios sobre este asunto / tema, lo que permite una gestión de recursos humanos para un área cada vez más relevante como la 3^{a.} Sector.

Palabra clave: Misericórdia, trabajadores, riesgos psicosociales, enfermedades profesionales.

ABSTRACT

The Organizations must develop management tools able to identify, contextualize and eliminate/reduce occupational risks for structuring work healthy environments.

In institutions related with Social Solidarity Institutions there are highly demanding work roles, imposing constant challenges to its workers. In this regard, the objective was to describe the three Social Solidarity Institutions workers perception (located in Bragança, Mirandela and Vinhais) of occupational risks and diseases.

A survey was used as tool for data collection, following a transversal, non experimental, quantitative and descriptive-exploratory study type. The sample was characterized as having a great prevalence of feminine workers/professionals (94,8%).

In the three studied organizations, 64 accidents were reported, with a predominance of psychosocial risks (64.1%) among those to which injured workers claimed to be exposed. Moreover, these same workers declare to be exposed to chemical hazards only in 18.8% of the cases. The increase in productivity and profits for organizations arise from minimizing AT/DP; thereby, all risks must be controlled. However, given the obtained results, the greater need for psychosocial risk control became evident. Accordingly, the normative framework should also reflect this demand.

Among the 33 studied professional categories, medical auxiliaries (12,01%), general services auxiliaries (12,01%) and nursing home auxiliaries (8,71%) were the workers that registered higher rated of psychosocial risks.

This study allowed the identification of occupational risks in workers, providing a broader knowledge of working conditions inside these organizations, once there is a little number of studies related to this area/subject. The obtained outcome enable human resource management strategies towards a growing relevant area like the 3rd work sector.

Keywords: Mercy, workers, psychosocial risks, occupational diseases.

AGRADECIMENTOS

Com apresentação deste trabalho, pretende-se expressar os mais sinceros agradecimentos a todos aqueles que de alguma forma o tornaram possível.

Especialmente aos orientadores desta dissertação, Professor Doutor António Duarte e Professora Mestre Cláudia Pereira, o enorme reconhecimento pela sua disponibilidade, pelos seus ensinamentos, pelas suas orientações e pertinência das suas observações.

Aos Directores Técnicos das respectivas Santas Casas de Misericórdia de Vinhais, Bragança e Mirandela onde este trabalho foi realizado, pela sua colaboração e apoio quer no incentivo ao preenchimento quer na distribuição e na recolha dos questionários.

Aos Provedores das respectivas Santas Casas de Misericórdia de Vinhais, Bragança e Mirandela que participaram neste estudo, e sem a autorização dos mesmos não seria possível assistir à realização deste trabalho, um muito obrigado.

A todos os colaboradores que prontamente preencheram os questionários distribuídos, também deixo aqui o meu agradecimento.

Aos meus pais e minhas/meus amigas/os que me auxiliaram e me acompanharam em todos os momentos, um enorme bem-haja.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAOHN – American Association of Occupational Health Nurses
AESST – Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho
AT – Acidente de Trabalho
ATL – Actividades de Tempos Livres
CBSE – Centro de Bem Estar Social
CLMBSP – Comissão do Livro Branco dos Serviços de Prevenção
CSPB – Centro Social e Paroquial de Baçal
DP – Doenças Profissionais
DSO – Departamento de Saúde Ocupacional
EPC – Equipamento de Protecção Colectiva
EPI – Equipamento de Protecção Individual
ICOH – International Commission on Occupations Health
ILO – International Labor Organisation
IM – Irmandade da Misericórdia
IPA – Instituições Particulares de Assistência
IPQ – Instituto Português da Qualidade
IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social
ISS – Instituto de Segurança Social
MGQLI – Manual de Gestão de Qualidade para Lares de Idosos
MP – Misericórdia Portuguesa
NP – Norma Portuguesa
OHSAS – Occupational Health and Safety Assessment Series
OIT – Organização Internacional de Trabalho
OMS – Organisation Mondiale de la Santé
OMS – Organização Mundial de Saúde
PDCA – Plan Do Check Act
RP – Riscos Psicossociais
RSI – Rendimento de Inserção Social
SAD – Serviço de Apoio Domiciliário
SCMB – Santa Casa de Misericórdia de Bragança
SCMM – Santa Casa de Misericórdia de Mirandela
SCMV – Santa Casa de Misericórdia de Vinhais
SMC – Santas Casas da Misericórdia
SO – Saúde Ocupacional
SPSS – Statistical Package for the Social Sciences
SS – Segurança Social
SST – Segurança e Saúde no Trabalho
UMP – União das Misericórdias Portuguesas
v.p. – valor de prova

VLE – Valor Limite de Exposição
WHO – World Health Organization

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	IX
ÍNDICE DE QUADROS	X
ÍNDICE DE TABELAS	XI
INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I – MISERICÓRDIAS PORTUGUESAS	4
1.1. BREVE RESENHA HISTÓRICA	4
1.2. ORGANIZAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS PORTUGUESAS	5
CAPÍTULO II – SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO	9
2.1. POLÍTICAS DE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO.....	9
2.2. ACIDENTES DE TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS.....	10
2.3. EQUIPAMENTOS DE PROTECÇÃO COLECTIVA E INDIVIDUAL.....	14
CAPÍTULO III – FONTES DE RISCO	16
3.1. RISCOS BIOLÓGICOS.....	17
3.2. RISCOS FÍSICOS	19
3.3. RISCOS QUÍMICOS	22
3.4. RISCOS ERGONÓMICOS/MECÂNICOS	24
3.5. RISCOS PSICOSSOCIAIS	26
CAPÍTULO IV – ESTUDO EMPÍRICO: CARACTERIZAÇÃO	28
4.1. POPULAÇÃO E TAXA DE RESPOSTA.....	28
4.2. INFORMAÇÃO RECOLHIDA.....	28
4.3. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS.....	29
CAPÍTULO V – ESTUDO EMPÍRICO: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	31
5.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICO.....	32
5.1.1. CARACTERIZAÇÃO EM RELAÇÃO AO GÉNERO	32
5.1.2. CARACTERIZAÇÃO EM RELAÇÃO À IDADE	33
5.1.3. FACTORES DE VULNERABILIDADE PESSOAL.....	34
5.1.4. OCUPAÇÃO DOS TEMPOS LIVRES	35
5.1.5. CARACTERIZAÇÃO EM RELAÇÃO ÀS HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	35
5.1.6. CATEGORIA PROFISSIONAL	36
5.1.7. RELAÇÃO JURÍDICA DE TRABALHO	37
5.1.8. HORÁRIO DE TRABALHO.....	37
5.1.9. MÉDIA DE HORAS DE TRABALHO.....	38
5.1.10. EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL	39
5.1.11. ANTIGUIDADE NA ENTIDADE	40
5.2. RISCOS PROFISSIONAIS	40
5.2.1. RISCOS OCUPACIONAIS A QUE SE ENCONTRAM EXPOSTOS	40
5.2.2. ACIDENTES DE TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS.....	42
5.2.3. ATITUDES PARA PREVENIR/EVITAR RISCOS PROFISSIONAIS.....	42
CAPÍTULO VI – CONCLUSÕES E LINHAS DE SUGESTÃO FUTURAS	53

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
ANEXOS	63
ANEXO I – INQUÉRITO SOCIODEMOGRÁFICO E RISCOS PROFISSIONAIS NAS MISERICÓRDIAS	64
ANEXO II – CAMPANHA DE AVALIAÇÃO DE RISCOS PSICOSSOCIAIS EXECUTADA PELA AUTORIDADE DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO	71

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos colaboradores por instituição	32
Gráfico 2 – Caracterização dos colaboradores em relação ao género.....	33
Gráfico 3 – Distribuição dos colaboradores por idade	33
Gráfico 4 – Caracterização dos factores de vulnerabilidade pessoal	35
Gráfico 5 – Distribuição dos colaboradores por ocupação dos tempos livres dos colaboradores	35
Gráfico 6 – Caracterização dos colaboradores por habilitações literárias.....	36
Gráfico 7 – Distribuição dos colaboradores por categoria profissional.....	36
Gráfico 8 – Distribuição dos colaboradores por relação jurídica de trabalho	37
Gráfico 9 – Distribuição dos colaboradores por horário de trabalho.....	38
Gráfico 10 – Distribuição dos colaboradores por número de horas de trabalho diárias.....	39
Gráfico 11 – Distribuição dos colaboradores por experiência profissional	39
Gráfico 12 – Distribuição dos colaboradores por antiguidade na entidade	40
Gráfico 13 – Distribuição dos colaboradores por riscos a que se encontram expostos	41
Gráfico 14 – Distribuição dos colaboradores por atitudes para prevenir/evitar riscos profissionais da primeira grelha	42
Gráfico 15 – Distribuição dos colaboradores por diferentes medidas de prevenção da segunda grelha.....	43

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação dos Agentes Biológicos segundo Decreto-Lei nº84/97 de 16 de Abril, art. 4 (Arrabaço, 2008).	18
Quadro 2 – Lista não exaustiva de algumas situações de risco biológico, principais profissionais expostos e áreas de risco e alguns procedimentos possíveis de adoptar (DSO, 2010, p.37).	18
Quadro 3 – Lista não exaustiva de algumas situações de risco físico, principais profissionais expostos e áreas de risco e alguns procedimentos possíveis de adoptar (DSO, 2010, p.39/40).	21
Quadro 4 – Lista não exaustiva de algumas situações de risco químico, principais profissionais expostos e áreas de risco e alguns procedimentos possíveis de adoptar (DSO, 2010, p.38). ..	23
Quadro 5 – Lista não exaustiva de algumas situações de risco ergonómico/mecânico, principais profissionais expostos e áreas de risco e alguns procedimentos possíveis de adoptar (DSO, 2010, p.41).	25
Quadro 6 – Lista não exaustiva de algumas situações de risco psicossocial, principais profissionais expostos e áreas de risco e alguns procedimentos possíveis de adoptar. (DSO, 2010, p.41)	27
Quadro 7 – Apresentação e atribuição de alíneas aos itens da primeira parte da questão 16.	29
Quadro 8 – Apresentação e atribuição de alíneas aos itens da segunda parte da questão 16	30
Quadro 9 – Codificação de itens referentes à primeira grelha da questão 16.....	43
Quadro 10 – Codificação de itens referentes à segunda grelha da questão 16.....	44

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Comparação da população com a amostra do estudo.	32
Tabela 2 – Relação de respostas atribuídas aos dois itens (Q16B03 e Q16B04) em avaliação.	45
Tabela 3 – Relação entre a ocorrência de acidentes de trabalho e a existência de vulnerabilidades.....	45
Tabela 4 – Relação entre o número de colaboradores que tiveram acidentes de trabalho e manifestaram existência de riscos biológicos.	46
Tabela 5 – Relação entre o número de colaboradores que tiveram acidentes de trabalho e manifestaram existência de riscos físicos.	46
Tabela 6 – Relação entre o número de colaboradores que tiveram acidentes de trabalho e manifestaram existência de riscos químicos.....	47
Tabela 7 – Relação entre o número de colaboradores que tiveram acidentes de trabalho e assinaram existência de riscos mecânicos/ergonômicos.	47
Tabela 8 – Relação entre o número de colaboradores que tiveram acidentes de trabalho e assinaram existência de riscos psicossociais.	48
Tabela 9 – Relação entre o número de colaboradores que tiveram acidentes de trabalho e/ou doenças profissionais.....	49
Tabela 10 – Relação entre o número de colaboradores que tiveram acidentes de trabalho e as instituições onde o questionário foi aplicado.....	50
Tabela 11 – Relação entre o número de colaboradores que assinaram existência de riscos psicossociais com a actividade profissional.	51
Tabela 12 – Média e desvio-padrão do Teste <i>t</i> para amostras independentes (Acidentes de Trabalho e Experiência).	51
Tabela 13 – Média e desvio-padrão do Teste <i>t</i> para amostras independentes (Acidentes de Trabalho e Idade).	52

INTRODUÇÃO

Na perspectiva de Chiavenato (2002), as organizações de saúde estão sujeitas a interferências dinâmicas, nomeadamente: demográficas e de mobilidade, económico-financeiras, sociais e culturais, legislativas, tecnológicas e funcionais.

Existe actualmente uma consciência crescente para considerar as condições de trabalho como factores determinantes na saúde e desempenho dos trabalhadores. Se estes tiverem formação adequada que lhes permita proceder correctamente, de forma a criar e manter um ambiente seguro, beneficiarão não só a equipa de saúde, mas também o utente, o ambiente e consequentemente a comunidade (Lima, 2008).

Escoval, Vaz e Alves (1998), apresentam em Portugal o hospital moderno, cuja expressão é o Hospital Central, e, concomitantemente, desenvolvem-se as Misericórdias. Estas instituições constituem uma resposta às necessidades crescentes fomentada nas alterações sociais e laborais que a sociedade actual atravessa.

Neste sentido, o desenvolvimento deste estudo surgiu com o intuito de melhorar o conhecimento da realidade ocupacional das Misericórdias, bem como o desempenho profissional ao nível da compreensão dos riscos laborais e da sua relação com os acidentes de trabalho (AT) e doenças profissionais (DP).

As Misericórdias são organizações com capacidade de solucionar as respostas sociais que enquadram os séniores, com o apoio domiciliário, lares, centros do dia, cuidados continuados integrados, entre outros. E também crianças com actividades de tempos livres (ATL's), centros infantis e berçários (Instituto da Segurança Social - ISS, 2005).

Os problemas no âmbito da saúde ocupacional (SO) são inevitavelmente influenciados por factores de variada ordem e que é indispensável identificar, uma vez que os profissionais estão expostos a diversos riscos. Assim, a implementação da qualidade nestas instituições requer mudanças na cultura organizacional, exigindo principalmente motivação e alterações comportamentais (SCML, 2008).

Para Miguel (2007, p.42), o risco afirma-se como a “combinação da probabilidade e da(s) consequência(s) da ocorrência de um determinado acontecimento perigoso”.

Contudo, segundo Sousa *et al.* (2004), esses riscos podem ser minimizados se os profissionais tiverem acesso a informação que lhes permita agir correctamente de forma a criar e a manter um ambiente de trabalho seguro.

Neste sentido, as organizações terão que estruturar uma nova dinâmica que motive os colaboradores para alcançarem os objectivos da organização com o aumento de produtividade e com a consequente melhoria das condições de trabalho (Silva, Silva, Silva, Souza & Santos, 2009).

Para Alves (1994), o conhecimento e os efeitos dos factores de risco a que estão sujeitos afectam a conservação da saúde dos trabalhadores.

A identificação dos riscos ocupacionais constitui a chave de sucesso para as Organizações, uma vez que contribui com informação indispensável para o planeamento das intervenções preventivas apropriadas. As relações trabalho vs. doença enquadram-se no conceito de nível de exposição (in)aceitável se encontrar muito relacionado com os efeitos dependentes da dose. Neste tipo de efeitos a gravidade varia com a dose e aceita-se a existência de um dado limiar (valor limite de exposição, VLE) abaixo do qual esses efeitos não são observados (Ribeiro & Ribeiro, 1997; Uva & Faria, 2000).

Para promover a saúde dos trabalhadores, a prevenção deve ser entendida como toda a acção para evitar ou diminuir os riscos profissionais, devendo integrar uma sequência metodológica em todos os domínios da actividade profissional. Esta sequência depende da adopção de um conjunto de medidas de protecção, envolvendo essencialmente a identificação e avaliação dos riscos, efectuada através da análise e caracterização da respectiva actividade. A importância da mudança de cultura na identificação dos riscos traduz-se numa mais-valia para as Organizações (*Occupational Health and Safety Assessment Series – OHSAS 18001:2007*).

Nesta perspectiva, é de extrema importância a identificação dos riscos ocupacionais. Seguindo este pressuposto, o objectivo geral deste estudo é a análise das relações existentes entre a percepção que os trabalhadores fazem das suas condições de trabalho, ou seja, das práticas de segurança e saúde vigentes nas instituições. As etapas necessárias à concretização do objectivo geral podem ser identificadas nos seguintes objectivos específicos:

- Análise e caracterização de informação recolhida:
 - ✓ Caracterizar a população de colaboradores das Misericórdias;
 - ✓ Identificar e analisar os riscos ocupacionais inerentes ao desempenho das diferentes profissões;
 - ✓ Avaliar e priorizar os riscos;
 - ✓ Identificar as medidas correctivas e preventivas a implementar.

Pelas razões enumeradas, é fundamental que as instituições conheçam os riscos ocupacionais e realizem avaliações regulares. Uma identificação de riscos adequada garante que todos os riscos relevantes são considerados, para além de permitir a verificação da eficácia das medidas de segurança adoptadas, o registo dos resultados da avaliação e a revisão da avaliação com o intuito de se manter actualizada (Europe Commission, 1996).

A relevância deste estudo baseia-se no processo de identificação de riscos, que deve ser considerado como o ponto de partida na abordagem da gestão da saúde e segurança. Se todo o processo de identificação não for bem conduzido ou não for de todo realizado, as medidas de prevenção adequadas não serão provavelmente identificadas e/ou aplicadas.

O processo de identificação de riscos é um processo complexo que deve ser organizado e adoptado como componente integrante da estratégia organizacional. Desta forma, embora as organizações não fiquem isentas de problemas, passam a dispor de ferramentas de gestão capazes de prevenir as influências nefastas.

Este trabalho terá como principal intuito a divulgação de informação acerca dos riscos ocupacionais das Misericórdias, combatendo as práticas de trabalho rotinizadas.

Do ponto de vista estrutural, a presente dissertação encontra-se organizada em duas partes, o que faculta o enquadramento do tema e metodologia usada.

Primeiramente, será feito o enquadramento teórico, no qual se abordará a temática da segurança e saúde no trabalho e as respectivas actividades básicas, a história e a organização das Misericórdias em Portugal. Na segunda secção desta primeira parte, serão caracterizados os riscos profissionais, focalizando os aspectos referentes à sua definição, classificação bem como as situações mais prováveis para a sua ocorrência.

A segunda parte incidirá nos aspectos metodológico, onde serão referidos os métodos utilizados no estudo, descrevendo-se a forma de recolha de dados, o instrumento utilizado para sua recolha e o tratamento estatístico aplicado.

De seguida, serão apresentados os resultados do estudo e respectiva discussão.

Posteriormente serão expostas as conclusões e sugestões para investigação futura e a bibliografia.

CAPÍTULO I – MISERICÓRDIAS PORTUGUESAS

1.1. Breve Resenha Histórica

Para fomentar as Misericórdias Portuguesas (MP), devemos definir o sentido lato da palavra “misericórdia” que pode ser considerada uma virtude ou uma força para a prática do bem (Araújo, 2010).

A 15 de Agosto de 1498, D. Leonor também considerada pelo povo português como a Rainha da Misericórdias, ordenou a criação de Misericórdias com ajuda do seu confessor Frei Miguel Contreiras (Serrão, 1988 e Sousa, 2002).

O motivo que levou à existência de tal instituição foi o triunfalismo dos Descobrimentos, pois enquanto uns enriqueciam com os tesouros vindo de Além-Mar a maior parte do povo sofria privações: os que morriam nos naufrágios e nas lutas; a miséria a que estavam entregues os residentes no país; a migração rumo à cidade de Lisboa de todos aqueles que ávidos de fortuna e ventura, procuravam uma oportunidade de embarcar; o quadro desolador deixado pelas epidemias de 1480, 1490 e 1496 com conseqüente isolamento e medo de contaminação (Sousa, 1996).

Após o surgimento da Misericórdia de Lisboa em 1498, surgiram até 1525 (ano da morte de D. Leonor) mais 61 Misericórdias. O compromisso da Misericórdia de Lisboa incluía disposições necessárias para a realização de todas as formas de assistência a pessoas carenciadas. Ao longo do século XVI, entre 1525 e 1599, organizaram-se várias Irmandades em todo o país, por iniciativa de Rei D. Manuel (Serrão, 1988; Romão, 2002 e Sousa, 2002).

O “Compromisso” da Misericórdia propunha cumprir os 14 preceitos de Misericórdia divina, sete deles de natureza espiritual: dar bom conselho; ser benevolente para os pecadores; consolar os infelizes; perdoar a quem errou; ter paciência para as injúrias; ensinar os ignorantes; rogar a Deus pelos vivos e mortos. Os restantes sete eram de natureza humana: curar os doentes; visitar os presos; dar de comer aos famintos e beber aos sequiosos; vestir os nus; abrigar os pobres e viajantes; enterrar os mortos (Serrão, 1988).

A assistência permanente das misericórdias, ainda no século XVI, prestava actividades como apoio a pobres, indigentes, órfãos e desprotegidos, gerindo hospitais e albergarias, através da recolha de esmolas, promovendo funerais, ajudando presos e condenados, oferecendo saídas processuais e manifestações religiosas. A partir da segunda metade do século XVI, a 19 de Março de 1561, D. Catarina autorizou que as misericórdias obtivessem o direito de acolher bens de raiz, começando a apropriar e desenvolver patrimónios impressionantes. Aos que antes dependiam de acumulação de esmolas e arrendamentos para sua sobrevivência, o apoio material mostrou-se fundamental na estabilização e desenvolvimento do seu labor assistencial (Sousa, 2002).

No governo Filipino de 1581 a 1640, a acção das Misericórdias manteve-se a bom ritmo, sendo fundados novos institutos de assistência, e proporcionando uma ampla cobertura de melhoria das condições de vida das populações (Serrão, 1990).

As Misericórdias também tiveram expansão a nível das colónias Portuguesas, em África, Índia e Brasil, designadas por Misericórdias de Ultra-Mar. Em particular, onde as consequências da guerra se faziam sentir, a assistência proporcionada pelas Misericórdias permitiu aos doentes, idosos e mendigos uma cobertura espiritual e hospitalar aos desprotegidos de fortuna (Serrão, 1991).

“A fundação das misericórdias não foi uma iniciativa da igreja enquanto instituição” (*União das Misericórdias Portuguesas* – UMP, 2003, p.8). A proveniência das misericórdias é entendida como monumento de assistência social, não como investimento religioso, espiritual e social. Apesar de as raízes doutrinárias que estimularam e sustentaram a actuação destas confrarias terem sido definidas pela doutrina cristã (UMP, 2003 e Sousa, 2002).

O congresso de Viseu, em 1976, ficou marcado pela união e actualização das MP, tendo como objectivo o começo de uma nova era, multiplicando as suas valências assistenciais. Esta União é formada por todas as irmandades da Misericórdia (IM) que votaram e que aderiram mais tarde, tendo como finalidade: orientar, coordenar, dinamizar e representar estas instituições, defendendo os seus interesses, organizando serviços de interesse comum e fomentando entre eles os princípios que formaram a base cristã da sua origem (Estatuto da UMP, 1977).

1.2. Organização das Misericórdias Portuguesas

As instituições particulares de assistência (IPA) podem consagrar-se como associações ou fundações, entre as quais se destacam, com regime especial, as Santas Casas da Misericórdia (SCM). Nestas instituições podem incluir-se os “hospitais, hospícios, asilos, casas pias, creches, lactários, albergues, dispensários, sanatórios, (...) e estabelecimentos análogos, fundados por particulares, desde que aproveitem em especial aos habitantes de determinada circunscrição e não sejam administrados pelo Estado ou por um corpo administrativo” (Decreto-Lei nº 31:095, de 31 de Dezembro de 1940).

Exemplos de estabelecimentos de assistência ou beneficência eram as Santas Casas da Misericórdia, que se regiam por estatutos/“compromissos” elaborados em “harmonia com o espírito tradicional da instituição, para a prática da caridade cristã” (Decreto-Lei nº 31:095, de 31 de Dezembro de 1940).

Através do Decreto-Lei nº 35:108 de 7 de Novembro (1945), a administração do culto e a “prestação de assistência religiosa e moral aos assistidos” era responsabilidade das irmandades ou confrarias canonicamente erigidas pertencentes às Misericórdias. Estas têm por lei obrigações e prerrogativas que as diferenciam das restantes instituições particulares, como por exemplo, a coordenação da assistência desenvolvida no respectivo concelho, enquanto “órgãos locais de saúde e assistência” Lei nº 2120 de 19 de Julho (1963), entre outros.

As Instituições Privadas de Solidariedade Social (IPSS) surgiram através da organização do sistema de Segurança Social, que abrangeu todas as antigas IPA cujos fins se identificassem com o novo sistema unificado de Segurança Social (SS), definidos na Lei Constitucional (2005).

Em 1979, o Decreto-Lei nº 519-G2/79 de 29 de Dezembro caracterizou o estatuto das IPSS como sendo instituições sem fins lucrativos, criadas por iniciativa particular, com o propósito de dever moral de solidariedade e justiça entre indivíduos e com o objectivo de proporcionar serviços ou prestações de SS.

As IM consideravam-se “associações constituídas na ordem jurídica canónica com o objectivo de satisfazer carências sociais e de praticar actos de culto católico, de harmonia com o seu espírito tradicional, informado pelos princípios da doutrina e moral cristãs”, denominando-se os seus estatutos como «compromissos» (Decreto-Lei nº 519-G2/79, de 29 de Dezembro de 1979).

Com os estatutos das IPSS definidos em 1979, as IM sofreram uma profunda alteração na denominação supramencionada. Juntando as IM numa só instituição, em vez da separação que era feita por Misericórdia – instituição de assistência e Misericórdia – associação religiosa. Apesar do reconhecimento da natureza canónica das Misericórdias, manteve-se o tradicional relacionamento entre o Estado e estas instituições, determinando-se que o Estatuto se aplicaria, de forma a manter as sujeições que as caracterizam (Decreto-Lei nº 35:108, de 7 de Novembro de 1945).

Segundo o Artigo 61º do Decreto-Lei nº 519-G2/79 de 29 de Dezembro, a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa está regulamentada por legislação especial ao ser qualificada como “Instituto Público”.

Com o alargamento dos objectivos das IPSS, o Decreto-Lei nº 519-G2/79 sofreu alterações, entrando em vigor o Decreto-Lei nº 119/83 de 25 de Fevereiro (1983), que caracterizava os estatutos das IPSS por serem instituições sem fins lucrativos, criadas por iniciativa particular, com o propósito de dever moral de solidariedade e justiça entre indivíduos, que não sejam administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico e que se proponham a concessão de bens e a prestação de serviços (segurança social/acção social, promoção/protecção da saúde, educação/formação profissional, resolução dos problemas habitacionais das populações).

Ao abrigo do mesmo Decreto-Lei as IPSS podem ter outros fins não lucrativos compatíveis com os fins característicos, como por exemplo, fins culturais, recreativos entre outros. Com este Decreto-Lei continuou a não ser aplicável o Estatuto das IPSS na Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, mas já não refere a natureza jurídica como foi referido no Decreto-Lei nº 519-G2/79.

Juridicamente as IPSS podem assumir as seguintes formas:

- Associações de solidariedade social;
- Associações de voluntários de acção social;
- Associação de socorros mútuos ou associações mutualidades;
- Fundações de solidariedade social;
- IM ou SCM (Decreto-Lei nº 119/83 de 25 de Fevereiro de 1983).

As IM ou SCM apresentam diversas respostas sociais nas quais trabalham, além das respostas vocacionadas para idosos (centros de convívio, centro de dia, serviço de apoio domiciliário, lares, etc.); têm também na área de infância e juventude (creche, estabelecimento de ensino pré-escolar, centro de actividades de tempos livres, lares de jovens, etc.); na área da família (centro comunitário, etc.); na área da toxicodependência; dos sem-abrigo e outras (cuidados médicos, ensino, etc.). O seu raio de acção movimenta-se em torno de questões sociais muito peculiares que visam a melhoria de habitação, emprego, saúde, educação, serviços e equipamentos sociais (Jacob, 2002 e Romão, 2002).

Como tal, e observando-se que o envelhecimento populacional é um facto universal e um desafio das sociedades modernas, o processo de cuidar dos idosos assume-se como um processo estruturado, sistémico e de proximidade (Ribeirinho, 2005).

Estas instituições apresentam ambientes complexos que oferecem um elevado número de riscos ocupacionais para os seus profissionais predispondo os mesmos para a ocorrência de AT de natureza múltipla. Neste sentido, os profissionais envolvidos devem identificar os riscos existentes, e devem alegar a implementação de melhorias organizacionais permitindo assim comportamentos seguros.

Nas instituições em estudo também podemos caracterizar os recursos humanos, dando mais relevância às funções/tarefas de cada categoria profissional de forma global. Nesta abordagem é dado maior destaque às ajudantes de acção directa/ajudantes de lar (funções muito similares), auxiliares de serviços gerais e educadores de infância, uma vez que têm contacto mais próximo com os utentes/clientes aos quais prestam serviços.

A categoria de ajudante de acção geral/ajudante de lar designa profissionais que trabalham directamente com os idosos, quer individualmente, quer em grupo, tendo em vista o seu bem-estar:

- requisitam, recebem, controlam e distribuem os artigos de higiene e conforto,
- procedem ao acompanhamento diurno e ou nocturno dos clientes;
- realizam a transferência dos idosos, bem como os seus posicionamentos e ajudam na mobilidade dos mesmos;
- asseguram a alimentação regular dos gerontes;
- substituem as roupas de cama e de casa de banho, procedem ao acondicionamento, arrumação, distribuição, transporte e controlo das roupas lavadas e à recolha de roupas sujas;
- prestam cuidados de higiene, conforto e salubridade aos clientes e colaboram na prestação de cuidados de saúde que não requeiram conhecimentos específicos (CSPB, 2011).

As auxiliares de serviços gerais desempenham actividades similares, que incluem:

- assegurar as condições de conservação, salubridade e organização das instalações e equipamentos;

- requisitar, receber, controlar e distribuir os artigos de higiene residencial bem como de roupas de cama e casa de banho;
- executar a limpeza e arrumação das instalações e equipamentos;
- assegurar o transporte de alimentos e outros artigos;
- servir refeições em refeitórios;
- prestar cuidados de higiene e conforto aos clientes e colaborar na prestação de cuidados de saúde que não requeiram conhecimentos específicos (CSPB, 2011).

Finalmente, as educadoras de infância organizam e aplicam os meios educativos adequados ao desenvolvimento integral da criança, nomeadamente psicomotor, afectivo, intelectual, social e moral; acompanham também a evolução da criança e estabelecem contactos com os pais no sentido de obter uma acção educativa integrada (CBES, 2011).

As instituições de apoio aos idosos (lares) estão disponíveis 24 h por dia e 365 dias por ano, sendo necessário ter colaboradores que trabalhem em regime de horário fixo ou por turnos. Tendo por base o enquadramento legal definido em Diário da República, estas instituições podem contratar colaboradores por tempo indeterminado ou termo certo ou incerto (Lei nº. 12-A/2008, 27 de Fevereiro).

CAPÍTULO II – SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO

Numa acção concertada da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Internacional do Trabalho (OIT) o conceito de saúde ocupacional/condições de higiene e segurança no trabalho foi definido em 1950 e posteriormente revisto em 1995. Esta definição defende a promoção e manutenção do mais elevado nível de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores em todas as profissões, prevenindo toda alteração na saúde destes pelas condições de trabalho. Os trabalhadores devem estar protegidos contra os riscos para a saúde, sendo posicionados e mantidos num posto que convenha às suas aptidões fisiológicas e psicológicas. Em suma deve adaptar-se o trabalho ao Homem e o Homem ao trabalho (World Health Organization - WHO, 2002).

Actualmente a área da segurança e saúde no trabalho (SST) tem tido um crescente impacto na sociedade devido à existência de problemas como os acidentes de trabalho (AT), que reflectem prejuízos graves no plano económico e social. Numa tentativa de melhorar a qualidade de vida e a produtividade dos trabalhadores a nível mundial, realizou-se um comité conjunto composto pela OIT e OMS, no qual foram estabelecidos os seguintes objectivos para SO:

1. A promoção e manutenção, no mais alto grau, do bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores em todas as ocupações;
2. A prevenção entre os trabalhadores de doenças ocupacionais causadas pelas suas condições de trabalho;
3. A protecção dos trabalhadores nos seus empregos dos riscos resultantes de factores adversos à sua saúde;
4. A colocação e conservação (manutenção) dos trabalhadores nos ambientes ocupacionais adaptados às suas aptidões fisiológicas e psicológicas (WHO, 2002).

2.1. Políticas de Segurança e Saúde no Trabalho

As Normas da *Occupational Health and Safety Assessment Series* (OHSAS) 18001:2007 têm por objectivo facultar às organizações elementos de um sistema de segurança de gestão mais eficaz da SST.

O sucesso deste sistema provém do compromisso de todos os níveis e funções e particularmente das chefias. As OHSAS pretendem apoiar e promover as boas práticas de SST em simultâneo com as necessidades socioeconómicas.

A metodologia conhecida como PDCA (Plan-Do-Check-Act = Planear-Executar-Verificar-Agir) é a base da norma da OHSAS 18001:2007.

Muito sumariamente o PDCA pode ser descrito da seguinte forma:

- Planear: determinar os objectivos e procedimentos essenciais para atingir os resultados de acordo com a política de SST da organização;
- Executar: implementar os procedimentos;

- Verificar: monitorizar e medir os processos em relação à política e aos objectivos da SST, aos requisitos legais e outros, e divulgar os resultados;
- Agir: executar as acções para melhorar ininterruptamente o desempenho da SST.

Segundo as normas da OHSAS 18001:2007, os principais elementos do sistema de gestão da SST são a política de SST, o planeamento, a implementação e operação, a verificação e acção correctiva e a análise crítica pela direcção, contribuindo para uma melhoria contínua.

De acordo com Graça (2004), a aplicação de um sistema integrado de gestão da SST pode resultar em condições vantajosas como:

- Definição conjunta dos objectivos da SST e da organização sem que haja divergências;
- Integração da SST no sistema organizacional e nos diversos subsistemas;
- Integração dos programas e actividades da SST num modelo lógico e coerente;
- Estabelecimento de um conjunto consistente de políticas, objectivos, programa e procedimentos, seguido da sua divulgação eficaz;
- Realização de auditorias periódicas através da criação de um sistema organizado de documentação e informação.
- Adaptação flexível a diferentes contextos culturais e nacionais.

Duas possíveis desvantagens apresentadas para este sistema são a disfuncionalidade burocrática e os custos de concepção e implementação (Graça, 2004).

Segundo Graça e Uva (2007), é necessário que a política de SST tenha um conjunto de princípios e objectivos, de modo que sejam aceites e adoptados pelo empregador. Nesse conjunto deve ter-se em conta:

- A prevenção dos riscos profissionais e a promoção da saúde dos trabalhadores por parte da empresa ou organização;
- O cumprimento dos deveres legais, convencionais e facultativas em matéria de SST;
- A oportunidade de participação e consulta dos trabalhadores/representantes mantém-se com garantia de igualdade nas diferentes fases do sistema de gestão da SST;
- A eficácia, a eficiência e a qualidade no sistema de gestão de SST deve estar em melhoria contínua.

2.2. Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais

Segundo a Lei nº 98/09 de 4 de Setembro (2009), acidente de trabalho é “aquele que se verifique no local e tempo de trabalho, que directamente ou indirectamente provoque uma lesão corporal, perturbação funcional ou doença, provocando redução na capacidade de trabalho ou de ganho, ou morte.”

- a) A Lei apresenta algumas extensões sobre AT quando se verificam os seguintes casos: no trajecto de ida/regresso para o local de trabalho, nos termos definidos em legislação especial.
- b) Na execução de serviços espontaneamente prestados e de que possa resultar proveito económico para o empregador.
- c) No local de trabalho e fora deste, quando no exercício do direito de reunião ou de actividade de representante dos trabalhadores, nos termos previstos no Código do Trabalho.
- d) No local de trabalho, quando em frequência de curso de formação profissional ou, fora do local de trabalho, quando exista autorização expressa do empregador para tal frequência.
- e) No local de pagamento da retribuição, enquanto o trabalhador aí permanecer para tal efeito.
- f) No local onde o trabalhador deva receber qualquer forma de assistência ou tratamento em virtude de anterior acidente e enquanto aí permanecer para esse efeito.
- g) Em actividade de procura de emprego durante o crédito de horas para tal concedido por lei aos trabalhadores com processo de cessação do contrato de trabalho em curso.
- h) Fora do local ou tempo de trabalho, quando verificado na execução de serviços determinados pelo empregador ou por ele consentidos.

Segundo Quelhas, Alves e Filardo (2003), a prevenção de acidentes e a eliminação das situações para a causa dos mesmos, traduz-se na melhoria das condições ambientais e do exercício de trabalho de forma a diminuir o custo social e a valorizar a auto-estima, proporcionando assim a melhoria contínua e qualidade de vida dos colaboradores.

Contudo, Dwyer (1989) afirma que os AT estão relacionados com as componentes organizacional, tecnológica e humana. Desta forma, afirma que os acidentes têm diferentes origens, pois nem só o empregado comete erros. Segundo Gandra, Ramalho e Cançado (2005), esta abordagem é válida, salientando ainda que neste contexto existe uma “génese multi-factorial” que obriga à adopção de abordagens multidisciplinares para reduzir os AT. Outra das razões também está muito relacionada com os trabalhadores não estarem devidamente prevenidos para enfrentar certos riscos.

Segurança, higiene e saúde no trabalho tem como objectivo o aumento da competitividade com diminuição da sinistralidade, sendo também responsável por criar o alicerce material de qualquer forma de prevenção de riscos profissionais na empresa (Consultua – Ensino e Formação Profissional, 2007).

Segundo Maslow (1970), a motivação e o compromisso são o “produto” das boas práticas de segurança e higiene ocupacional, medidas estas indispensáveis para evitar acidentes e garantir a saúde dos trabalhadores.

Segundo Souto (1980), à medida que surgem impactos negativos no trabalhador, este sofre uma deterioração da saúde e das relações interpessoais. No local de trabalho, as principais consequências negativas são o aumento do absentismo, a diminuição do rendimento e produtividade, os problemas disciplinares, a maior frequência na mudança de pessoal com custos de formação/contratação associados e danos na reputação da empresa. Contudo, Couto (2007), afirma que as faltas por absentismo são em maior número devido à difícil previsibilidade, pois os factores que propiciam esta atitude podem ser intrínsecos ou extrínsecos ao ambiente de trabalho.

Para tornar a economia global competitiva, é necessário que todas as extensões das empresas auxiliem os trabalhadores, assim como a comunidade, na promoção da saúde. Estas medidas poderão permitir um aumento de produtividade e uma diminuição dos custos nos cuidados de saúde, pois a sobrecarga do risco pode desencadear prejuízo para a saúde do trabalhador, provocando o absentismo. Desta forma, devem prevenir-se os acidentes e DP, proporcionando ambientes saudáveis, diminuindo o tempo de absentismo e a frequência de situações de reforma antecipada (*American Association of Occupational Health Nurser – AAOHN, 2007; Comissão do Livro Branco dos Serviços de Prevenção – CLBSP, 2001; Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho – AESST, 2006*).

“Separar o trabalho da existência das pessoas é muito difícil, quase impossível, em face da importância e impacto que nelas provoca. Assim, as pessoas dependem das organizações onde trabalham para atingir os seus objectivos pessoais e individuais. (...) De outro lado, as organizações dependem directa e irremediavelmente das pessoas para operar, produzir seus bens e serviços, atender seus clientes, competir nos mercados e atingir seus objectivos globais e estratégicos. Com toda certeza, as organizações jamais existiriam sem as pessoas que lhes dão vida dinâmica, impulso, criatividade e racionalidade” (Chiavenato; 1999, p. 4).

Para Pereira (1991), a saúde do trabalhador é fundamental para as empresas, pois permite um melhor controlo dos níveis absentismo, aumenta a produtividade e consequentemente o rendimento. Segundo Chambers, Miller, Tweed e Campbell (1997), deve promover-se a saúde e supervisionar o absentismo através das seguintes medidas: controlo e gestão de risco no local de trabalho; aplicação da legislação em segurança e higiene; envolver os colaboradores e a organização no trabalho desenvolvido pela SO.

Bulhões (1998), apresenta as causas que influenciam as situações de absentismo: devido a doença, direitos legais, agentes sociais/culturais e acidentes/doenças profissionais.

Através da WHO (2001), para que todos tenham os mesmos direitos na saúde, de forma aumentar a união social e reduzir o absentismo devido a doença, os serviços de SO são um factor relevante no sistema de saúde pública sendo essencial para as iniciativas governamentais.

Para Thirion, Macías, Hurley e Vermeulen (2007), a saúde não é igual para todas as pessoas, variando individualmente com o impacto do trabalho.

Segundo Goetzel e Ozminkowski (2006), o impacto pode ser reduzido através de programas de promoção da saúde e prevenção da doença, reduzindo custos às empresas. Na verdade, muitas das doenças que afectam os colaboradores são de causas previsíveis, mas os grandes responsáveis são os factores de risco de saúde modificáveis que provocam grande parte das doenças, também associados a aumentos de custo de saúde e baixa produtividade num curto espaço de tempo.

“O Conselho (...) partilha o parecer da Comissão segundo o qual uma política de saúde e segurança no trabalho não só permite proteger a vida e a saúde dos trabalhadores e constitui um factor de motivação suplementar, mas assume também um papel fundamental no reforço da competitividade e da produtividade das empresas e contribui para a viabilidade dos sistemas de protecção social, reduzindo os custos sociais e económicos dos acidentes, incidentes e doenças profissionais” (Conselho da União Europeia, 2007).

Em suma, a redução do número de AT e DP constitui uma das maiores preocupações das entidades governamentais, dos técnicos de Segurança e Saúde do Trabalho, dos Médicos do Trabalho e da maioria dos empregadores.

A causa de DP está ligada à actividade profissional, tal como os AT apesar de estes serem de aparecimento súbito, enquanto as DP se caracterizam por serem de produção lenta e progressiva, surgindo de modo imperceptível no organismo (Sousa *et al.*, 2005). As DP são aquelas que resultam directamente das condições de trabalho e causam incapacidade para o exercício da profissão ou morte. São elencadas na lista de DP do Decreto Regulamentar n.º 6/01 de 5 de Maio (2001), actualizada pelo Decreto Regulamentar n.º 76/07 de 17 de Julho (2007) onde são actualizadas as designações de algumas doenças, sendo igualmente consideradas as lesões, perturbações funcionais ou doenças, que não estejam descritas na lista, desde que venham a confirmar-se como consequência necessária e directa da actividade exercida pelo trabalhador e não representem normal desgaste do organismo.

No final dos anos 80 do século XX, a Comissão Internacional de Medicina do Trabalho elaborou um código de ética para os profissionais de saúde no trabalho (*International Commission on Occupations Health – ICOH*, 2002).

Este código apresentava três elementos fundamentais:

- O objectivo final da SO é a saúde e o bem-estar dos colaboradores, contribuindo para uma melhoria da Saúde Pública e do ambiente;
- Os técnicos de SO têm por dever assegurar a protecção da vida e da saúde dos colaboradores, respeitando a dignidade humana através da integridade profissional, da imparcialidade e da protecção da confidencialidade dos dados de saúde.

- Os técnicos de SO são peritos que devem ter total autonomia técnica no uso das suas funções (ICOH, 2002).

É assim importante perceber que a identificação dos riscos laborais é um passo fundamental para o sucesso dos programas de gestão de riscos organizacionais, para além de entender o risco como uma entidade ubíqua no ambiente laboral e reconhecer a consciencialização e a (in)formação dos trabalhadores como a melhor forma de prevenir acidentes. Segundo Schwash e Stefano (2008), o aumento de produtividade e lucros para a empresa está directamente relacionado com o uso de protecção individual e colectiva, através da minimização dos AT/DP preservando a integridade física do trabalhador.

Esta visão permite afirmar que na perspectiva do trabalhador e na do empregador, prevenir é a melhor forma de evitar os AT. Sendo que todas as acções e medidas destinadas a evitar AT devem estar directamente dependentes do tipo de actividade, do local de trabalho, das tecnologias e técnicas usadas.

2.3. Equipamentos de Protecção Colectiva e Individual

Os equipamentos de protecção colectiva (EPC) são dispositivos utilizados em ambiente laboral para neutralizar a acção dos agentes ambientais, evitando acidentes, protegendo a saúde e integridade física dos trabalhadores. Como exemplos de EPC temos: os sistemas de ventilação/exaustão, extintores, sinalizações, protecção em escadas e rampas, entre outros (Chaib, 2005).

A Portaria nº 988/93 de 6 de Outubro (1993), identifica diferentes equipamentos de protecção individual (EPI), como protecção para: partes laterais e posterior da cabeça, olhos e face, membros superiores, membros inferiores, tronco, pele, os equipamentos protectores das vias auditiva e respiratória e ainda a protecção global contra quedas.

Segundo Arteau e Giguere (1992), Mayer (1995) e Baeza (1996, citado por Salavessa & Uva, 2007), usar ou não usar EPI é da inteira responsabilidade de cada trabalhador. Muitas vezes, devido ao uso prolongado, estes equipamentos provocam algum desconforto. Por norma, são usados os EPI principalmente quando as outras medidas de redução ou eliminação de riscos não são satisfatoriamente eficazes.

Para Salavessa e Uva (2007) verifica-se que é a medida mais aceite pelos trabalhadores nas diversas áreas de actividade na prevenção de AT/DP.

Os governos obrigam as empresas a manter as mínimas condições de SST devido à existência de uma enorme variedade de situações de risco no trabalho em simultâneo com a realidade dos indicadores existentes sobre os acidentes/doenças “ligadas ao trabalho” (OMS, 1999).

Segundo Salavessa e Uva (2007), a utilização de EPI é uma protecção activa, obrigando a uma alteração estável do comportamento individual. A perspectiva técnica e normativa não chega para implementar o uso de EPI; é necessária a participação dos trabalhadores para que esta estratégia seja mais eficaz.

A OIT (2011) responsabilizou-se pela elaboração das directivas dos sistemas de gestão na SST segundo princípios internacionais e definidos pelos seus constituintes.

Bergamini (1997) afirma que existem vantagens que podem ser alcançadas através da melhoria da segurança, saúde e meio ambiente de trabalho, como sejam o aumento da produtividade, a diminuição do custo do produto final, e ainda a diminuição das interrupções no processo, do absentismo e, em consequência, dos acidentes e doenças ocupacionais.

Nesta perspectiva, uma gestão em que as orientações se associem a uma participação activa dos trabalhadores garante que os locais de trabalho sejam realmente seguros, saudáveis e produtivos.

CAPÍTULO III – FONTES DE RISCOS

Os factores ambientais são todos os que têm possibilidade de gerar lesão, doença, inaptidão ou afectam o bem-estar dos trabalhadores e da comunidade (Burgess, 1997).

O risco é abordado quer por diversas áreas do conhecimento científico, quer por certos segmentos do entendimento comum, devido ao seu envolvimento em diversas áreas da sociedade actual.

Para Flach (1991), a noção de risco refere-se a todo e qualquer acontecimento negativo, sentido, percebido, interpretado e vivido pelo indivíduo e que possa acarretar problemas de ordem física, emocional ou social.

Independentemente do sector de actividade, os trabalhadores permanecem constantemente sujeitos a diferentes riscos inerentes ao seu local de trabalho. De acordo com Leonardo e Brás (2010), qualquer que seja a actividade profissional estará sempre associada a riscos de AT/DP. Passando por ser responsabilidade do empregador quantificar todo o risco existente e colocar em prática medidas para os minimizar.

O conceito de perigo é diferente de risco, segundo a Lei nº 102/09 de 10 de Setembro (2009), perigo é definido como “a propriedade intrínseca de uma instituição, actividade, equipamento, um agente ou outro componente material do trabalho com potencial para provocar dano” enquanto risco é definido como “a probabilidade de concretização do dano em função das condições de utilização, exposição ou interacção do componente material do trabalho que apresente perigo”. A ocorrência de riscos profissionais pode ser combatida através de medidas específicas de segurança da seguinte forma: eliminando o risco; neutralizando o risco; e sinalização do risco.

Bulhões (1998), refere que os profissionais nem sempre reconhecem os riscos a que estão expostos com a seriedade com que deviam, mas isso pode estar relacionado com o facto do risco ocupacional ser ou estar: oculto, latente ou real. Os riscos podem estar ocultos devido à falta de conhecimento, informação ou ignorância. Algumas das razões que contribuem para a ocultação dos riscos são a irresponsabilidade, a falta de competência e o lucro que prevalecem em relação às questões da segurança do trabalhador. O mesmo autor refere que o risco latente manifesta-se em situações de emergência e stress, onde o trabalhador sabe que está exposto ao risco, mas as condições do momento forçam-no a expor-se ao risco. O risco real é de conhecimento de todos, mas a sua solução ou controle são ignorados devido ao elevado custo ou por falta de vontade política.

A fonte de riscos associa-se principalmente ao posto e local de trabalho envolvente onde executa o trabalho. Os tipos de risco são influenciados pelas condições de segurança e conforto na qual o colaborador exerce as suas actividades/tarefas, bem como o manuseamento de equipamentos/máquinas. As relações trabalho/doença enquadram-se no conceito de nível de exposição (*in*)aceitável encontrar-se muito relacionado com os efeitos dose-dependentes, isto é, os efeitos cuja gravidade varia com a dose e para os quais aceita-se existir um dado limiar abaixo do qual esses efeitos não são observados (VLE -Valor Limite de Exposição) (Ribeiro & Ribeiro, 1997; Uva & Faria, 2000).

O conhecimento dos riscos ocupacionais, acidentes de serviço, e DP são imprescindíveis relativamente aos problemas de SO, legitimando a tomada de medidas preventivas.

A promoção da saúde e a proposta da vigilância da saúde no trabalho surgem como ferramentas úteis para transformar os ambientes laborais.

Os riscos profissionais estão agrupados em biológicos, físicos, químicos, mecânicos/ergonómicos e psicossociais. Estes factores de risco podem potenciar o aumento da incidência dos AT/DP (Abreu & Mauro, 2000).

3.1. Riscos Biológicos

Segundo a AESST (2003), os agentes biológicos estão presentes em diversos sectores. Entre os agentes biológicos temos as bactérias, os vírus, os fungos (leveduras e bolores) e os parasitas.

As categorias profissionais mais expostas a este risco são: os trabalhadores que estão em ambientes fechados com ar condicionado, profissionais de saúde, laboratórios de pesquisa em saúde pública e análises clínicas. Os riscos associados a agentes biológicos podem estar presentes em todo o tipo de trabalho, quer seja ao nível produtivo e industrial, quer a nível dos serviços (Porto, 2000).

Segundo Maia (2005), os agentes biológicos podem afectar os profissionais de saúde, assim como outros profissionais anteriormente referidos, como também pode afectar os visitantes das unidades de saúde e familiares que coabitam no domicílio dos doentes (Quadro 2).

O Decreto-Lei nº 84/97 de 16 de Abril (1997), estabelece as prescrições mínimas de protecção de segurança e da saúde de trabalhadores contra o risco da exposição a agentes biológicos durante o trabalho. O mesmo Decreto-Lei classifica em quatro grupos por ordem crescente de risco de exposição a agentes biológicos, como mostra o Quadro 1.

Para Carvalho (1998), as principais e potenciais fontes de risco biológico são o contacto directo com os doentes e o manuseamento de produtos biológicos: sangue e seus componentes, fezes, exsudados, secreções e vómitos, bem como os materiais contaminados por estes.

Os agentes biológicos são responsáveis por algumas DP, desde que penetrem o organismo do homem por via digestiva, respiratória, olhos e pele. Podendo causar doenças menos graves como infecções ou simples gripes, ou mais graves como a hepatite, meningite ou Sida (Veiga, 2003).

Quadro 1 – Classificação dos Agentes Biológicos segundo Decreto-Lei nº84/97 de 16 de Abril, art. 4 (Arrabaço, 2008).

Grupo	Agente biológico do Grupo 1	Agente biológico do Grupo 2	Agente biológico do Grupo 3	Agente biológico do Grupo 4
Risco para os trabalhadores	Agente biológico cuja probabilidade de causar doenças no ser humano é baixa.	Agente biológico que pode causar doenças no ser humano e constituir um perigo para os trabalhadores.	Agente biológico que pode causar doenças graves no ser humano e constituir um risco grave para os trabalhadores.	Agente biológico que causa doenças graves no ser humano e constitui um risco grave para os trabalhadores.
Risco de propagação na comunidade	Não existe risco de propagação.	É escassa a probabilidade de se propagar na colectividade.	Susceptível de se propagar na colectividade.	Susceptível de apresentar um elevado nível de propagação na colectividade.
Meios de profilaxia ou tratamento	Não existe necessidade	Existem, em regra, meios eficazes de profilaxia ou tratamento	Existem os meios eficazes de profilaxia ou de tratamento.	Não existem, em regra, meios eficazes de profilaxia ou de tratamento.
O agente biológico que não puder ser rigorosamente classificado num dos grupos definidos no número anterior deve ser classificado no grupo mais elevado em que pode ser incluído.				

Quadro 2 – Lista não exaustiva de algumas situações de risco biológico, principais profissionais expostos e áreas de risco e alguns procedimentos possíveis de adoptar (DSO, 2010, p.37).

Análise de Risco Biológico	Actividade(s) com maior exposição profissional nos serviços de saúde	Doenças e/ou sintomas clínicos	Profissionais potencialmente expostos	Principais áreas de risco	Procedimentos
- <i>Vírus da Hepatite B</i> - <i>Vírus da Hepatite C</i> <i>Vírus da SIDA</i>	Administração de injectável, deposição da agulha/lâmina no contentor, sutura/drenagem, canalização acesso venoso, tratamento/penso, manuseamento de resíduos, entre outras, durante as quais existam situações de picada, corte ou salpico de instrumento (ex: agulhas) contaminado com fluído orgânico (ex: sangue) com soluções de continuidade da pele ou mucosas	Hepatite B ou C SIDA	Médicos, enfermeiros, auxiliares de acção médica, técnicos laboratoriais, veterinários	Urgência, Serviço de enfermagem, Postos de recolha de sangue, Cuidados intensivos (outros locais onde se realizam técnicas terapêuticas ou de diagnóstico invasivas, manipulação de instrumentos endoscópios, colheitas de sangue ou administração de infestáveis)	- Avaliação do estado vacinal do acidentado - Profilaxia por acidente com risco biológico - Análise dos procedimentos/práticas de trabalho - Verificação da existência de barreiras de protecção universais - Existência e uso de equipamentos de protecção individual - Acções de formação
- <i>Salmonelas</i> - <i>Listéria</i>	Profissionais de cozinha	Toxinfecção alimentar	Todos os profissionais que comam nos bares e refeitórios da unidade de saúde	Cozinhas, bares e espaços onde se confeccionem alimentos	- Avaliação do local de trabalho - Análise dos procedimentos/práticas de trabalho - Acções de formação

- Bacilos de Koch e outras micobactérias - Vírus influenza	Contacto interpessoal com doentes ou portadores do agente através da saliva tosse ou espirro	Tuberculose Gripe (sazonal ou outra)	Médicos, enfermeiros, e todos os profissionais que tenham contacto com indivíduos infectados ou com materiais contaminados	Urgência, Cuidados intensivos, Pneumologia, Salas de tratamento de utentes ou outros locais onde se proceda ao atendimento de doentes, sua observação e manipulação de equipamento contaminados	- Vacinação contra a gripe - Rastreio da tuberculose - Análise dos procedimentos/práticas de trabalho - Verificação da existência de barreiras de protecção universais - Equipamentos de protecção colectiva - Existência e uso de equipamentos de protecção individual - Acções de formação
- Herpes vírus	Contacto entre a pele/mucosas com secreções infectadas	Herpes simples	Médicos, enfermeiros, e todos os outros profissionais que tenham contactam como doente ou materiais contaminados	Urgência, Pediatria, Cuidados intensivos (outros locais onde se proceda ao atendimento de doentes, sua observação e diagnóstico)	- Análise dos procedimentos/práticas de trabalho - Verificação da existência de protecção universais - Existência e uso de equipamentos de protecção individual - Acções de formação

3.2. Riscos Físicos

Na realização de qualquer trabalho é necessário consumirmos uma certa quantidade de energia para produzir um determinado resultado. Para rentabilizar esse resultado são necessárias condições físicas sadias no ambiente laboral, como por exemplo, o nível de ruído e temperaturas aceitáveis. Pois sem a existência delas propicia a falta de motivação, cansaço e consequentemente a queda de produção (Sousa *et al.*, 2005).

Os locais de trabalho devem ser construídos de forma assegurar condições de estabilidade, resistência, salubridade de forma a garantir a segurança compatível com os riscos e características da actividade aí exercida (Portaria nº 987/93, de 6 de Outubro de 1993).

Os agentes físicos encontram-se, subdivididos nas seguintes áreas de intervenção: ruído, vibrações, ambiente térmico/conforto térmico, iluminação e radiações. Com a diversidade de áreas de intervenção, torna-se mais elucidativo descrever e caracterizar cada um deles. (Sousa *et al.*, 2005).

O ruído é um dos agentes físicos que pode afectar significativamente a qualidade de vida do trabalhador (Sousa *et al.*, 2005). Para controlar este agente, o Decreto-Lei nº 182/06 de 6 de Setembro (2006), estabelece as prescrições mínimas de segurança e saúde respeitantes à exposição dos trabalhadores aos riscos devidos ao ruído. Sendo aplicável em todas as actividades do sector privado, cooperativo e social, administração/institutos públicos, assim como trabalhadores por conta própria.

A exposição ao ruído por parte dos profissionais pode provocar em algumas circunstâncias o stress, a perda de concentração, fadiga, hipertensão arterial, alterações do padrão do sono e o aparecimento de insónias (Maia, 2005).

Para Benevides, Frutos e García (2000), os ruídos de menor intensidade podem ser perturbadores, como por exemplo, alarmes sonoros, no desenvolvimento normal das actividades terapêuticas e no horário de visitas.

O Decreto-Lei nº46/06 de 24 de Fevereiro (2006), define vibrações como “agentes nocivos que afectam os trabalhadores e que ser provenientes das máquinas ou ferramentas portáteis a motor ou resultante dos postos de trabalho” e que em quase todas as actividades este agente físico está presente.

As consequências que a vibração provoca no homem podem ser resumidos a: complicações nos vasos sanguíneos e articulações, diminuição da circulação sanguínea, dados ao nível da epiderme, afecções ao nível da coluna, perturbações neurológicas e perturbações musculares (Sousa *et al.*, 2005).

As repentinas mudanças de temperatura de um ambiente frio para um quente, tornam-se prejudiciais para a saúde e conseqüentemente afecta o desempenho dos trabalhadores (Sousa *et al.*, 2005).

Os ambientes térmicos encontram-se classificados como: quentes, frios e neutros. É necessário ter atenção principalmente às organizações ou postos de trabalho onde existem ambas as possibilidades, ambientes térmicos frios e quentes (Sousa *et al.*, 2005).

Designa-se por stress térmico a partir do momento que ultrapassa a zona de conforto no trabalho, como por exemplo, devido às altas temperaturas podendo-se conjugar com a humidade do ar e com a fraca circulação do ar (Miguel, 2007).

Segundo Corte *et al.*, (2005), muitas vezes os sistemas de ventilação são nulos e as janelas não se podem abrir. Para renovar o ar na totalidade e distribuir ar fresco por todo edifício deveria existir ventilação periódica da água dos sistemas de ventilação e dos filtros do ar condicionado, poderá conseqüentemente provocar graves danos à saúde.

“Podem destacar-se, entre outras, causas como: taxas de ocupação muito perto da saturação, por vezes, mesmo para além dos limites, projectos mal conseguidos com o desenho dos locais de maior risco a revelarem-se não adequados ao tipo de ocupação e falta de ventilação adequada ou maus sistemas de ventilação e/ou um controlo e manutenção deficientes” (Nunes, 2004, p.153).

Para Miguel (2007), a luz natural é a iluminação ideal para obtenção de um bom ambiente de trabalho. Mas existe a necessidade de recorrer-se à luz artificial, uma vez que a luz natural é bastante limitada. A luz artificial tem de cumprir alguns requisitos para proporcionar um bom ambiente de trabalho, pois deverá adequar-se ao tipo de actividade prevista, a limitação de encandeamento, ter distribuição conveniente das lâmpadas e a harmonização de cor da luz com as cores predominantes do local.

Em todos os tipos de trabalho é importante a iluminação, devido à grande parte das tarefas serem realizadas sob o controlo visual, pois o trabalhador necessita de visualizar na perfeição a zona de trabalho e os objectos que manipula de modo a ter percepção da profundidade do campo e de contraste visual (Barroso *et al.*, 2007 citado por Lima, 2008).

As radiações dividem-se em ionizantes e não-ionizantes, no primeiro grupo fazem parte os raios X, raios alfa, beta e gama, neutrões e protões. As radiações não-ionizantes as principais fontes são microondas de radiotelecomunicações, aparelhos de fisioterapia, fornos de aquecimento, fornos de indução, aparelhos de esterilização, radiação ultravioleta, visível e infravermelhos, entre outras (Miguel, 2007).

O Decreto-Lei nº 165/02 de 17 de Julho (2002), estabelece os princípios gerais de protecção, bem como as competências e atribuições dos organismos e serviços intervenientes na área da protecção contra radiações ionizantes, resultantes das aplicações pacíficas de energia nuclear.

Para controlo do grau de radioactividade da atmosfera, das águas e do solo, o Decreto-Lei nº 138/05 de 17 de Agosto (2005), estabelece o sistema de monitorização ambiental do grau de radioactividade, designadamente os meios de amostragem, os tipos de medições, a sua periodicidade e os requisitos mínimos de cada registo (Quadro 3).

As lesões ou doença associados às radiações ionizantes são: anemias, leucemias, radiodermites, radialistas das mucosas, carcinomas e sarcomas, entre outras (Sousa *et al.*, 2005).

Quadro 3 – Lista não exaustiva de algumas situações de risco físico, principais profissionais expostos e áreas de risco e alguns procedimentos possíveis de adoptar (DSO, 2010, p.39/40).

Análise de Risco Físico	Actividade(s) com maior exposição profissional nos serviços de saúde	Doenças e/ou sintomas clínicos	Profissionais potencialmente expostos	Principais áreas de risco	Procedimentos
- Temperaturas e/ou humidade inadequadas	Estadia em locais com temperatura e humidade desadequadas nomeadamente em determinados períodos sazonais	Desconforto térmico, sudação, irritabilidade, secura da pele e mucosas, alergias respiratórias, conjuntivites, desidratação, tonturas e desmaios, stress térmico	Médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica, assistentes operativos (aux. de acção médica) e técnicos (administrativos)	Locais interiores; Cozinha; Zona de esterilização; Armazenagem	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação do local de trabalho - Avaliação da qualidade do ar - Reforço de ventilação - Adequação do sistema de climatização - Adopção de procedimentos/práticas de trabalho ou revisão dos mesmos
- Luz inadequada	Estadia em locais com iluminação deficiente ou insuficiente de acordo com a tarefa a desempenhar	Fadiga ocular, dores de cabeça, posturas incorrectas doenças oculares	Médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica, assistentes operativos e técnicos	Locais sem iluminação natural ou com iluminação artificial insuficiente ou inadequada	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação do local de trabalho - Avaliação do grau de Luminância - Reforço de sistema de iluminação artificial - Pausas periódicas no trabalho - Adopção de procedimentos/práticas de trabalho ou revisão dos mesmos
- Ruído	Estadia em locais com ruído decorrente do funcionamento de determinados equipamentos (ex: autoclave) ou devido à execução de actividades de trabalho (ex: carpintaria)	Desconforto, dificuldades na comunicação, irritabilidade, diminuição da atenção, surdez profissional	Enfermeiros, assistentes operativos, trabalhadores de oficinas e armazéns	Central de esterilização, oficinas	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação do ruído - Realização do audiograma ao profissional exposto - Equipamentos de protecção colectiva - Equipamentos de protecção individual - Acções de formação

- Radiação ionizante	Trabalhos realizados na proximidade de substâncias radioactivas ou fontes emissores de radiação Utilização de equipamentos emissores de radiações ionizantes (ex: de radioterapia e de imagiologia) ou realização de actividades na proximidade destes	Efeitos mutagénicos, teratogénicos, alterações visuais, problemas hematológicos	Médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica, assistentes operativos e técnicos	Radioterapia; Medicina nuclear; Oncologia médica; Imagiologia; Radiologia; Urgência	- Utilização de equipamento que emita radiações ionizantes em locais próprios para o efeito - Equipamentos de protecção colectiva - Equipamentos de protecção individual - Adopção de procedimentos/práticas de trabalho ou revisão dos mesmos - Acções de formação
-Radiação não ionizante	Campos electromagnéticos (CEM) – equipamentos emissores de radiações não ionizantes (ecrãs de computadores, locais com utilização de actividades com raios de laser, uso de ultravioletas, microondas, redes de comunicação celular)	Dores de cabeça, fadiga visual e lesões graves da retina; Doenças oculares (cataratas) Doenças dermatológicas	Médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica, assistentes operativos e técnicos, profissionais de laboratório e de esterilização, público em geral	Dermatologia; Oftalmologia: Local com computadores; Micro-ondas; Ultravioletas	- Utilização de equipamentos com laser exclusivamente em locais para o efeito - Adopção de procedimentos/práticas de trabalho ou revisão dos mesmos (ex: não possuir objectos reflectores na utilização deste equipamento) - Equipamentos de protecção individual - Pausas periódicas no trabalho - Acções de formação específicas
- Materiais inflamáveis	Utilização de equipamentos ou realização de actividades em locais de com materiais inflamáveis (ex: bibliotecas)	Queimaduras e intoxicações por libertação de gases	Todos os profissionais expostos	Arquivo, Armazém, Cozinha, Urgência, Internamento	- Plano de emergência definido e implementado - Inspeção periódica dos meios de combate a incêndios e aos meios de detecção - Formação específica

3.3. Riscos Químicos

São designados por contaminantes ou poluentes químicos, consistindo em toda a substancia orgânica, inorgânica, natural ou sintética, que durante a fabricação, manuseamento ou uso, na possibilidade de lesionar a saúde das pessoas que entram em contacto com elas (Sousa *et al.*, 2005).

Estes contaminantes ou poluentes químicos podem-se apresentar nos seguintes estados:

- ✓ Sólidos (fumos, aerossóis, poeiras de origem animal, vegetal e mineral);
- ✓ Gasosos (GPL – gás de petróleo liquefeito, gases libertados mas queimas ou processos de transformação de matérias-primas);
- ✓ Líquidos (solventes, tintas, vernizes ou esmaltes) (Sousa *et al.*, 2005).

As principais vias pelas quais os agentes químicos podem penetrar o organismo do trabalhador são a: via respiratória, via digestiva, via dérmica, via parental e via ocular. Os sintomas podem ocorrer através de reacções dermatológicas, tonturas, cefaleias e dificuldade respiratória, podendo mais tarde surgir lesões/doenças como: anemias, queimaduras, encefalopatias, úlceras cutâneas, perturbações cutâneas, entre outras (Sousa *et al.*, 2005).

De acordo com Uva e Faria (2000), os factores de risco de natureza química são o mais extenso subgrupo de agentes causais de DP, pela sua frequência, constituem uma situação com grande importância em patologia e clínica do trabalho.

Os enfermeiros, auxiliares de acção médica, profissionais de laboratório, entre outros, estão em contacto com químicos, medicamentos, anestésicos e anti-sépticos, uso de luvas protectoras, bem como a constante lavagem das mãos (Quadro 4). Estes profissionais estão mais expostos ao aparecimento de eczema alérgico (Otero, 2003; Xelegati & Robazzi, 2003).

Mas nem sempre a expressão resulta em efeitos prejudiciais à saúde, na medida em que dependem de factores tais como: tipo de concentração do agente químico, frequência e duração da exposição, prática e hábitos de trabalho e susceptibilidade individual (Corte *et al.*, 2005).

É essencial conhecer a concentração a que está-se exposto para se poder prevenir os riscos químicos de carácter profissional, comparando-se com os VLE do contaminante. No Decreto-Lei nº305/07 de 24 de Agosto (2007), estão estabelecidos a lista de VLE profissional, bem como na Norma Portuguesa – NP 1796:2007 (*Instituto Português da Qualidade – IPQ*, 2007).

Quadro 4 – Lista não exaustiva de algumas situações de risco químico, principais profissionais expostos e áreas de risco e alguns procedimentos possíveis de adoptar (DSO, 2010, p.38).

Análise de Risco Químico	Actividade(s) com maior exposição profissional nos serviços de saúde	Doenças e/ou sintomas clínicos	Profissionais potencialmente expostos	Principais áreas de risco	Procedimentos
- Proteínas do Látex - Talco	Contacto com o látex e/ou o pó das luvas	Urticária, dermite de contacto alérgica (mãos, pulsos e antebraço), reacções alérgicas sistémicas	Médicos, enfermeiros, auxiliares de acção médica, técnicos de diagnóstico e terapêutica	Trabalhos em consultórios, hospitais ou unidades de saúde. Todos os serviços onde os profissionais utilizam luvas como equipamento de protecção individual	- Substituição de equipamentos de protecção individual - Interdição selectiva de funções - Reorganização do trabalho
- Derivados halogenados tóxicos de hidrocarbonetos alifáticos e aromáticos	Manuseamento e armazenagem de produtos químicos (ex: desinfectantes, detergentes, desincrustantes, etc.)	Queimaduras, irritações, alergias e intoxicações de acordo com os riscos dos produtos químicos, perturbações neurológicas, anorexia e renais	Empregadas de limpeza, técnicos de diagnóstico e terapêutica, enfermeiros, auxiliares de acção médica	Zonas de armazenagem; Farmácia; Esterilização; Serviço de enfermagem	- Avaliação das condições de armazenagem dos produtos químicos - Assegurar a utilização somente de produtos devidamente rotulados - Avaliação dos procedimentos/práticas de trabalho na utilização de produtos químicos - Análise das fichas de segurança e toxicológicas dos produtos/substâncias utilizadas - Equipamentos de protecção colectiva - Equipamentos de protecção individual - Acções de formação específicas

- Citostáticos	Manipulação e administração de citostáticos	Alergias respiratórias e cutâneas, dermatoses e urticárias; Queimaduras químicas; Acção mutagénica e teratogénica; Abortos espontâneos	Técnicos de farmácia e enfermeiros	Farmácia	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação ambiental do local de trabalho - Melhoria das condições de armazenagem e de transporte - Reforço de vigilância da saúde dos trabalhadores expostos - Organização do trabalho de forma a diminuir o tempo de trabalho em exposição - Equipamentos de protecção colectiva - Equipamentos de protecção individual - Interdição selectiva temporária - Acções de formação
- Gases e vapores anestésicos	Realização de anestésias e/ou exposição a gases e vapores anestésicos durante cirurgia	Incomodidade, secura das mucosas, alterações renais e hepáticas, infertilidade, aborto espontâneo, perturbações do sono, anomalias congénitas, sensação de fadiga, alterações comportamentais com tendência para o suicídio, efeitos cancerígenos	Médicos, enfermeiros, auxiliares de acção médica, técnicos de diagnóstico e terapêutica	Blocos operatórios (pequena cirurgia)	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação da qualidade do ar (vigilância ambiental) - Reforço de ventilação - Manutenção do equipamento - Reorganização do trabalho (redução do tempo de exposição e do nº de trabalhadores expostos) - Equipamentos de protecção colectiva - Equipamentos de protecção individual - Interdição selectiva temporária - Acções de formação - Vigilância da saúde dos trabalhadores (vigilância biológica)

3.4. Riscos Ergonómicos/Mecânicos

Segundo Caetano e Vale (2000), os factores de risco ergonómico são facilmente confundidos com factores de risco físico. Para identificar os factores de risco ergonómico aos quais os trabalhadores encontram-se expostos: posturas adoptadas, esforço físico, manipulação de cargas, movimentos repetitivos, actividades monótonas, entre outros (Quadro 5).

Os problemas de saúde derivam precisamente da exigência simultânea entre gestos repetidos e a necessidade de atenção, sendo que o trabalho repetitivo apresenta correlação directa com o estado de saúde dos trabalhadores (Assunção, 2003).

A causa maioritária das interrupções de trabalho prolongadas e incapacidade individual prematura é devido a rotura e degenerescência dos discos intervertebrais, representando graves riscos para a coluna vertebral, que é frequente nas idades entre os 20 e 41 anos principalmente nas profissões que requerem grandes esforços físicos (Caetano & Vale, 2000).

“Os aspectos essenciais para o desenvolvimento das LMELT são: (1) uma actividade realizada fundamentalmente por gestos que impliquem a necessidade de adopção de posições angulares extremas dos membros; (2) esforços excessivos; (3) elevada repetitividade. As lesões resultam, conseqüentemente, de um desequilíbrio entre as solicitações biomecânicas e as capacidades funcionais do trabalhador, uma vez que os intervalos de recuperação necessários são insuficientes, ou inexistentes” (Serranheira & Uva, 2000, p.44).

As perturbações músculo-esqueléticas afectam mais de 40 milhões de trabalhadores na União Europeia. Foram realizadas campanhas de sensibilização um pouco por toda Europa, sendo a primeira em 2000 denominada por “Não Vires as Costas às perturbações músculo-esqueléticas” e uma outra realizada em 2007 denominada por “Atenção! Mais Carga Não” (AESST, 2000; AESST, 2007).

No Decreto-Lei nº 352/07 de 23 de Outubro (2007), as lesões músculo-esqueléticas estão classificadas como DP.

O envelhecimento associado ao levantamento inadequado do peso e posturas inadequadas contribuem para o aparecimento de problemas de coluna. No sentido de estudar-se o envelhecimento e a capacidade para o trabalho reuniu-se em 1991 um grupo de peritos, através da WHO (1993), onde foi definida a idade a partir da qual acontece um decréscimo de algumas capacidades funcionais gerando a necessidade de adopção de medidas para melhorar a capacidade para o trabalho (WHO, 1993).

Quadro 5 – Lista não exaustiva de algumas situações de risco ergonómico/mecânico, principais profissionais expostos e áreas de risco e alguns procedimentos possíveis de adoptar (DSO, 2010, p.41).

Análise de Risco Relacionados com o trabalho ou actividades (Biomecânico)	Actividade(s) com maior exposição profissional nos serviços de saúde	Doenças e/ou sintomas clínicos	Profissionais potencialmente expostos	Principais áreas de risco	Procedimentos
- Posturas extremas	Repetição de movimentos (ex: introdução de dados informático); permanência em posição estanque (ex: posição sentada ou de pé várias horas) entre outras	Dores e lesões músculo-esqueléticas, cansaço e fadiga precoce, diminuição da concentração	Assistentes técnicos e operacionais e outros profissionais que passam várias horas sentados no seu local de trabalho	Secretariado Posto de atendimento Direcção administrativa	- Avaliação ergonómica - Reorganização do espaço - Substituição do equipamento - Acções de formação e de sensibilização
- Carga de Trabalho	Transporte e mobilização de cargas (doentes ou outras)	Lesões músculo-esqueléticas, acidentes resultantes da mobilização de doentes, da recepção, manipulação e armazenamento de cargas e/ou da distribuição, recolha e arquivo de processos clínicos	Enfermeiros, auxiliares de acção médica, técnicos de diagnóstico e terapêutica, auxiliares de alimentação, administrativos	Armazéns, Arquivo, Serviço de alimentação, Fisioterapia, Serviços com doentes acamados	- Organização de tarefas - Recurso a meios mecânicos - Estudos ergonómicos - Acções de formação

3.5. Riscos Psicossociais

Os AT/DP, não são somente influenciados por factores físicos, mas também por factores psicossociais como problemas familiares, perda de auto-estima, de enquadramento socioprofissional, aumento do absentismo e aumento do número de acidentes (Caetano & Vale, 2000; Lima, 2008).

Os factores de risco associados ao nível psicossocial são: violência no trabalho; intimidação ou assédio moral; discriminação (género, idade, etnia, nacionalidade, deficiência, orientação sexual, entre outros); relações hierárquicas; factores relacionados com stress; consumo de álcool e drogas no local de trabalho; satisfação profissional; exigências muito altas/baixas em relação às competências (Correia, 2007; Ferreira & Ferreira, 1998; Santos & Cortinhas, 2003).

No que diz respeito à saúde no trabalho, para Caetano e Vale (2000), o Stress apresenta consequências indesejáveis para a saúde dos trabalhadores, bem como para as empresas em que trabalham. O Stress está ligado a uma cadeia de factores, como: gestão da organização de trabalho; ritmos de trabalho impostos; o trabalho por turnos; o trabalho nocturno; ausência de controlo sobre o trabalho, pausas e férias; movimentos e tarefas repetitivas; horários de trabalho.

De acordo com Caetano e Vale (2000), o stress (Quadro 6) manifesta-se através de estados fisiológicos (problemas cardíacos, hipertensão, úlceras e colites nervosas, dores generalizadas e problemas gastrointestinais), mas também psicológicos (depressão e ansiedade).

Segundo Delbrouck (2003), o Síndrome de Burnout aparece a partir do momento que excede-se o stress profissional, e para atingir o Síndrome de Burnout é necessário passar por três fases evolutivas que são: esgotamento emocional, despersonalização e sentido de incompetência.

Os factores que causam o Síndrome de Burnout podem ser externos e/ou internos. As causas responsáveis por factores externos são: volume de trabalho; falta de sono; solicitações para o ensino e para a investigação; excesso de responsabilidades, confrontação com a sua impotência e com a morte; aumento das expectativas do público; falta de apoio no meio de trabalho. E os factores internos são: a ansiedade; o espírito de empreendimento; o desejo de agradar a toda a gente, um sentido de autocritica demasiado severo; o «querer fazer tudo sozinho»; a mentalidade de salvador. Os melhores meios para contornar estes factores passam por reduzir a dependência do “Outro”, o aumento de auto-estima e a obtenção de uma verdadeira autonomia (Delbrouck, 2003).

Quadro 6 – Lista não exaustiva de algumas situações de risco psicossocial, principais profissionais expostos e áreas de risco e alguns procedimentos possíveis de adoptar. (DSO, 2010, p.41)

Análise de Risco Psicossocial	Actividade(s) com maior exposição profissional nos serviços de saúde	Doenças e/ou sintomas clínicos	Profissionais potencialmente expostos	Principais áreas de risco	Procedimentos
<p>- Stress profissional</p> <p>- Organização do trabalho inadequada</p>	<p>Trabalhos por turnos, trabalho prolongado ou elevado ritmo de trabalho, trabalhos em domínio desconhecido, actividades com recursos inadequados, mudanças tecnológicas rápidas; insegurança no trabalho, horários rotativos, situações de desgaste emotivo</p>	<p>Alterações comportamentais, irritabilidade, cansaço, alterações metabólicas, desconcentração, stress, problemas familiares e com colegas, alterações do ritmo sono-vigília</p>	<p>Médicos, enfermeiros, auxiliares de acção médica, técnicos de diagnóstico e terapêutica, auxiliares de alimentação, assistentes operacionais, chefias intermédias</p>	<p>Serviços de Urgência, de internamento e de cuidados intensivos, Serviços de oncologia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reforço da vigilância da saúde - Alterações do horário da saúde - Acções de Promoção da Saúde - Reorganização do trabalho - Reforços de grupos de apoio e ajuda

CAPÍTULO IV – ESTUDO EMPÍRICO: CARACTERIZAÇÃO

Neste capítulo pretende-se descrever o caminho usado para cumprir os objectivos do estudado, com precisa descrição de tudo que foi utilizado.

A tipologia de estudo da problemática em estudo baseia-se na realização de um estudo transversal, quantitativo e descritivo.

O objectivo geral deste estudo é a caracterização e análise da percepção dos colaboradores sobre riscos e DP nas Misericórdias. Para a concretização deste objectivo geral definem-se os seguintes objectivos específicos:

- Recolha de informação através da aplicação de um questionário;
- Análise e caracterização de informação recolhida:
 - ✓ Caracterizar a população de colaboradores das Misericórdias;
 - ✓ Identificar e analisar os riscos ocupacionais inerentes ao desempenho das diferentes profissões;
 - ✓ Avaliar e priorizar os riscos;
 - ✓ Identificar as medidas correctivas e preventivas a implementar.

4.1. População e Taxa de Resposta

Pretendeu-se estudar as atitudes e comportamentos dos colaboradores das instituições inquiridas. A população-alvo era constituída por 595 colaboradores pertencentes às SCM de Vinhais, Bragança e Mirandela. A amostra recolhida representa correctamente a população de colaboradores e pode ser utilizada para extrapolar para instituições semelhantes no país.

Foi solicitado o preenchimento do questionário à totalidade da população alvo, tendo-se obtido uma taxa de resposta de 55,97 % correspondente a 333 indivíduos, o que implica, para estimativas percentuais um erro amostral máximo de 3,57 % a um nível de confiança de 95%. Nas instituições mais pequenas obteve-se maior índice de resposta.

4.2. Informação Recolhida

As variáveis utilizadas para fazer a caracterização da percepção dos colaboradores sobre riscos e DP nas misericórdias, o questionário elaborado para o efeito são: Género, idade, categoria profissional, habitações literárias, tipo de horário, experiência profissional, número de horas diárias que trabalha na instituição, factores de vulnerabilidade pessoal, relação jurídica de emprego, antiguidade na entidade.

Outras das questões que foram incluídas no questionário, pretendem determinar os riscos profissionais, se sofreram algum acidente de trabalho/doença profissional, e por fim, caracterizar as medidas preventivas e correctivas implementadas.

4.3. Instrumento de Recolha de Dados

Para caracterizar a percepção dos colaboradores sobre riscos e DP nas Misericórdias foi utilizado um questionário, elaborado especialmente para o efeito (Anexo I). Este questionário teve por base de consulta ao questionário aplicado por Arrabaço (2008).

O inquérito por questionário é uma técnica padronizada e sistematizada de recolha de dados que consiste num conjunto organizado de questões. As respostas são normalmente pré-codificadas, de forma que os entrevistados devem obrigatoriamente escolher as suas respostas entre as que lhe são formalmente propostas (Carmo e Ferreira, 1998).

“O principal interesse dos questionários extensivos quantitativos reside no facto de recolherem e tratarem a informação de forma estandardizada, com vista a assegurar a comparabilidade dos elementos apurados” (Quivy e Campenhoudt, p.23, 1992).

O questionário é constituído por um total de 16 perguntas, e está dividido em duas secções. A primeira secção é constituída por 12 perguntas, que visam caracterizar social e demograficamente a amostra do estudo.

A segunda secção é constituída por 4 grupos de perguntas, para caracterizar a percepção dos colaboradores sobre os riscos e DP nas Misericórdias, como podemos verificar nos seguintes quadros (Quadros 7 e 8) apresentados.

Na primeira parte da questão 16 (Quadro 7) optou-se por elaborar uma escala tipo Likert de 4 pontos com 6 itens, de forma avaliar a percepção dos colaboradores sobre riscos e DP nas misericórdias.

Quadro 7 – Apresentação e atribuição de alíneas aos itens da primeira parte da questão 16.

		Nunca	Raramente	Quase sempre	Sempre
Faz/submete-se ao controlo médico (exames periódicos)	Q16A01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procura ter uma alimentação equilibrada	Q16A02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evita bebidas alcoólicas antes e durante o período de trabalho	Q16A03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respeita a sinalização existente nas zonas de trabalho	Q16A04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenta diminuir, quando possível, o tempo de exposição ao risco	Q16A05	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenta alternar, quando possível, as tarefas a executar com um colega	Q16A06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Na segunda parte da questão 16 (Quadro 8) optou-se por colocar resposta Sim/Não com 11 itens, de forma caracterizar a percepção dos colaboradores sobre medidas preventivas nas misericórdias.

Quadro 8 – Apresentação e atribuição de alíneas aos itens da segunda parte da questão 16

		Sim	Não
Existe sinalização nas zonas de trabalho?	Q16B01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em caso de acidente de trabalho na entidade, sabe que procedimentos deve efectuar?	Q16B02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sente necessidade de mais formação	Q16B03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A entidade proporciona formação adequada	Q16B04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existem equipamentos de protecção individual (ex. Luvas, mascaras, etc)	Q16B05	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conhece o funcionamento dos equipamentos de protecção individual(ex. Luvas, mascaras, etc)	Q16B06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliza equipamentos de protecção individual (ex. Luvas, mascaras, etc)	Q16B07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existem equipamentos de protecção colectiva (ex. Extintores, kit de primeiros socorros, ventilação, etc.)	Q16B08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conhece o funcionamento dos equipamentos de protecção colectiva (ex. Extintores, kit de primeiros socorros, ventilação, etc.)	Q16B09	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliza equipamentos de protecção colectiva (ex. Extintores, kit de primeiros socorros, ventilação, etc.)	Q16B10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliza outras formas de prevenir/evitar riscos profissionais	Q16B11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para verificar a eficácia, a avaliação e a validação das respostas do questionário foi aplicado um pré-teste. Através de uma amostra de conveniência, a 60 colaboradores duma das Misericórdias em análise. A distribuição ocorreu na terceira semana de Maio de 2012 e a recolha dos questionários foi feita na primeira semana de Junho de 2012. A análise dos questionários desse pré-teste foi feita na segunda semana de Junho, tendo ficado evidente que não era necessário proceder a qualquer modificação.

Na aplicação do estudo foi tido em conta as normas éticas e os direitos do indivíduo, pelo que a população alvo foi convidada a participar e cada um decidiu livremente sobre a sua participação na investigação. Respeitou-se o anonimato da pessoa, tal como a confidencialidade dos dados fornecidos. Em nenhum momento, a identidade do sujeito é possível de ser associada às suas respostas individuais (Fortin, 1999).

Para o tratamento e análise dos dados recolhidos será utilizado o programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) na versão 20.0, para a caracterização de amostra e análise de dados.

CAPÍTULO V – ESTUDO EMPÍRICO: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados e interpretados os dados, de forma atender os objectivos propostos da pesquisa. Na discussão será possível fazer comparações dos resultados envolvendo o uso de gráficos e tabelas.

O facto de não ser do conhecimento da autora qualquer trabalho publicado em Portugal relacionado com a temática dos AT/DP nas Misericórdias, reveste este trabalho de interesse adicional, pois permite conhecer a realidade dos AT/DP ocorridos com os colaboradores das Misericórdias. No entanto, o carácter inovador do percurso investigacional impossibilitou a comparação dos resultados obtidos com outros obtidos nas mesmas condições. Ainda assim, para melhor compreensão destes resultados, decidiu-se compará-los com aqueles obtidos em instituições de saúde por estas apresentarem similaridades nas actividades profissionais das instituições analisadas neste trabalho.

Este capítulo destina-se à caracterização sócio-demográfica da amostra, caracterização da percepção que os colaboradores têm sobre riscos e DP, bem como da distribuição e associações entre diversas variáveis.

As MP têm por missão principal o acolhimento das pessoas mais carenciadas, providenciando alimentação, alojamento, higiene e cuidados de saúde. As unidades analisadas neste estudo são as SCM de Vinhais, Bragança e a Mirandela.

A Misericórdia de Vinhais localiza-se no Nordeste Transmontano, distrito de Bragança e foi inaugurada a 30 de Junho de 1991. No total existem 60 colaboradores distribuídos por lar de 3^o idade, creche, pré-escolar, actividades de tempos livres, centro do dia e apoio domiciliário/integrado.

A Misericórdia de Bragança localiza-se no concelho de Bragança e presume-se que tenha sido fundada em 1516. No total existem 215 colaboradores distribuídos por lares de 3^a idade, centro de dia, gabinete médico, salões de cabeleireiro/barbeiro, lavandaria, apoio domiciliário/integrado, actividades de tempos livres, centros infantis, amas/creches familiares e gabinete de apoio à vítima.

A Misericórdia de Mirandela localiza-se em Mirandela, distrito de Bragança e foi fundada em 1518. No total existem 320 colaboradores distribuídos por lares de 3^a idade, cuidados continuados, lavandaria, padaria, parafarmácia, sector agrícola, banco solidário, centros infantis, centro de acolhimento temporal e actividades de tempos livres (Araújo, 2010).

A composição da amostra estudada pode ser analisada no Gráfico 1. Cerca de 17,4% (58) dos colaboradores pertencem à Misericórdia de Vinhais, 30,9% (103) à Misericórdia de Bragança e 51,7% (172) trabalham na Misericórdia de Mirandela. Na tabela seguinte (Tabela 1) apresenta-se a taxa de respostas por instituição.

Tabela 1 – Comparação da população com a amostra do estudo.

Instituição	População	Amostra
SCMV	60 (10,08%)	58 (9,75%)
SCMB	215 (36,13%)	103 (17,31%)
SCMM	320 (53,79%)	172 (28,9%)
Total	595 (100%)	333 (55,96%)

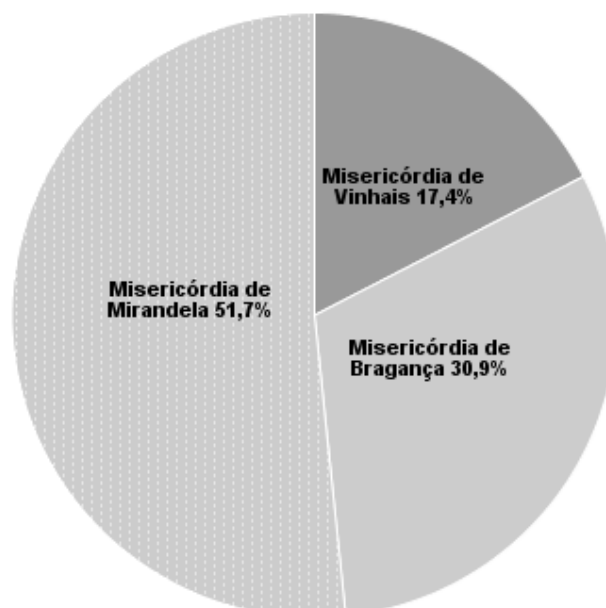


Gráfico 1 – Distribuição dos colaboradores por instituição.

5.1. Caracterização Sociodemográfico

A escolha do melhor processo de avaliação dos riscos inerentes a um determinado ambiente de trabalho deve sempre ser precedida pela caracterização exaustiva das suas componentes principais, ou seja, o local de trabalho e o trabalhador. Na verdade, pode mesmo dizer-se que é a necessidade de conhecer as variáveis do trabalho e do trabalhador que determina as avaliações de risco.

5.1.1. Caracterização em relação ao género

Conforme se pode verificar pelo Gráfico 2, o género feminino predomina, perfazendo um total de 313 colaboradores em 333, ou seja, 94,8%. Este resultado está de acordo com publicações anteriores que destacam a predominância do género feminino entre os trabalhadores dos sectores da saúde (79%) ou da educação (72%) entre outros (FEMCVT, 2007). No caso particular da enfermagem, a predominância do género feminino é também evidente (84,4%) (Dalri, 2007).

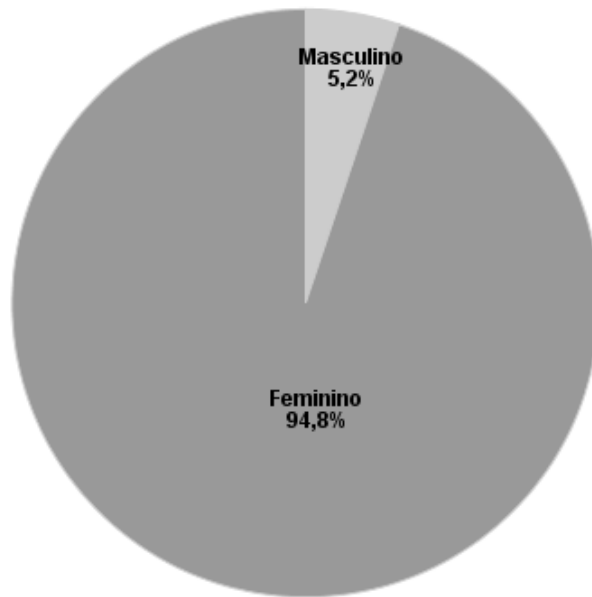


Gráfico 2 – Caracterização dos colaboradores em relação ao género.

5.1.2. Caracterização em relação à idade

De acordo com o Gráfico 3, a idade dos colaboradores varia entre 23 e 66 anos, seguindo uma distribuição próxima da normal com maior concentração de indivíduos na faixa etária compreendida entre os 34 e os 56 anos. Apresentando uma média de 43,94 anos com desvio padrão de 9,66.

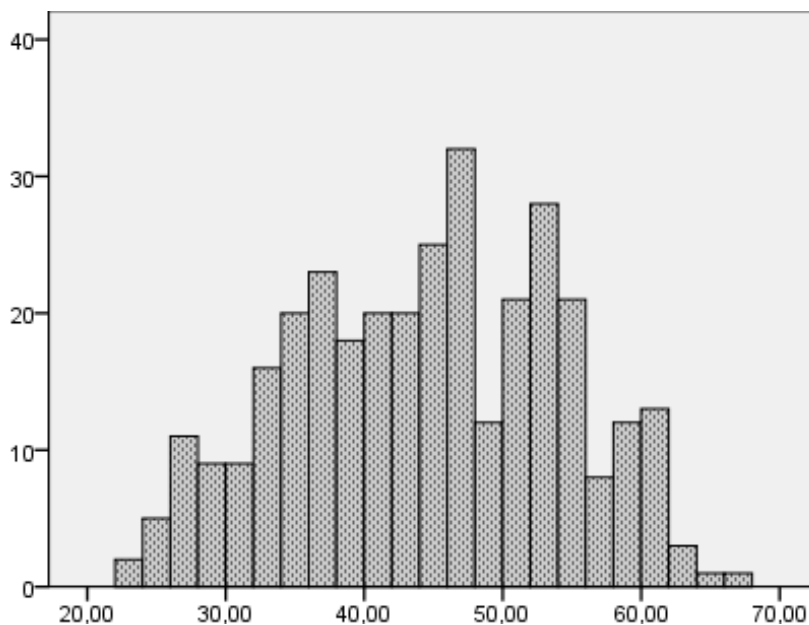


Gráfico 3 – Distribuição dos colaboradores por idade.

O escalão etário do grupo em estudo é similar ao definido no trabalho de Dalri (2007), em que as idades variaram entre 20 e 59 anos, com uma média de 42 anos. De facto, no sector público, a idade média é tendencialmente superior à verificada entre os trabalhadores do sector privado (Napoleão, 1999; Silva, 2005).

Torna-se basilar caracterizar a população em estudo no que respeita à idade, uma vez que na verdade, os problemas de saúde de longo prazo e as doenças crónicas aumentam com a mesma. Por conseguinte, cerca de 30% dos profissionais no grupo etário dos 50-64 anos necessitam urgentemente de adaptações no local de trabalho, devido aos seus problemas de saúde e a fim de prevenir os riscos de reforma antecipada e de incapacidade de trabalho (AESST, 2012). Assim, e considerando o escalão etário predominante entre os trabalhadores avaliados neste estudo, é imperativo caracterizar de forma inequívoca a dinâmica de trabalho, identificando os principais riscos e perigos a que estão sujeitos.

O conceito de envelhecimento activo nos locais de trabalho é directamente dependente da gestão da idade, que salienta a necessidade de considerar os factores relacionados com a idade na gestão quotidiana, quer na organização do trabalho, quer nas tarefas individuais, para que todos os colaboradores, independentemente da sua idade, se sintam capacitadas para alcançar os seus objectivos próprios e os institucionais (AESST, 2012).

5.1.3. Factores de vulnerabilidade pessoal

Cerca de 28,5% dos colaboradores referenciaram factores de vulnerabilidade pessoal, com destaque para as alergias (29,5%), seguidas da hipertensão (18,9%) e outras doenças não elencadas no questionário (15,8%). Os restantes tipos de factores não apresentaram valores significativos.

A falta de problemas associados a factores de vulnerabilidade tinha já sido assinalada como maioritária (65%) entre os profissionais de saúde (Arrabaço, 2008). Entre os 35% de participantes que referiram factores de vulnerabilidade, os factores mais comuns incluem doenças crónicas, doenças alérgicas, doenças endócrinas, depressão, doença cardíaca e hipertensão arterial, tuberculose pulmonar, entre outras.

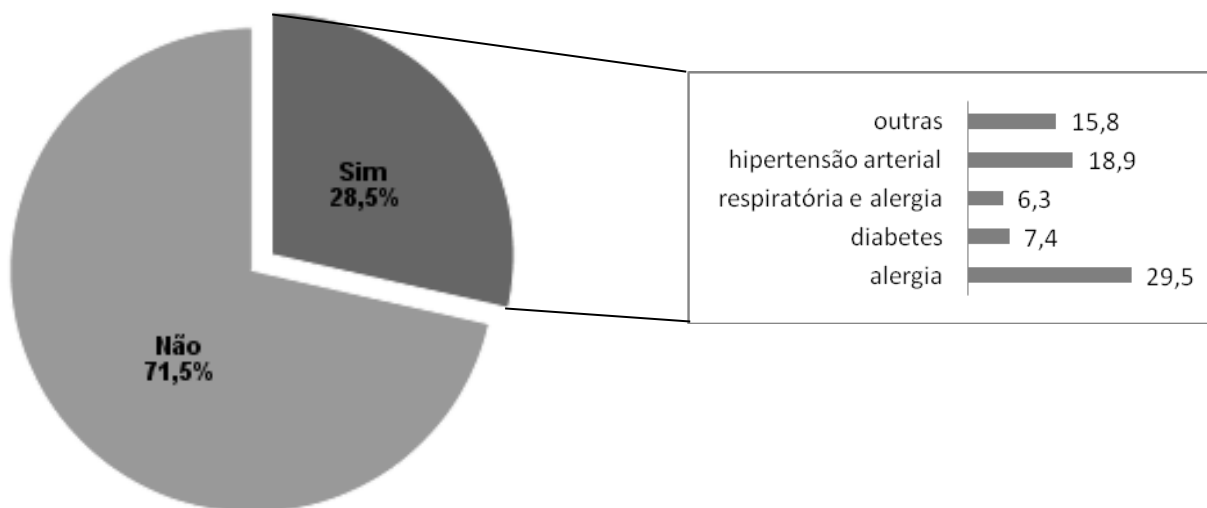


Gráfico 4 – Caracterização dos factores de vulnerabilidade pessoal.

5.1.4. Ocupação dos tempos livres

De acordo com o Gráfico 5, verifica-se que estar com a família, ver TV, estar com os amigos e fazer exercício físico são as ocupações mais privilegiadas. No entanto, outras actividades como ouvir música e ler são também indicadas com alguma frequência.

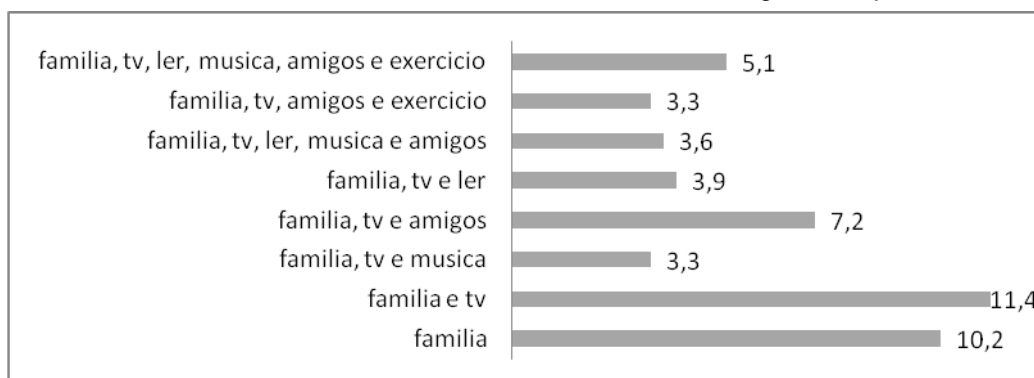


Gráfico 5 – Distribuição dos colaboradores por ocupação dos tempos livres dos colaboradores.

5.1.5. Caracterização em relação às habilitações literárias

Os dados apresentados no Gráfico 6, permitem concluir que as habilitações literárias mais frequentes são o 12º ano (33%), o 9º ano (25,2%) e a formação/educação académica (18,3%), verificando-se apenas uma percentagem de 0,9% dos colaboradores abaixo da escolaridade primária.

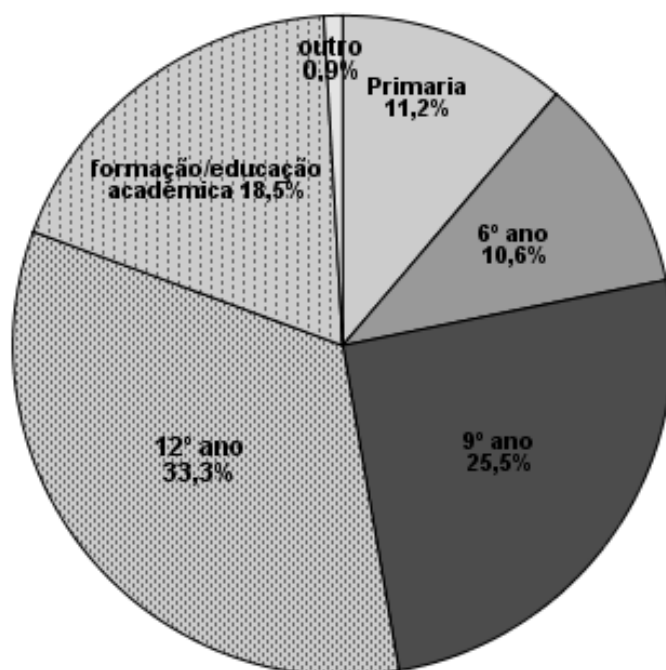


Gráfico 6 – Caracterização dos colaboradores por habilitações literárias.

5.1.6. Categoria profissional

Quanto à categoria profissional dos colaboradores, registam-se com maior frequência os auxiliares de acção directa com 24,4%, os auxiliares de serviços gerais com 23,8%, os ajudantes de lar com 16,3% e as educadoras de infância com 6,3%. Na categoria denominada por “outras”, com 14,5%, estão agrupadas todas as categorias que apresentaram menor percentagem de colaboradores.

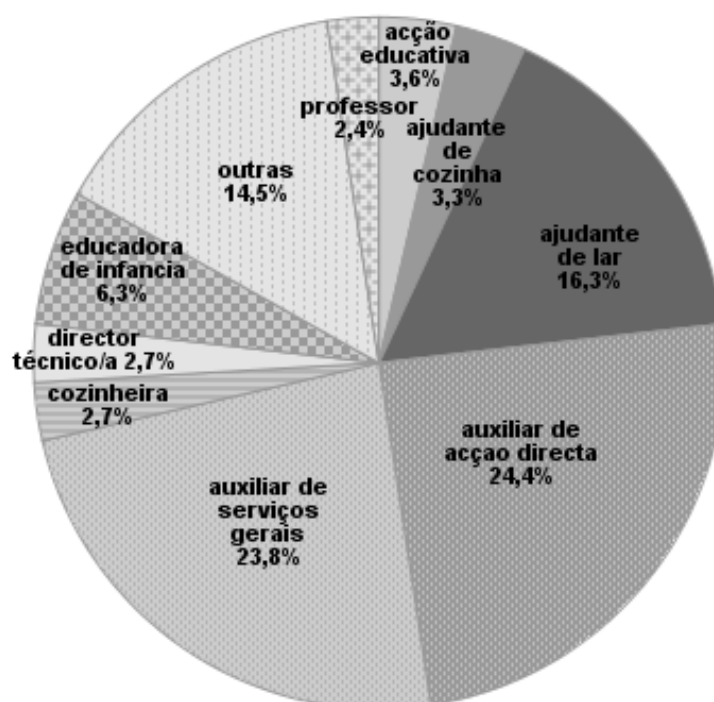


Gráfico 7 – Distribuição dos colaboradores por categoria profissional.

5.1.7. Relação jurídica de trabalho

Como se pode comprovar no Gráfico 8, salienta-se o regime efectivo/permanente (75,9%) e o contrato de trabalho a termo certo (17,7%). No grupo designado por “outras” encontra-se a prestação de serviços (1,5%), o contrato de trabalho a termo incerto (2,7%), o estágio profissional (1,5%), o contrato de emprego (inserção) (0,3%) e sem qualquer relação jurídica de trabalho (0,3%). Os valores obtidos são concordantes com os publicados noutros estudos que assinalam 78,1% de trabalhadores em regime efectivo e 21,9% de trabalhadores contratados (Dalri, 2007).

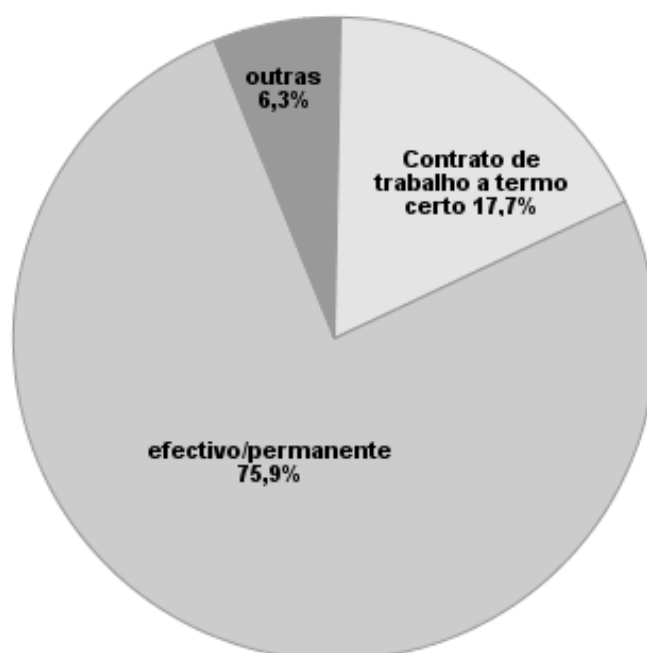


Gráfico 8 – Distribuição dos colaboradores por relação jurídica de trabalho.

5.1.8. Horário de trabalho

De acordo com o Gráfico 9, os colaboradores praticam maioritariamente um horário rígido/fixo (42,1%) ou por turnos (38,8%).

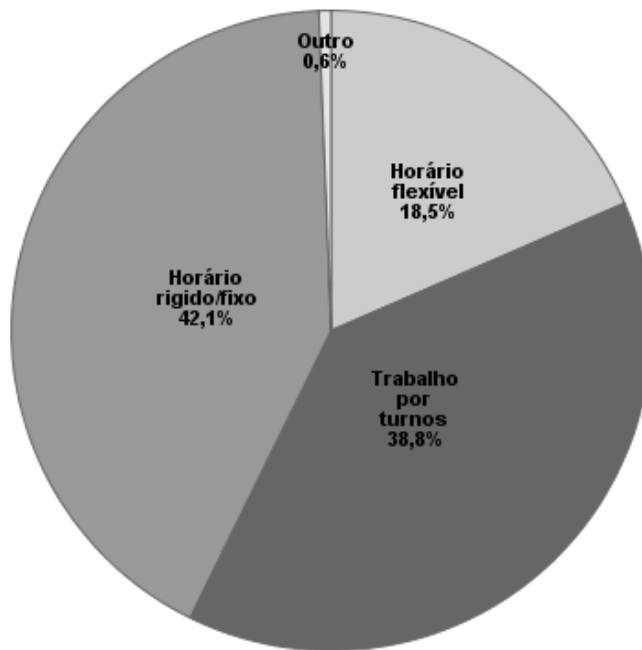


Gráfico 9 – Distribuição dos colaboradores por horário de trabalho.

Como se pode verificar o trabalho por turnos é o segundo com maior percentagem. Neste regime de horário, a assistência é ininterrupta nas 24 horas do dia, implicando uma rotatividade de horários entre membros da equipa, permanecendo junto dos utentes, estabelecendo maior ligação com estes (Murofuse, 2004).

Entre os trabalhadores que praticam um horários por turnos, foi verificada a ocorrência de alterações nos indicadores de saúde físicos, psicológicos e sociais. Estes trabalhadores possuem os seus ritmos circadianos e gastrointestinais alterados devido às escalas de horários desordenadas que impossibilitam o ajuste rápido dos ritmos biológicos, bem como às inversões dos períodos de actividade e repouso (Silva, Chanffin, Neto & Júnior, 2010).

5.1.9. Média de horas de trabalho

Conforme mostra o Gráfico 10, o número de horas de trabalho diárias, varia entre 3,5 e 9 h. A média situa-se nas 7,55 h diárias, em particular devido à maioria dos colaboradores praticarem 7 h ou 8 h de trabalho por dia.

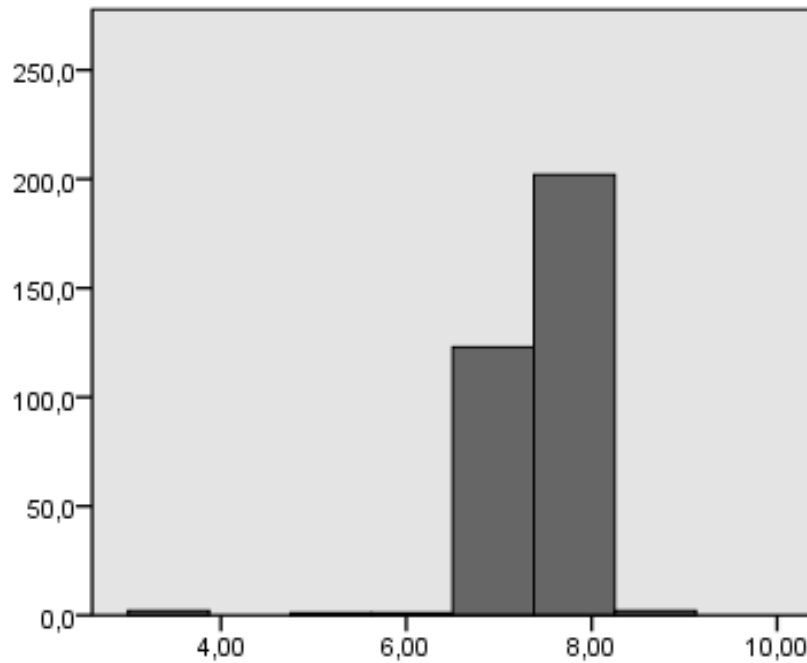


Gráfico 10 – Distribuição dos colaboradores por número de horas de trabalho diárias.

5.1.10. Experiência profissional

A experiência profissional apresenta uma grande disparidade, variando entre 0,5 e 39 anos, com a classe modal entre os 20 e os 22,5 anos de experiência profissional e a média a registrar-se nos 14,17 anos.

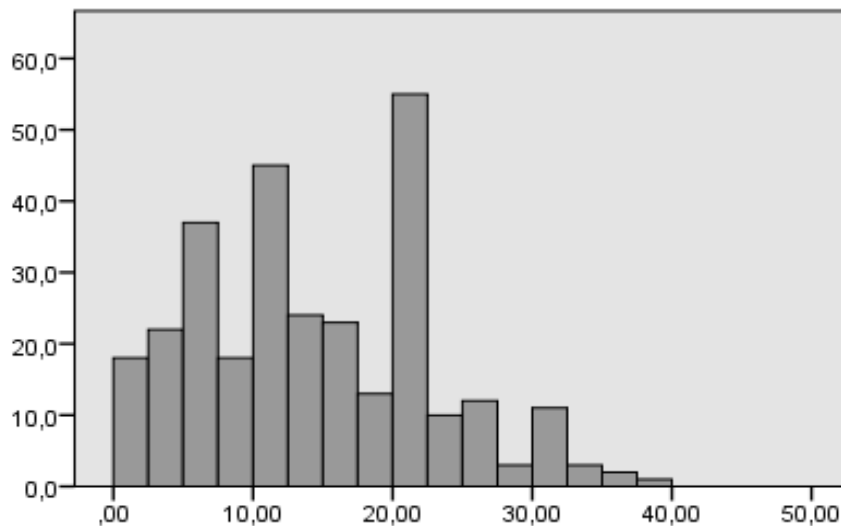


Gráfico 11 – Distribuição dos colaboradores por experiência profissional.

5.1.11. Antiguidade na entidade

Verificou-se uma grande semelhança com o perfil de resultados obtido para a experiência profissional (coeficiente de correlação de Pearson igual a 0,861 e estatisticamente muito significativo, $v.p.> 0,001$), concluindo-se que a maioria dos colaboradores nunca trabalhou noutra instituição a não ser aquela em que exercia funções à data de recolha de dados. Tal como na experiência profissional, os resultados variaram entre 0,5 e 39 anos, com a classe modal a localizar-se neste caso entre os 10 e os 12,5 anos e com uma média de 12,56 anos (Gráfico 12). Neste particular, os colaboradores das instituições estudadas apresentaram maior antiguidade do que em trabalhos similares, em que a maior parte (57,8%) dos trabalhadores tinha uma ligação à empresa inferior a 10 anos (Dalri, 2007).

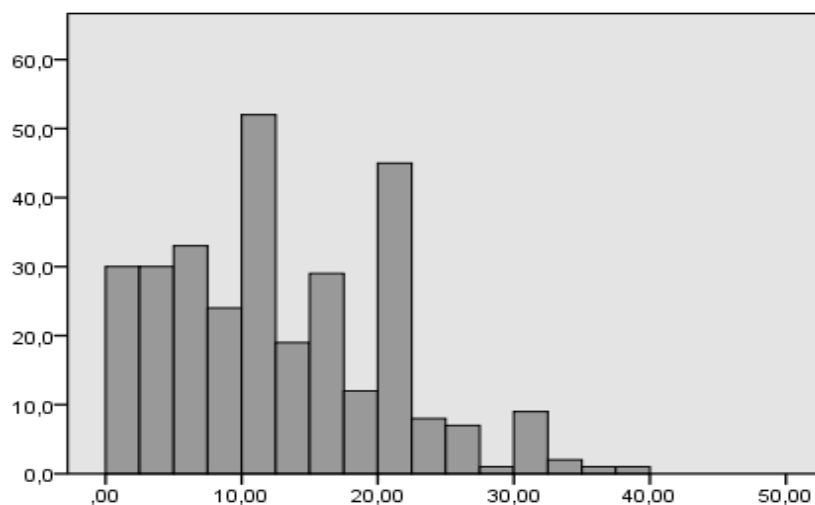


Gráfico 12 – Distribuição dos colaboradores por antiguidade na entidade.

5.2. Riscos Profissionais

5.2.1. Riscos ocupacionais a que se encontram expostos

No Gráfico 13 estão representados os dados mais significativos registados para os diferentes profissionais quando questionados sobre os riscos a que se encontram expostos no local de trabalho. Destacam-se os riscos mecânicos (12,3%), biológicos (11,1%), físicos (11,1%), e psicossociais (9,9%). Em relação aos trabalhadores que afirmaram não existir qualquer risco profissional (7,5%), o questionário deu-se por finalizado.

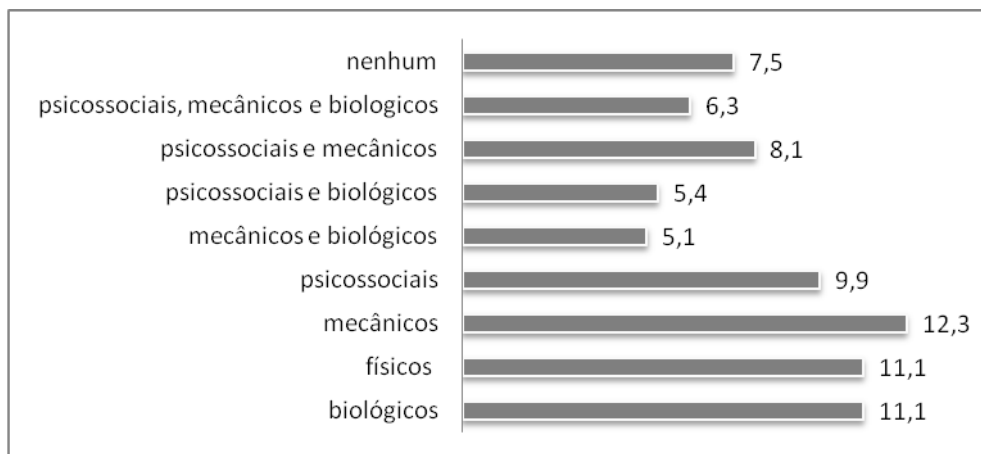


Gráfico 13 – Distribuição dos colaboradores por riscos a que se encontram expostos.

Os tipos de riscos assinalados assumem especial importância entre as instituições de saúde. Estas instituições estão mesmo entre os locais mais perigosos para a segurança e saúde das pessoas, incluindo os profissionais, os visitantes e os próprios doentes (Nunes, 2004). O risco ocupacional associado aos agentes biológicos é conhecido desde a década de 1940 e pode atingir não só os profissionais de saúde, como outros profissionais e ainda todos os visitantes das unidades de saúde e familiares que coabitam no domicílio dos doentes (Maia, 2005). Já os factores de risco de natureza química constituem o mais extenso subgrupo de agentes causais de doença profissional, e, as dermatoses profissionais, pela sua frequência, constituem uma situação com grande importância em patologia e clínica do trabalho (Uva, 2000).

O trabalho desempenhado nas instituições de saúde acarreta também uma grande carga física. As principais consequências da movimentação inadequada de cargas são as lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT) que, atendendo à sua natureza, têm, habitualmente, um início insidioso, sendo por isso frequentemente desvalorizado (Maia, 2005). Estas lesões têm vindo a afectar um número crescente de trabalhadores, abrangendo um largo leque de actividades, e destacando as mulheres como o grupo mais susceptível de as desencadear (Maia, 2005).

As LMERT são consideradas como as doenças ocupacionais que mais acometem a saúde do trabalhador de forma epidémica nas últimas décadas em todo o mundo, constituindo-se como um problema de saúde pública, com repercussões sociais e económicas (Oliveira, 2002). Na Europa, as LMERT afectam milhões de trabalhadores. Entre os 27 países da União Europeia, 25% dos trabalhadores queixam-se de dores nas costas e 23% de dores musculares. As LMERT são a maior causa de ausência no trabalho em praticamente em todos os estados-membros. Em alguns deles, 40% dos custos de indemnização de trabalhadores devem-se também às LMERT e mais de 1,6% do Produto Interno Bruto do próprio país. Assim, reduzem a rentabilidade das empresas e adicionam custos ao governo social (EASHW, 2008).

O aparecimento de LMERT está fortemente correlacionado com as condições de *stress* e características da organização do trabalho, tais como o trabalho repetitivo e a cadência do trabalho (Nunes, 2012).

5.2.2. Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais

Entre os colaboradores inquiridos, 20,8% responderam já ter sofrido algum tipo de AT, uma percentagem inferior à registada entre outros profissionais relacionados com a saúde, como por exemplo, os enfermeiros (32,8%) (Dalri, 2007). Em contextos ocupacionais que implicam a manipulação de doentes e acamados, existem estudos que indicam que a manipulação manual de cargas (MMC) poderá ser responsável por cerca de 40% de todos os acidentes ocorridos; entre estes, 80% correspondem a AT que implicam cerca de 4 semanas de absentismo por doença ou lesão (Davies, Kemp, Frostick, Dickinson & McElwaie, 2003).

Relativamente às DP, o número de trabalhadores que responderam afirmativamente é ainda mais baixo, uma vez que apenas 14,6% dos colaboradores sofrem ou sofreram de doenças relacionadas com o trabalho.

5.2.3. Atitudes para prevenir/evitar riscos profissionais

Nesta primeira grelha (Gráfico 14) de atitudes para prevenir/evitar riscos profissionais, a distribuição foi feita por seis itens com quatro possibilidades de resposta (Figura 14). Entre estas quatro possibilidades, "sempre" foi a resposta dada o maior número de vezes para todas as atitudes de prevenção, à excepção da atitude de prevenção relacionada com a alimentação saudável, em que a resposta mais frequente foi "quase sempre".

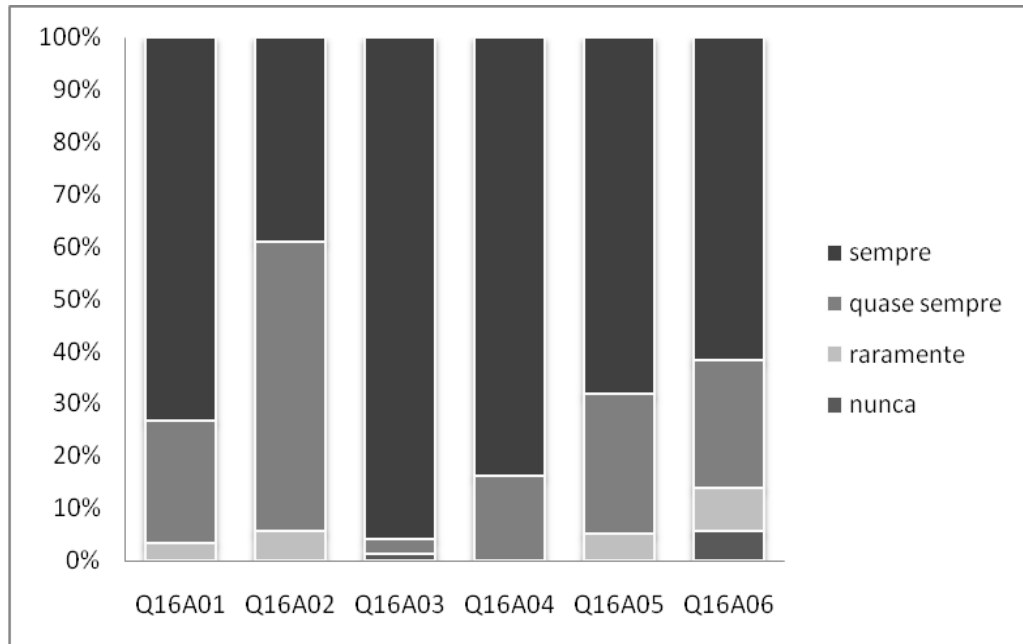


Gráfico 14 – Distribuição dos colaboradores por atitudes para prevenir/evitar riscos profissionais da primeira grelha.

Quadro 9 – Codificação de itens referentes à primeira grelha da questão 16.

Faz/submete-se ao controlo médico (exames periódicos)	Q16A01
Procura ter uma alimentação equilibrada	Q16A02
Evita bebidas alcoólicas antes e durante o período de trabalho	Q16A03
Respeita a sinalização existente nas zonas de trabalho	Q16A04
Tenta diminuir, quando possível, o tempo de exposição ao risco	Q16A05
Tenta alternar, quando possível, as tarefas a executar com um colega	Q16A06

Na segunda grelha (Gráfico 15), os colaboradores tinham duas opções de resposta para as diferentes medidas preventivas, tentando-se neste caso compreender a sua percepção sobre as mesmas. De um modo geral, os colaboradores estão bem informados, pois reconhecem, na maioria, os equipamentos de protecção individual/colectiva, os procedimentos a tomar e as sinalizações existentes no local de trabalho. É no entanto de salientar que cerca de 37,3% dos colaboradores não sentem necessidade de receber mais formação, 32,1% não sabem utilizar equipamentos de protecção colectiva e 19,5% acha que a formação que a entidade fornece não é adequada.

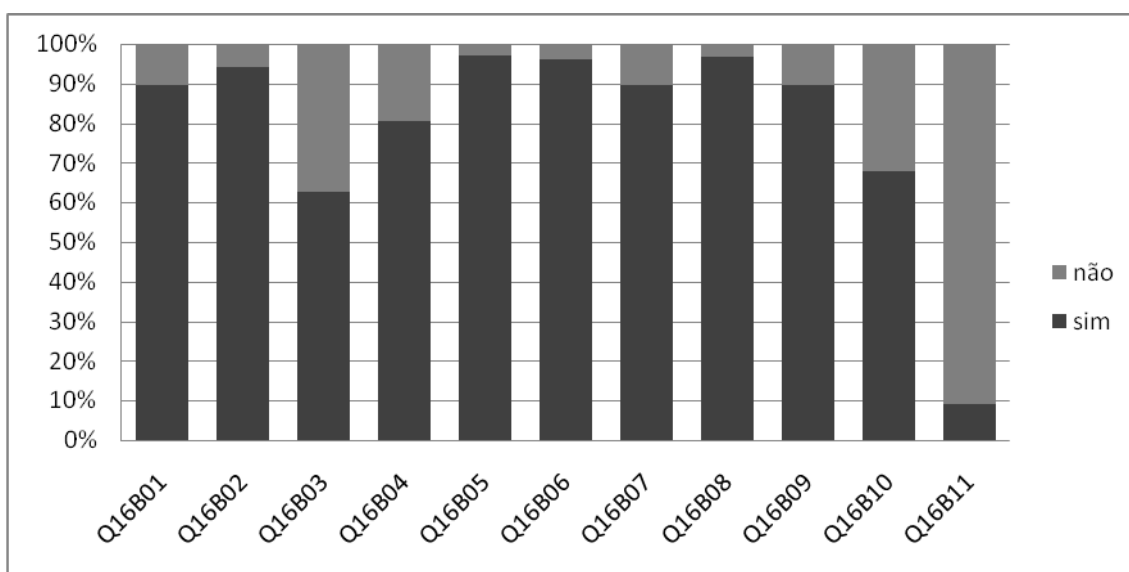


Gráfico 15 – Distribuição dos colaboradores por diferentes medidas de prevenção da segunda grelha.

Quadro 10 – Codificação de itens referentes à segunda grelha da questão 16.

Existe sinalização nas zonas de trabalho?	Q16B01
Em caso de acidente de trabalho na entidade, sabe que procedimentos deve efectuar?	Q16B02
Sente necessidade de mais formação?	Q16B03
A entidade proporciona formação adequada?	Q16B04
Existem equipamentos de protecção individual (ex. luvas, máscaras, etc.)?	Q16B05
Conhece o funcionamento dos equipamentos de protecção individual (ex. luvas, máscaras, etc.)?	Q16B06
Utiliza equipamentos de protecção individual (ex. luvas, máscaras, etc.)?	Q16B07
Existem equipamentos de protecção colectiva (ex. extintores, <i>kit</i> de primeiros socorros, ventilação, etc.)?	Q16B08
Conhece o funcionamento dos equipamentos de protecção colectiva (ex. extintores, <i>kit</i> de primeiros socorros, ventilação, etc.)?	Q16B09
Utiliza equipamentos de protecção colectiva (ex. extintores, <i>kit</i> de primeiros socorros, ventilação, etc.)?	Q16B10
Utiliza outras formas de prevenir/evitar riscos profissionais?	Q16B11

Realizou-se o teste de Qui-quadrado (χ^2) para ver se existe alguma associação entre os itens “sente necessidade de mais formação?” (Q16B03) e “a entidade proporciona formação adequada?” (Q16B04) (Tabela 2). O resultado obtido para o valor de $\chi^2 = 7,821$ (gl = 1; v.p. = 0,005) comprova que existe associação estatisticamente significativa entre os dois itens. Pela análise da tabela abaixo, verifica-se que, entre os colaboradores que sentem necessidade de mais formação, a taxa de respostas negativas na questão de formação adequada é maior, o que faz sentido. A falta de adequabilidade ou insuficiência da formação ministrada já foi assinalada anteriormente (Arrabaço, 2008), a maior parte das vezes porque existem dificuldades na transmissão de informação sobre os procedimentos após o acidente de serviço. Em conformidade, a gestão do risco tem de incluir, necessariamente, a comunicação do risco (*risk communication*), e deve apoiar-se numa adequada caracterização do risco de forma a tornar acessível e compreensível a informação a todos os trabalhadores. Pretende-se, desta forma, ajustar a percepção do risco (*risk perception*) por parte dos diferentes intervenientes, de forma a potenciar o conhecimento, a avaliação e a intervenção na saúde dos trabalhadores.

Este processo é fundamental uma vez que é o conhecimento sobre os factores de risco a que estão expostos que determina a protecção dos trabalhadores. Quando a informação e/ou a formação são insuficientes, os trabalhadores têm tendência a atribuir uma dimensão pouco realística dos riscos a que estão sujeitos, podendo a sua percepção ser excessiva ou reduzida (Cossette, 2003).

Tabela 2 – Relação de respostas atribuídas aos dois itens (Q16B03 e Q16B04) em avaliação.

		Q16B04		Total
		Não	Sim	
Q16B03	Não	13	102	115
	Sim	47	146	193
Total		60	248	308

Efectuou-se o mesmo teste para verificar a existência de associação entre os AT e a presença de vulnerabilidade pessoal (Tabela 3), tendo-se obtido um valor de $\chi^2 = 12,140$ (gl = 1; *v.p.* <0,001), demonstrando que os AT estão associados com os colaboradores com algum tipo de vulnerabilidade pessoal. Isto é, verifica-se que os colaboradores com vulnerabilidades pessoais sofreram mais AT que os restantes. O próprio impacto que estes AT têm em cada trabalhador pode variar de acordo com a mesma vulnerabilidade, já que a saúde não é igual para todas as pessoas, variando individualmente com as condições de trabalho (Thirion, Macías, Hurley e Vermeulen, 2007).

Tabela 3 – Relação entre a ocorrência de acidentes de trabalho e a existência de vulnerabilidades.

		Vulnerabilidades		Total
		Não	Sim	
Acidente	Não	187	57	244
	Sim	35	29	64
Total		222	86	308

Tendo em atenção que entre os 333 colaboradores que responderam ao questionário, cerca de 92,5% referiram estar expostos a pelo menos um risco ocupacional, realizou-se também o teste do Qui-quadrado (χ^2) para avaliar a existência de associação entre os AT e a existência de risco profissional. Começamos por analisar esta associação no caso particular da correlação entre AT e risco biológico (Tabela 4). Obteve-se um valor de $\chi^2 = 1,468$ (gl = 1; *v.p.* = 0,226), concluindo-se que estes dois factores não parecem estar associados.

Apesar desta falta de correlação, a associação entre AT e risco biológico foi já descrita, parecendo decorrer principalmente da sobrecarga de trabalho e sendo os AT mais frequentes entre o género feminino, quando comparado ao género masculino (Assis, 2010).

A prevalência do risco biológico é compreensível pois estes trabalhadores realizam vários procedimentos durante as quais manipulam materiais de origem biológica (Dalri, 2007).

Tabela 4 – Relação entre o número de colaboradores que tiveram acidentes de trabalho e manifestaram existência de riscos biológicos.

		Risco biológico		Total
		Não	Sim	
Acidente	Não	128	116	244
	Sim	39	25	64
Total		167	141	308

No caso da associação entre AT e risco físico (Tabela 5), o valor de χ^2 obtido foi 0,006, com $gl = 1$ e $v.p. = 0,937$, pelo que também neste caso se conclui não existir associação estatisticamente significativa. No entanto, podemos afirmar que na realização de qualquer trabalho é necessário consumirmos uma certa quantidade de energia e para rentabilizar esse resultado são necessárias condições físicas sadias no ambiente laboral, como por exemplo, o nível de ruído e temperaturas aceitáveis. A inexistência destas condições proporciona a falta de motivação, cansaço e previsivelmente a queda de produção (Sousa *et al.*, 2005).

Tabela 5 – Relação entre o número de colaboradores que tiveram acidentes de trabalho e manifestaram existência de riscos físicos.

		Risco Físico		Total
		Não	Sim	
Acidente	Não	169	75	244
	Sim	44	20	64
Total		213	95	308

Testou-se também a existência de associação no caso específico da ocorrência de AT e existência de risco químico (Tabela 6), obtendo-se um $\chi^2 = 2,374$ ($gl = 1$ e $v.p. = 0,123$), verificando-se que também neste caso não existe associação entre os dois factores. Porém, as actividades relacionadas com a saúde acarretam riscos químicos bem identificados como gases, névoas, fumos, poeiras, como álcool, detergentes, éter, hipoclorito de sódio, desinfectantes, clorhexidina, quimioterápicos, contaminação por secreções, uso constante de luvas de látex com talco ou o manuseio/preparação de antibióticos (Amorim, 2009). Contudo, os trabalhadores nem sempre têm completo conhecimento da nocividade destes (Rezende, 2003; Xelegati, Robazzi, Marziale e Hass, 2006).

Tabela 6 – Relação entre o número de colaboradores que tiveram acidentes de trabalho e manifestaram existência de riscos químicos.

		Risco Químico		Total
		Não	Sim	
Acidente	Não	216	28	244
	Sim	52	12	64
Total		268	40	308

Numa avaliação similar considerando a correlação entre a ocorrência de AT e a existência de riscos mecânicos (Tabela 7), obteve-se um valor de $\chi^2 = 0,060$ (gl = 1; v.p. = 0,807), pelo que também para os riscos mecânicos não existe associação estatisticamente significativa.

Ainda assim, o risco ergonómico/mecânico, e em particular os problemas posturais, foram já reconhecidos como tendo um papel essencial na saúde do trabalhador (Macedo, 1990). Contudo e segundo Caetano e Vale (2000), os factores de risco ergonómico são facilmente confundidos com factores de risco físico. E ainda de acordo com os mesmos autores a causa maioritária das interrupções de trabalho prolongadas e incapacidade individual prematura é devido a rotura e degenerescência dos discos intervertebrais, representando graves riscos para a coluna vertebral, que é frequente nas idades entre os 20 e 41 anos principalmente nas profissões que requerem grandes esforços físicos.

Tabela 7 – Relação entre o número de colaboradores que tiveram acidentes de trabalho e assinalaram existência de riscos mecânicos/ergonómicos.

		Risco Mecânico/Ergonómico		Total
		Não	Sim	
Acidente	Não	130	114	244
	Sim	33	31	64
Total		163	145	308

Por último, avaliou-se a existência de associação entre a ocorrência de AT e a presença de riscos psicossociais (Tabela 8), obtendo-se um valor de $\chi^2 = 9,354$, (gl = 1 e v.p. = 0,002), o que comprova a existência de associação estatisticamente significativa.

Tabela 8 – Relação entre o número de colaboradores que tiveram acidentes de trabalho e assinalaram existência de riscos psicossociais.

		Risco Psicossocial		Total
		Não	Sim	
Acidente	Não	140	104	244
	Sim	23	41	64
Total		163	145	308

Os trabalhadores de instituições de saúde são particularmente sujeitos a riscos psicossociais, com destaque para a falta de segurança existente nos seus ambientes de trabalho e a alta frequência de agressões físicas e verbais ocorridas durante o período laboral (Dalri, 2007). A actividade dos profissionais de saúde caracteriza-se efectivamente por apresentar múltiplas exigências não só a nível físico mas, sobretudo, a nível psicológico, o que justificou a inclusão das profissões de medicina e de enfermagem entre as sete profissões mais geradoras de stress, por parte do *Health and Safety Executive*, do Reino Unido (UK, HSE, 2003). Estes profissionais constituem um grupo cuja actividade profissional se inclui nas chamadas “profissões de ajuda”. A sua actividade, caracteriza-se, essencialmente, por apresentar exigências múltiplas, quer a nível físico, quer a nível psicológico. Estas últimas exigências parecem contribuir para estados de *stress* (relacionado com o trabalho) e também de *burnout* neste sector de actividade.

Os factores que propiciam o aparecimento de riscos psicossociais são variados, podendo, por exemplo incluir aspectos motivacionais como a falta de perspectiva de progressão de carreira, o mau relacionamento com os superiores ou simplesmente os erros de procedimento cometidos. Além do mais estes riscos resultam muitas vezes de transformações técnicas ou organizativas (Silva & Gomes, 2009).

Os problemas psicossociais são mesmo considerados no mundo como uma das principais causas de acidentes, doenças, absentismo e morte no local de trabalho (*International Labor Organisation* – ILO, 2002). Além do mais, cerca de 74% das empresas europeias continuam a não dispor de meios para combater os riscos psicossociais (AEPSST, 2012).

Para além das associações entre os diferentes tipos de risco e os AT, foi também avaliada associação entre os AT e as DP (Tabela 9), novamente através do teste do Qui-quadrado (χ^2). Pelos resultados obtidos ($\chi^2 = 43,824$; g l = 1; v.p. <0,001), e apesar de Opitz (1988, citado por Lopes & Mello, 2007), afirmar que o acidente de trabalho tem causa externa enquanto a doença profissional na maioria das vezes deriva de causa interna, para além de que o acidente pode ser provocado intencionalmente, pelo trabalhador, enquanto a doença não, conclui-se que estas duas variáveis estão associadas positivamente.

Tabela 9 – Relação entre o número de colaboradores que tiveram acidentes de trabalho e/ou doenças profissionais.

		Doenças Profissionais		Total
		Não	Sim	
Acidente	Não	225	19	244
	Sim	38	26	64
Total		263	45	308

De facto, a causa de DP está ligada à actividade profissional, tal como os AT apesar de estes serem de aparecimento súbito, enquanto as DP se caracterizam por serem de produção lenta e progressiva, surgindo de modo imperceptível no organismo (Sousa et al., 2005).

De acordo com Chambel (2005 citado por Arrabaço 2008), num inquérito direccionado a 13 mil empregados, verificou-se que 20% dos trabalhadores manifestavam existirem constantes pressões no que se refere à concretização de múltiplas tarefas durante a sua actividade profissional. Este facto conduz por vezes a acidentes de trabalho, a doenças associadas ou agravadas pelo trabalho e a doenças profissionais.

Face às duas correlações positivas verificadas entre riscos psicossociais e AT e também entre AT e DP, é possível que os riscos psicossociais influenciem também de forma significativa o aparecimento de DP. Estes riscos caracterizam-se por uma elevada complexidade, envolvendo características sociais (ex: padrões de interacção grupal), culturais, (ex: modelos tradicionais de liderança, de tomada de decisão e de resolução de conflitos) psicológicas (ex: atitudes, valores, representações, personalidade) e outras inerentes ao trabalho (ex: mudanças tecnológicas rápidas, recursos inadequados). Pelo exposto, podem resultar, da interacção entre o indivíduo, as condições de vida no trabalho e as condições de vida fora do trabalho, sendo susceptíveis de influenciar a saúde, segurança e bem-estar do trabalhador, com eventuais repercussões na produtividade do trabalho e na satisfação do trabalhador.

Entre estes riscos, o *stress* parece ter um papel preponderante no aparecimento de inúmeras DP e AT (Miranda, 1998). O *stress* é muitas vezes causado pela permanência contínua em convivência com o sofrimento do outro, com a angústia dos utentes e dos seus familiares, e em última análise com a própria morte, que muitas vezes conduz a sentimentos de frustração e de fracasso de assistência (Bulhões, 1998).

Na avaliação da associação entre os AT e as instituições (Tabela 10) onde foram aplicados os questionários, obteve-se um $\chi^2 = 27,950$ com $gl = 2$ e $v.p. < 0,001$, demonstrando-se a existência de associação com significância estatística. Isto significa que a incidência de AT varia de instituição para instituição, o que pode ser justificado pelo facto de os comportamentos dos trabalhadores serem determinados pela sua própria percepção do risco, mas também pela cultura de segurança que caracteriza a instituição. Esta cultura não corresponde somente a uma política de Saúde e Segurança do Trabalho, sendo também suportada na amplitude dos actos das organizações (Petersen, 2000). Deve ter-se em conta que qualquer instituição representa um ambiente complexo que comporta um elevado número de riscos ocupacionais para os seus profissionais predispondo os mesmos para a ocorrência de AT de natureza múltipla.

Tabela 10 – Relação entre o número de colaboradores que tiveram acidentes de trabalho e as instituições onde o questionário foi aplicado.

		Instituição			Total
		Misericórdia de Vinhais	Misericórdia de Bragança	Misericórdia de Mirandela	
Acidente	Não	51	55	138	244
	Sim	3	35	26	64
Total		54	90	164	308

Devido à associação entre AT e riscos psicossociais, testou-se a relação entre os riscos psicossociais e a actividade profissional dos colaboradores (Tabela 11). Pelos dados obtidos $\chi^2 = 14,467$ ($gl = 5$; e $v.p. = 0,013$), conclui-se que existe evidência estatística para afirmar que ambas as variáveis estão associadas, ou seja, em determinadas funções há maior incidência de riscos psicossociais.

Para Oliveira e Murofuse (2001), os trabalhadores de saúde estão cada vez mais expostos a uma enorme diversidade de riscos. Estes trabalhadores adoecem e sofrem acidentes, mas desvalorizam estas consequências e preocupam-se mais com o trabalho a ser realizado e com os cuidados a prestar aos utentes. Contudo, o aparecimento de DP afectando diversas estruturas corporais como coluna vertebral, membros superiores e inferiores foi associado à sua actividade profissional de forma significativa (Murofuse, 2004).

Tabela 11 – Relação entre o número de colaboradores que assinalaram existência de riscos psicossociais com a actividade profissional.

		Actividade Profissional						Total
		Ajudante de lar	Auxiliar de acção directa	Outras	Educadora de infância	Auxiliar de serviços gerais	Ajudante/auxiliar de acção educativa	
Psicossocial	Não	25	41	62	14	39	7	188
	Sim	29	40	24	7	40	5	145
Total		54	81	86	21	79	12	333

Realizou-se o Teste *t de Student* (Tabela 12) para verificar se os AT são independentes da experiência. Neste caso, o teste de Levene apresentou um *v.p.* = 0,529, pelo que se consideraram as variâncias iguais. Ora como *v.p.* <0,05 podemos afirmar com 95% de confiança que existem diferenças significativas na experiência profissional conforme os indivíduos tivessem ou não já sofrido AT, pois verifica-se que os colaboradores com mais anos de trabalho são os que estiveram mais expostos e têm mais acidentes.

Tabela 12 – Média e desvio-padrão do Teste *t* para amostras independentes (Acidentes de Trabalho e Experiência).

	Acidente	N	Mean	Std. Deviation
Experiência	Não	218	13,2317	8,01742
	Sim	57	18,0877	8,03848

Note-se que é natural que assim seja, uma vez que a questão dos AT incidia sobre toda a carreira do indivíduo. Provavelmente, se a questão incidisse sobre o período de tempo limitado (por exemplo, o último ano) os resultados seriam opostos, devido ao efeito da experiência profissional.

A antiguidade na instituição deve sempre ser tida em conta pois o escalão etário dos profissionais de saúde pode variar de forma muito significativa (Nicolete, 2001; Dalri, 2007).

Aplicou-se o teste *t de Student* (Tabela 13) para verificar se os AT são independentes da idade. Neste caso no teste de Levene apresentou um *v.p.* = 0,535, pelo que se consideraram as variâncias iguais. Ora como *v.p.* <0,05 podemos afirmar com 95% de confiança que os colaboradores com mais idade são os que estiveram mais expostos e têm mais acidentes. Obviamente, o que foi dito a propósito da análise anterior tem a mesma aplicabilidade aqui.

Tabela 13 – Média e desvio-padrão do Teste *t* para amostras independentes (Acidentes de Trabalho e Idade).

	Acidente	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Idade	Não	241	43,3817	9,62395	,61993
	Sim	64	47,7031	9,24564	1,15571

No seu estudo sobre riscos e sinistralidade laboral, Areosa (2010) verificou que existe uma certa tendência para maior ocorrência de AT até aos 44 anos de idade comparativamente com os grupos etários mais velhos. Uma das possíveis explicações apresentadas pelo autor para estes resultados, aponta o facto de os trabalhadores com maior idade poderem ocupar posições hierárquicas superiores.

De acordo com Walsh *et al*, (2004), tem sido descrito na literatura que a maioria dos trabalhadores experimenta uma perda na capacidade para o trabalho com o envelhecimento, sobretudo se não forem tomadas medidas preventivas para a manutenção dessa capacidade. O impacto dessa perda pode ser maior ou menor, dependendo do contexto funcional desses trabalhadores e dos seus repertórios sociocognitivos.

CAPÍTULO VI – CONCLUSÕES E LINHAS DE SUGESTÕES FUTURAS

Os resultados obtidos com este estudo realçam a importância de caracterizar os riscos ocupacionais nas Organizações.

A presente investigação permitiu identificar os riscos ocupacionais em colaboradores das Misericórdias, proporcionando um conhecimento da realidade laboral nestas organizações uma vez que não existem estudos (tanto quanto é do conhecimento da autora) relacionados com esta área/temática, permitindo assim uma gestão dos recursos humanos para uma área cada vez mais relevante como o 3.º sector.

No conjunto das três organizações estudadas, foram assinalados 64 acidentes de trabalho, verificando-se uma predominância dos riscos psicossociais (64,1%) entre os riscos a que os trabalhadores acidentados afirmaram estar expostos. Por outro lado, os mesmos trabalhadores consideraram estar expostos a risco químico apenas em 18,8% dos casos. O aumento de produtividade e lucros para as organizações advêm da minimização dos AT/DP, pelo que todos os riscos devem ser controlados. Porém, face aos resultados obtidos, parece ser notória a maior necessidade de controlo dos riscos psicossociais, que deverão também ser reconhecidos através de um quadro normativo mais exigente.

Registou-se uma maior percentagem de colaboradores/profissionais do género feminino (94,8%) e a presença de uma faixa etária elevada. Apesar de não se verificar associação entre os AT e os riscos biológicos, físicos, químicos ou mecânicos foi possível verificar associação entre os AT e os RP. Outro aspecto que influencia a prevalência de AT é a presença de vulnerabilidade pessoal que os colaboradores apresentam. Das 33 categorias profissionais estudadas as que mais se verificou estarem perante RP são: a auxiliar de acção directa (12,01%), a auxiliar de serviços gerais (12,01%) e a ajudante de lar (8,71%). Foi ainda possível provar que existe associação entre os AT e as instituições.

Verificou-se ainda através do Teste de Qui-quadrado que a SCMB apresenta maior índice de AT comparativamente com as outras duas misericórdias. Este facto pode ser explicado pelo tipo gestão aplicada, que pode influenciar a existência de acidentes no local de trabalho. Obviamente, este resultado também pode dever-se a uma associação com variáveis fora do âmbito do estudo, para obter resultados mais definidos seria necessário aprofundar esta questão.

O contexto actual das sociedades e as mudanças significativas que ocorreram no mundo do trabalho (exigências emocionais elevadas no trabalho, aumento progressivo da idade dos trabalhadores e intensificação do trabalho) evidenciam que os riscos psicossociais têm sido identificados como um dos grandes desafios laborais.

Neste sentido as organizações devem desenvolver ferramentas de gestão capazes de identificar, contextualizar e eliminar/reduzir os riscos psicossociais para a estruturação de ambientes saudáveis de trabalho.

A preponderância dos riscos psicossociais reflecte a dinâmica actual das sociedades laborais, tornando-se importante assumir que as suas consequências podem comprometer a segurança e saúde dos trabalhadores e o desenvolvimento das Organizações.

Assim, novos estudos devem ser conduzidos no sentido de elaborar e implementar um programa de gestão das situações de risco no ambiente laboral, visando a saúde, satisfação e realização profissional e, conseqüentemente, melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores.

As conclusões deste trabalho, sendo úteis na identificação dos riscos psicossociais, e como estudo preliminar no sentido de os associar aos acidentes de trabalho, carecem de uma estratégia de gestão devido à complexidade do mesmo.

Como previamente descrito, o controlo de qualquer tipo de risco é directamente dependente da sua completa caracterização. Assim, a implementação da campanha de avaliação de riscos psicossociais proposta pela Autoridade para as condições de Trabalho (Anexo II) assume um papel fundamental na estratégia de gestão a adoptar. Esta avaliação possibilitará a caracterização dos riscos psicossociais, permitindo seleccionar as metodologias de controlo que minimizem as consequências deletérias nos colaboradores das organizações. De referir que cabe ao empregador, segundo a legislação, a responsabilidade por todos os aspectos da saúde e segurança no trabalho, envolvendo as questões psicossociais.

Estes estudos possibilitarão a definição de novas linhas orientadoras de avaliação e reflexão sobre a segurança e a saúde que devem ser vistas como mais-valias e não como um acréscimo de regulamentação. A melhoria das condições de trabalho traduz-se na redução de riscos e custos e no aumento da motivação, criando benefícios significativos na produtividade das organizações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AAOHN – American Association of Occupational Health Nurses. (2007). *Position Statement: Occupational and Environmental Health Nurses' Role in Improving Employee Health and Productivity*. Atlanta. Acedido a 30 de Maio de 2012, em https://www.aaohn.org/component/option,com_docman/task,doc_view/gid,216/
- Abreu, A., & Mauro, M. (2000, Abril). Acidentes de Trabalho com a Equipe de Enfermagem no Sector de Emergência de um Hospital Municipal do Rio de Janeiro. *Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem*, 4 (1-3), 139-146.
- AESST – Agência Europeia para a Saúde e Segurança no Trabalho. (2000). *FACTS 3: Perturbações Músculo-esqueléticas Causadas pelo Trabalho na Europa*. Espanha. Acedido a 25 de Julho de 2012, em http://www.pgt.mpt.gov.br/publicacoes/seguranca/facts_03.pdf
- AESST – Agência Europeia para a Saúde e Segurança no Trabalho. (2007). *FACTS 71: Introdução às Lesões Músculo-esqueléticas*. Berlim. Acedido a 25 de Julho de 2012, em <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/71>
- AESST – Agência Europeia para a Saúde e Segurança no Trabalho. (2012). *Lidar com os Riscos de Natureza Psicossocial: Factores de Sucesso e Obstáculos*. Acedido a 1 de Outubro de 2012, em http://osha.europa.eu/pt/press/press-releases/dealing_psychosocial_risks_success_factors_obstacles?utm_source=oshmail&utm_medium=email&utm_campaign=oshmail-124
- AESST – Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. (2003). *FACTS 41 – Agentes Biológicos*. Bélgica. Acedido a 20 de Junho de 2012, em <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/41>
- AESST – Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. (2006). *Boa Segurança e Saúde: um Bom Negócio. Resumo do Relatório Anual de Agência de 2006*. Bilbao. Acedido a 30 de Maio de 2012, em http://osha.europa.eu/pt/publications/annual_report/2006
- AESST – Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. (2012). “Promover o envelhecimento ativo no local de trabalho”. Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. Acedido a 23 de Junho de 2012: <http://osha.europa.eu/pt/publications/articles/promoting-active-ageing-in-the-workplace>
- Alves, J. (1994). *Diferenças Individuais, Inteligência e Processamento da Informação*. In: Barreiros, L. Simpósio Europeu de Ergonomia (1994). Estoril, Portugal, 105-118.
- Amorim, G. (2009). *Os Riscos Químicos Presentes no Exercício Laboral dos Profissionais de Enfermagem do Hospital Universitário António Pedro (HUAP)*. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem e Licenciatura), Universidade Federal Fluminense, Niterói, Brasil.
- Araújo, M. (2010). *Percurso de Uma Vida – História da Santa Casa da Misericórdia de Mirandela*. (1ªed). Mirandela: Minfo Gráfica, Lda.
- Areosa, J. (2010). *Riscos e Sinistralidade Laboral: Um Estudo de Caso em Contexto Organizacional*. Tese de Doutoramento, Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Arrabaço, M. (2008). *Acidentes de Serviço em Profissionais de Saúde: Identificação, Representação e Comportamentos Face à Exposição Microbiológica Acidental*. Dissertação de Mestrado, Universidade Aberta, Lisboa, Portugal.

- Assis, D. (2010). *Factores Associados aos Acidentes de Trabalho com Material Biológico em Trabalhadores da Equipa de Enfermagem de um Hospital Universitário*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba – MG, Brasil.
- Assunção, A. (2003). Uma Contribuição ao Debate sobre as Relações Saúde e Trabalho. *Ciência e Saúde Colectiva*, 8 (4), 1005-1018
- Bergamini, C. (1997). *Motivação nas Organizações*. (4ªed). São Paulo: Atlas.
- Bulhões, I. (1998). *Riscos do Trabalho de Enfermagem*. Rio de Janeiro: Folha Carioca.
- Burgess, W. (1997). *Identificação de Possíveis Riscos à Saúde do Trabalhador nos Diversos Processos Industriais*. Belo Horizonte: Ergo.
- CBSE – Centro de Bem Estar Social (2011). *Manual de Acolhimento de Colaboradores*. Freguesia da Figueira de Lorvão.
- Caetano, A., & Vale, J. (2000). *Gestão de Recursos Humanos: Contextos, Processos e Técnicas*. (2ªed). Lisboa: Editora RH.
- Carmo, H., & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da Investigação – Guia para Auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carvalho, B. (1998). Risco Biológico em Unidades de Saúde. *Revista Nursing*, (124), 24-26.
- Chaib, E. (2005). *Proposta para Implementação de Sistema de Gestão Integrada de Meio Ambiente, Saúde e Segurança do Trabalho m Empresas de Pequeno e Médio Porte: Um Estudo de Casos de Indústria Metal-Mecânica*. Tese de Dissertação, Universidade Federal, Rio de Janeiro, Brasil.
- Chambers, R., Miller, D., Tweed, P., & Champbell, I. (1997, June, 12). Exploring the Need for an Occupational Health Service for Those Working in Primary Care. *Occupational Medicine*, 47 (8), 485-490.
- Chiavenato, I. (1999). *Gestão de Pessoas: O Novo Papel dos Recursos Humanos nas Organizações*. (6ªed). Rio de Janeiro: Campus.
- Chiavenato, I. (2002). *Recursos Humanos – Ed. Compacta*. (4ªed). São Paulo: Atlas, 631 p.
- CLBSP – Comissão do Livro Branco dos Serviços de Prevenção. (2001). *Livro de serviços de Prevenção das Empresas* (2ªed). Lisboa: IDICT – Instituto de Desenvolvimento e Inspecção das Condições de Trabalho.
- Conselho da União Europeia. (2007, Junho, 30) Resolução do Conselho: Sobre uma Nova Estratégia Comunitária de Saúde e Segurança no Trabalho (2007-2012). *Jornal Oficial da União Europeia*. c145/1 – c145/4
- Consultua – Ensino e Formação Profissional, Lda. (2007). *Curso de Técnico Superior de Segurança e Higiene no Trabalho – Avaliação de Riscos Profissionais*. (1ªed.) Mirandela: Servimira.
- Correia, N. (2007). Factores Predisponentes do Consumo de Substâncias Psicoactivas em Enfermeiros. *Revista Sinais Vitais*, (75), 50-54.
- Corte, A. et al (2005). Os Riscos na Enfermagem. *Revista Nursing*, (196), 36-41.
- Cossette, R. (2003). Prévenir: savoir, savoir-faire, savoir être, faire savoir. *Prévention au Travail*, 16 (2), 8-10.
- Costa, M. (2005). *Higiene e Segurança no Trabalho e suas Implicações na Gestão dos Recursos Humanos: O Sector da Construção Civil*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho, Minho, Portugal.

- Couto, H. (2007, jul/ago/set). Absentismo: Uma Visão Maior que a Simples Doença. *Coletânea dos Cadernos Ergo*, (3), 60-83.
- CSPB – Centro Social e Paroquial de Baçal (2011). *Manual de Acolhimento de Colaboradores*. Bragança.
- Dalri, R. (2007). *Riscos Ocupacionais Entre Trabalhadores de Enfermagem de Unidades de Pronto Atendimento em Uberaga – MG*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Davies, J., Kemp, G., Frostick, S., Dickinson, C., & McElwaine, J. (2003). Manual handling injuries and long term disability. *Safety Science*, 41(7), 611-625.
- Delbrouck, M. (2003). *Le Burnout du Soignant. Le Syndrome d'épuisement Professionnel*. (1ªed). Bruxelles: Boeck Université.
- DSO – Departamento de Saúde Ocupacional. (2010). *Segurança e Higiene em Trabalho: Gestão do Risco Profissional em Estabelecimentos de Saúde*. Ministério da Saúde, Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP. Acedido a 20 de Setembro de 2012, em http://www.arslvt.minsaude.pt/Documents/ARS_Manual%20Gest%C3%A3o%20Risco%20Profissional_pag_a_pag.pdf
- Dwyer, T. (1989, Abril/Junho). Acidentes do Trabalho – Em Busca de uma Nova Abordagem. *ERA – Revista de Administração de Empresas*, 29 (2), 19-31.
- Escoval, A., Vaz, A., & Alves, D. (1998). *O Hospital Português*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 180 p.
- Europe Commission. (1996). *Guidance on Risk Assessment at Work*. Luxembourg. Acedido a 3 de Novembro de 2011, em <http://osha.europa.eu/en/topics/riskassessment/guidance.pdf>
- EASHW (2008). “*Work related musculoskeletal disorders: Prevention report*”. European Campaign on musculoskeletal disorders. European Agency for Safety and Health at Work. Acedido a 3 de Março de 2012: http://osha.europa.eu/en/publications/reports/en_TE8107132ENC.pdf
- FEMCVT, (2007). “*Quarto inquérito europeu sobre as condições de trabalho*”. Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho. Acedido a 7 de Setembro de 2012: <http://www.eurofound.eu.int/ewco/surveys/EWCS2005/index.htm>.
- Ferreira, C., & Ferreira, M. (1998). O Stress em Enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, (21), 19-21.
- Flach, F. (1991). *Resiliência Arte de Ser Flexível*. (1ªed). São Paulo: Saraiva.
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência, 388p.
- Gandra, J., Ramalho, W., & Cançado, R. (2005). Geração e Validação de um Modelo Causal de Acidentes: A Influência dos Factores Organizacionais na Prevenção de Acidentes. Brasília: *XXIX EnANPAD – Encontro da ANPAD*. Acedido a 20 de Maio de 2012, em http://www.anpad.org.br/evento.php?acao=trabalho&cod_edicao_subacao=30&cod_evento_edicao=9&cod_edicao_trabalho=688
- García Benavides, F., Ruiz Frutos, C., & García García, A. (2000). *Salud Laboral: Conceptos y Técnicas para la Prevención de Riesgos Laborales*. (2ªed) Barcelona: Masson, 501p.
- Gestal Otero, J. (2003). *Riesgos del Trabajo del Personal Sanitario*. (3ªed). Madrid: McGraw-Hill Interamericana, 771p.

- Goetzel, R., & Ozminkowski, R. (2006, November/December). What's Holding you Back: Why Should (or Shouldn't) Employers Invest in Health Promotion Programs for Their Workess?. *NCMJ – North Carolina Medical Journal*, 67 (6), 428-430.
- Graça, L. (2004). *Política(s) de Saúde no Trabalho: Um Inquérito Sociológico às Empresas Portuguesas*. Tese de Doutoramento, especialidade de Saúde Ocupacional, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Graça, L., & Uva, A. (2007, Outubro). Saúde e Segurança do Trabalho: de Lógica do Serviço à Estratégia do Sistema Integrado de Gestão. *Revista Saúde & Trabalho – Órgão Oficial de Sociedade Portuguesa e Medicina do Trabalho*, (6), 119-144.
- Guimarães, R., & Cabral, J. (2011). *Estatística*. Lisboa: Verlag-Dashöfer.
- ICOH – International Commission on Occupational Health. (2002). *International Code of Ethics for Occupational Health Professionals*. Italy. Acedido a 20 de Maio de 2012, em http://www.ichoweb.org/core_docs/code_ethics_eng.pdf
- ILO – International Labor Organisation. (2002, Mars). Résoudre les Problèmes Psychosociaux Liés au Travail. *Travail*, (42), 4-6.
- IPQ – Instituto Português da Qualidade. (2007). *Segurança e Saúde do Trabalho: Valores Limite de Exposição Profissional a Agentes Químicos (NP1796:2007)*. Portugal. Acedido a 22 de Julho de 2012, em http://www.ipq.pt/backFiles/prNP001796_2007.pdf
- ISS – Instituto da Segurança Social, I.P. (2005). *Gestão de Qualidade das Respostas Sociais – Apoio Domiciliário*. Lisboa.
- Jacob, L. (2002). *Ajudante Sénior: Uma Hipótese de Perfil Profissional para as IPSS*. Dissertação de Mestrado, Instituto Universitário de Lisboa – ISCTE, Lisboa, Portugal.
- Leonardo, A., & Brás, I. (2010). *Avaliação de Riscos Profissionais em Actividade Industrial Têxtil*. Instituto Politécnico de Viseu. Acedido a 1 de Junho de 2012, em <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium38/4.pdf>
- Lima, J. (2008). *A Utilização de Equipamentos de Protecção Individual pelos Profissionais de Enfermagem – Práticas Relacionadas com o Uso de Luvas*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Lopes, T., & Mello, J. (2007). *5º Simpósio de Ensino de Graduação – Doenças Profissionais X Doenças do Trabalho: Diferenças e Semelhanças*. Acedido a 15 de Setembro de 2012, em <http://www.unimep.br/phpg/mostraacademica/anais/5mostra/4/254.pdf>
- Macedo, D. (1990). *Qualidade de Vida no Trabalho: Uma Aplicação do Modelo das Características da Tarefa para uma Análise Intersectorial no Banco do Brasil S.A.*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Belo Horizonte, Brasil.
- Maia, P. (2005). Contributos para a Caracterização da Actividade Profissional dos Enfermeiros com Vista à Justificação da Idade e Tempo de Serviço para a Aposentação. *Revista Ecos de Enfermagem*, (243), 24-29.
- Maslow, A. (1970). *Motivation and Personality*. (3ªed). New York: Harper & Row, Publishers, Inc.
- Miguel, A. (2007). *Manual de Higiene e Segurança do Trabalho*. (10ªed). Porto: Porto Editora, 558 p.
- Miranda, A. (1998). *Estresse Ocupacional: Inimigo Invisível do Enfermeiro?*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

- Murofuse, N. (2004). O Adoecimento dos Trabalhadores de Enfermagem da Função Hospitalar do Estado de Minas Gerais: Reflexo das Mudanças no Mundo do Trabalho. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Napoleão, A. (1999). *Causa de Subnotificação de Acidentes de Trabalho: Visão dos Trabalhadores de Enfermagem de um Hospital do Interior Paulista*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Fundamental/Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Nicolete, M. (2001). *Acidentes de Trabalho: Um Estudo do Conhecimento e Ocorrência Acidentária Entre Trabalhadores de Enfermagem de um Hospital do Rio Grande do Norte*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Nunes, F. (2004). *Avaliação Ambiental de Espaços em Contenção de Estabelecimentos de Saúde*. Porto: Ordem dos Enfermeiros – Região Norte.
- Nunes, I. (2012). “Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho”. Acedido a 23 de Junho de 2012: <http://higiene-seguranca-trabalho.dashofer.pt/?s=modulos&v=capitulo&c=16711>
- OHSAS – Occupational Health and Safety Assessment Series. (2007). *Occupational Health and Safety Management Systems – Requirements*. UK. Acedido a 1 de Junho de 2012, em <http://www.anet.pt/downloads/legislacao/OHSAS%2018001.pdf>
- OIT - Organização Internacional do Trabalho. (2011). *Sistema de Gestão de Segurança e Saúde no Trabalho: Um Instrumento para Uma Melhoria Contínua*. (1ªed). Turim: Ciência Gráfica
- Oliveira, B., & Murofuse, N. (2001, Janeiro). Acidentes de Trabalho e Doença Ocupacional: Estudo Sobre o Conhecimento do Trabalhador Hospitalar aos Riscos à Saúde do Seu Trabalho. *Revista Latino-americano Enfermagem*, 9 (1), 109-115.
- Oliveira, J. (2002). “*A Prática da Ginástica Laboral*”. Rio de Janeiro: Sprint.
- OMS – Organisation Mondiale de la Santé. (1999). *La Santé Au Travail: Une Question d'éthique et de Rentabilité Économique*. Genève, Aide-mémoire nº84. Acedido a 1 de Junho de 2012, em <https://apps.who.int/inf-fs/fr/am84.html>.
- Pereira, H. (1991, Junho). O Enfermeiro e os Principais Domínios de Prevenção na Saúde Ocupacional. *Divulgação*, (19), 33-36.
- Petersen, D. (2000). La politique, le leadership, et la culture en matière de sécurité. In *Encyclopédie de Sécurité et de Santé au Travail*. Genève: *Bureau International du Travail*, II, 59 (2).
- Porto, M. (2000). *Cadernos de Saúde do Trabalhador – Análise de Riscos nos Locais de Trabalho: Conhecer para Transformar*. São Paulo. Acedido a 22 de Junho de 2012, em <http://www.medicinaetrabalho.med.br/arquivos/Analise%20de%20riscos%20nos%20locais%20de%20trabalho.pdf>
- Quelhas, O., Alves, M., & Filardo, P. (2003, Maio). As Práticas de Gestão de Segurança em Obras de Pequeno Porte: Integração com os conceitos de Sustentabilidade. *Revista Produção Online*, 4 (2), 8.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Rezende, M. (2003). *Agravos à Saúde de Auxiliares de Enfermagem Resultantes de Exposição Ocupacional aos Riscos Físicos*. São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Ribeirinho, C. (2005). *Concepções e Práticas de Intervenção Social em Cuidados Sociais no Domicílio*. Dissertação de Mestrado em Serviço Social, Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa, Lisboa, Portugal.

- Ribeiro, V., & Ribeiro, J. (1997). *Metodologia Para o Estudo da Surdez Profissional*. Lisboa: Edição dos Autores.
- Romão, F. (2002). *Metodologia de Desenvolvimento de um Sistema de Informação para uma Instituição Particular de Solidariedade Social*. Aveiro, biblioteca digital. Acedido a 20 de Julho de 2012, em <http://portal.ua.pt/thesaurus/default1.asp?OP2=0&Serie=0&Obra=30&H1=2&H2=0>
- Salavessa, M., & Uva, A (2007, Outubro). Saúde e Segurança do Trabalho: da Percepção do Risco ao Uso de EPI's. *Revista Saúde & Trabalho – Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa e Medicina do Trabalho*, (6), 69-93.
- Santos, N., & Cortinhas, S. (2003). Avaliação das “Fontes de Pressão no Emprego” em Profissionais de Saúde de Instituições Públicas do Norte de Portugal. *Revista Psiquiatria*, XXIV (3-4), 36-47).
- Schwash, S., & Stefano, S. (2008). Acidentes no Trabalho e Programa de Prevenção nas Industrias de Médio e Grande Porte. *Revista Electrónica Lato Sensu – Unicentro*. Acedido a 19 de Maio de 2012, em <http://www.ead.fea.usp.br/semead/11semead/resultado/trabalhosPDF/192.pdf>
- SCML – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. (2008). *Manual De Gestão da Qualidade para Lares de Idosos*. Lisboa.164p.
- SCMV – Santa Casa de Misericórdia de Vinhais. (s/d). *Manual de Acolhimento*. Bragança.
- Serranheira, F., & Uva, A. (2000). Avaliação do Risco de Lesões Músculo-esqueléticas do Membro Superior Ligadas ao Trabalho (LMEMSLT): Aplicação dos Métodos Rula e Strain. *Revista Saúde & Trabalho*, 3, 43-60.
- Serrão, J. (1988). *História de Portugal (Volume III) – O Século de Ouro (1495-1580)*. (2ªed). Póvoa de Varzim: Verbo, 480p.
- Serrão, J. (1990). *História de Portugal (Volume IV) – Governo dos Reis Espanhóis (1580-1640)*. (2ªed). Lisboa: Verbo, 494p.
- Serrão, J. (1991). *História de Portugal (Volume V) – A Restauração e a Monarquia Absoluta (1640-1750)*. (2ªed). Lisboa: Verbo, 512p.
- Silva, C., Silva, M., Silva, S., Souza, J., & Santos, S. (2009). *Ergonomia: Um Estudo Sobre a Sua Influência na Produtividade*. Acedido a 3 de Novembro de 2011, em <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rege/v16n4/v16n4a05.pdf>
- Silva, E., Chanffin, R., Neto, V., & Júnior, C. (2010). Impactos gerados pelo trabalho de turnos. *Revista Perspectivas Online*, 4(13), 65-86.
- Silva, J. (2005). *Assédio Moral no Ambiente de Trabalho*. Rio de Janeiro: Editora Jurídica.
- Silva, M. & Gomes, A. (2009, Setembro/Dezembro). Stress Ocupacional em Profissionais de Saúde: Um Estudo com Médicos e Enfermeiros Portugueses. *Estudos de Psicologia*, 14 (3), 239-248.
- Sousa, F. [et al]. (2004). A que Riscos Estão Expostos os Enfermeiros do Bloco Operatório? *Revista Segurança*, (162), 19-22.
- Sousa, I. (1996). *O Compromisso Primitivo das Misericórdias Portuguesas (1498-1500)*. Porto: Universidade do Porto, Faculdade de Letras. Acedido a 2 de Julho de 2012, em <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/2164.pdf>
- Sousa, I. (2002). *A Rainha D. Leonor (1458-1525) – Poder, Misericórdia, Religiosidade e Espiritualidade no Portugal do Renascimento*. (1ªed). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian – Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

- Sousa, J., Silva, C., Pacheco, E., Moura, M., Araújo, M., & Fabela, S. (2005). *Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais em Portugal – Regime Jurídico da Reparação dos Danos*. Vila Nova de Gaia. Acedido a 19 de Maio de 2012, em http://www.crrpg.pt/estudosProjectos/Projectos/Documents/retorno/regime_juridico.pdf
- Souto, D. (1980). Absentismo: Preocupação Constante das Organizações. *Revista Saúde Ocupacional*, XIV (3), 131-154.
- Thirion, A., Macías, E., Hurley, J., & Vermeulen, G. (2007). *Fourth European Working Conditions Survey*. European Foundation for the Improvement of living and Working Conditions. Luxembourg.
- UMP – União das Misericórdias Portuguesas. (1977). *Estatutos da União da Misericórdias Portuguesas (2ª Versão)*. Acedido a 1 de Junho de 2012, em http://www.ump.pt/ump/images/stories/documentos/estatutos_ump.pdf
- UMP – União das Misericórdias Portuguesas. (2003). *Portugaliae Monumenta Misericordiarum (Volume II) – Antes da Fundação das Misericórdias*. (1ªed). Lisboa: União das Misericórdias Portuguesas.
- Uva, A., & Faria, M. (2000). Exposição Profissional a Substancias Químicas: Diagnóstico das Situações de Risco. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 18 (1), 5-10.
- Veiga, R. (coord.) (2003). *Segurança do Trabalho*. In MADEIRA, A. (edit.) – *Segurança, Higiene e Saúde do Trabalho*. Lisboa: Verlag Dashöfer.
- Walsh, I., Corral, S., Franco, R., Canettil, E., Alem, M., & Coury, H. (2004). Capacidade para o Trabalho em Indivíduos com Lesões Músculo-esqueléticas Crônicas. *Revista de Saúde Pública*, 38(2), 56-149.
- WHO – World Health Organization – Regional Office for Europe. (2002). *Good Practice in Occupational Health Services: A Contribution to Workplace Health*. Copenhagen.
- WHO – World Health Organization – Regional Office for Europe. (2001) *The Role of the Occupational Health Nurse in Workplace Health Management*. Copenhagen
- WHO – World Health Organization. (1993). *Aging and Working Capacity: Report of a Who Study Group*. Geneva. Acedido a 30 de Julho de 2012, em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/36979/1/WHO_TRS_835.pdf
- Xelegati, R., & Robazzi, M. (2001, Maio/Junho). Riscos Químicos a que Estão Submetidos os Trabalhadores de Enfermagem: Uma Revisão de Literatura. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 11 (3), 11-50.
- Xelegati, R., Robazzi, M., Marziale, M., & Hass, V. (2006). Riscos Ocupacionais Químicos Identificados por Enfermeiros que Trabalham em Ambiente Hospitalar. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 14 (2), 214-219.

LEGISLAÇÃO

- Decreto-lei nº 31:095 de 31 de Dezembro de 1940. (1940). *Diário da República nº 303/40 – I Série*. Ministério do Interior. Lisboa.
- Decreto-Lei nº 35:108 de 7 de Novembro de 1945. (1945). *Diário da República nº 247/45 – I Série*. Ministério do Interior. Lisboa.
- Decreto-Lei nº 119/83 de 25 de Fevereiro de 1983. (1983). *Diário da República nº 46/83 – I Série*. Ministério dos Assuntos Sociais. Lisboa.
- Decreto-Lei nº 519-G2/79 de 29 de Dezembro de 1979. (1979). *Diário da República nº 299/79 – I Série*. Ministério dos Assuntos Sociais. Lisboa.

- Decreto-Lei nº 84/97 de 16 de Abril de 1997. (1997). *Diário da República nº 89/97 – I Série A*. Ministério para a Qualificação e Emprego. Lisboa.
- Decreto Regulamentar nº 6/01 de 5 de Maio de 2001. (2001). *Diário da República nº 104/01 – I Série*. Ministério do Trabalho e Solidariedade. Lisboa.
- Decreto-Lei nº 165/02 de 17 de Julho de 2002. (2002). *Diário da República nº 163/02 – I Série A*. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Decreto-Lei nº 138/05 de 17 de Agosto de 2005. (2005). *Diário da República nº 157/05 – I Série A*. Ministério de Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Lisboa.
- Decreto-Lei nº 182/06 de 6 de Setembro de 2006. (2006). *Diário da República nº 172/06 – I Série*. Ministério do Trabalho e Solidariedade Social. Lisboa.
- Decreto-Lei nº 46/06 de 24 de Fevereiro de 2006. (2006). *Diário da República nº 40/06 – I Série A*. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Lisboa.
- Decreto Regulamentar nº 76/07 de 17 de Julho de 2007. (2007). *Diário da República nº 136/07 – I Série*. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Lisboa.
- Decreto-lei nº305/07 de 24 de Agosto de 2007. (2007). *Diário da República nº 163/07 – I Série*. Ministério do Trabalho e de Solidariedade Social. Lisboa.
- Decreto-Lei nº352/07 de 23 de Outubro de 2007. (2007). *Diário da República nº 204/07 – I Série*. Ministério do Trabalho e de Solidariedade Social. Lisboa.
- Lei Constitucional nº 1/05 de 12 de Agosto de 2005. (2005). *Diário da República nº 155/05 – I Série A*. Assembleia da República. Lisboa.
- Lei nº 12-A/08, de 27 de Fevereiro de 2008 (2008). *Diário da República nº 41/08 – I Serie*. Assembleia da República. Lisboa.
- Lei nº 2120 de 19 de Julho de 1963. (1963). *Diário da República nº 169/63 – I Série*. Presidência da República. Lisboa.
- Lei nº 98/09, de 4 de Setembro de 2009 (2009). *Diário da República nº 172/09 – I Serie*. Assembleia da República. Lisboa.
- Lei nº102/09 de 10 de Setembro 2009. (2009). *Diário da República nº 176/09 – I Série*. Assembleia da República. Lisboa.
- Portaria nº 987/93 de 6 de Outubro de 1993. (1993). *Diário da República nº 234/93 – I Série B*. ministério do Emprego e Segurança Social. Lisboa.
- Portaria nº 988/93 de 6 de Outubro de 1993. (1993). *Diário da República nº 234/93 – I Série B*. Ministério do Trabalho e Solidariedade. Lisboa.

ANEXOS

ANEXO I - INQUÉRITO SOCIODEMOGRÁFICO E RISCOS PROFISSIONAIS NAS MISERICÓRDIAS

ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE (APNOR)
INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
MESTRADO EM GESTÃO DAS ORGANIZAÇÕES

RAMO DE GESTÃO DE EMPRESAS

Sou aluna do curso de Mestrado em Gestão das Organizações de Empresas na Escola Superior de Tecnologia e Gestão (ESTIG) do Instituto Politécnico de Bragança (IPB), ministrado no âmbito da Associação de Politécnicos do Norte (APNOR).

No âmbito da dissertação de Mestrado pretendo realizar um trabalho de investigação sobre “Estudo das condições/riscos de Trabalho nas Misericórdias”. Com vista à recolha de informação, venho solicitar a V^a Ex.^a a sua colaboração no preenchimento deste inquérito.

As respostas serão anónimas e confidenciais, pelo que se agradece que não seja fornecido mais nenhum dado, para além dos solicitados, de forma a manter o anonimato e a confidencialidade.

Gentilmente,

Eloísa Flora

A Aluna

(Eloísa Flora)

MUITO OBRIGADO PELA COLABORAÇÃO.

INQUÉRITO SOCIODEMOGRÁFICO E RISCOS PROFISSIONAIS NAS MISERICÓRDIAS

Este inquérito pretende caracterizar os riscos laborais e profissionais nos trabalhadores das misericórdias. A utilização é exclusivamente para fins de recolha de informação para a realização do estudo pretendido, estando assegurada a confidencialidade das suas respostas e a não utilização para outros fins.

Seja, por favor, o mais preciso possível nas suas respostas.

A sua cooperação é imprescindível. O sucesso do estudo depende da sua colaboração e não deverá ocupar mais de 5 minutos.

O inquérito tem 4 páginas.

Fique totalmente tranquilo, porque as suas respostas são totalmente confidenciais.

No preenchimento, assinale com uma cruz a sua resposta e, complete as suas respostas se existir essa opção.

MUITO OBRIGADA PELO SEU CONTRIBUTO!

SECÇÃO I – ENQUADRAMENTO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Sexo

Masculino Feminino

2. Idade

_____ anos

3. Factores de vulnerabilidade pessoal/ Doença Crónica Sim Não

<input type="checkbox"/> Alérgica	<input type="checkbox"/> Hepática
<input type="checkbox"/> Cardíaca	<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Renal
<input type="checkbox"/> Respiratória	Outra _____

4. Ocupação de tempos livres

<input type="checkbox"/> Ver televisão	<input type="checkbox"/> Estar com a família
<input type="checkbox"/> Ouvir música	<input type="checkbox"/> Ler
<input type="checkbox"/> Ir ao cinema	<input type="checkbox"/> Praticar exercício físico
<input type="checkbox"/> Estar com os amigos	<input type="checkbox"/> Ir ao teatro

Outros

5. Habilitações literárias

<input type="checkbox"/> Primária	<input type="checkbox"/> Licenciatura
<input type="checkbox"/> Ciclo Preparatório	<input type="checkbox"/> Pós-graduação
<input type="checkbox"/> 9º ano	<input type="checkbox"/> Mestrado
<input type="checkbox"/> 12º ano	<input type="checkbox"/> Doutoramento
<input type="checkbox"/> Bacharelato	<input type="checkbox"/> Outro

6. Profissão

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Assistente Administrativo | <input type="checkbox"/> Médico/a |
| <input type="checkbox"/> Gerontólogo/a | <input type="checkbox"/> Ajudante de Cozinha |
| <input type="checkbox"/> Ajudante de Lar | <input type="checkbox"/> Auxiliar Acção Directa |
| <input type="checkbox"/> Enfermeiro/a | <input type="checkbox"/> Directora Técnica |
| <input type="checkbox"/> Cozinheira | <input type="checkbox"/> Animadora Sociocultural |
| <input type="checkbox"/> Outro Qual? _____ | |

7. Actualmente a sua relação jurídica de emprego é:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sem relação jurídica de emprego | <input type="checkbox"/> Efectivo/Permanente |
| <input type="checkbox"/> Contrato de Trabalho a termo certo | <input type="checkbox"/> Prestação de Serviços |
| Outra situação <input type="checkbox"/> Qual? _____ | |

8. Horário de trabalho

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Horário flexível | <input type="checkbox"/> Horário rígido/fixo |
| <input type="checkbox"/> Trabalhador por turnos | <input type="checkbox"/> Outro |

9. Quantas horas, em média, trabalha por dia? _____

10. Experiencia Profissional (anos) _____

11. Antiguidade na Entidade (anos) _____

12. Serviços onde exerce a sua actividade

(se exerce a sua actividade em mais que um local, indique por ordem descendente, os locais onde permanece maior tempo)

- 1- _____
- 2- _____
- 3- _____
- 4- _____

SECÇÃO II – RISCOS PROFISSIONAIS

13. Na sua actividade profissional quais os riscos ocupacionais a que se encontra exposto:

- Biológicos (microrganismos patológicos como hepatite B, C e VIH)
- Físicos (ruídos, iluminação, ambiente térmico, radiações ionizantes e não ionizantes)
- Químicos (gazes anestésicos, antineoplásicos, vapores, aerossóis)
- Mecânico (manipulação de cargas, posicionamento de doentes, quedas, choques...)
- Psicossocial (violência, stress, trabalho por turnos)
- Outro – Qual? _____
- Nenhum (se escolheu esta opção não é necessário responder às restantes questões)

14. Já foi vítima de algum acidente de trabalho?

Sim Não

15. Sofreu ou sofre de alguma doença profissional?

Sim Não

16. Atitudes para prevenir/evitar riscos profissionais?

	Nunca	Raramente	Quase sempre	Sempre
Faz/submete-se ao controlo médico (exames periódicos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procura ter uma alimentação equilibrada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evita bebidas alcoólicas antes e durante o período de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respeita a sinalização existente nas zonas de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenta diminuir, quando possível, o tempo de exposição ao risco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenta alternar, quando possível, as tarefas a executar com um colega	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INQUÉRITO SOCIODEMOGRÁFICO E RISCOS PROFISSIONAIS NAS MISERICÓRDIAS

	Sim	Não
Existe sinalização nas zonas de trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em caso de acidente de trabalho na entidade, sabe que procedimentos deve efectuar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sente necessidade de mais formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A entidade proporciona formação adequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existem equipamentos de protecção individual (ex. Luvas, mascaras, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conhece o funcionamento dos equipamentos de protecção individual(ex. Luvas, mascaras, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliza equipamentos de protecção individual (ex. Luvas, mascaras, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existem equipamentos de protecção colectiva (ex. Extintores, kit de primeiros socorros, ventilação, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conhece o funcionamento dos equipamentos de protecção colectiva (ex. Extintores, kit de primeiros socorros, ventilação, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliza equipamentos de protecção colectiva (ex. Extintores, kit de primeiros socorros, ventilação, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliza outras formas de prevenir/evitar riscos profissionais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ANEXO II – CAMPANHA DE AVALIAÇÃO DE RISCOS PSICOSSOCIAIS EXECUTADA PELA AUTORIDADE
DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO**



Directrizes para o trabalho de ajuda/entrevista para analisar as avaliações de risco em relação ao stress psicológico

Esta lista, que se concentra no processo de implementação, deve ser usada para analisar as avaliações de risco na área de stress psicológico. Formação anterior sobre conteúdo e aplicação é essencial. Base da avaliação: entrevista e análise de documentos.

No.	Questões na preparação deste estudo	Sim	Até certo ponto	Não	Explicações, indicadores	Comentários
1	Gestores A gestão apoia o processo de avaliação de risco.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quem fornece apoio? Por que razões? De que forma a administração fornece o apoio?	
2	Planeamento A avaliação do risco foi planeada metodicamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • Quem foi responsável pela implementação? • As áreas de trabalho e actividades foram identificadas? • A calendarização do plano da avaliação foi elaborada? 	
3	Fatores de risco Os principais fatores de risco psicológico do stress foram levados em conta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • Comparação com uma lista de características. 	
4	Envolvimento da gestão Os gestores de nível médio e inferior estiveram envolvidos na identificação e modificação do stress psicológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Como? Relatórios/reclamações, através de uma variedade de métodos, por exemplo, questionários, discussões guiadas em grupo, entrevistas individuais.	
5	Envolvimento dos trabalhadores Os trabalhadores estiveram envolvidos na identificação e modificação do stress psicológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Como?	
6	Integridade Todas as áreas de trabalho e actividades foram avaliadas em termos de stress psicológico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Foram estabelecidas prioridades? Foram omitidas áreas? Por que razão?	

No.	Perguntas sobre a preparação e execução de medidas	Sim	Até certo ponto	Não	Explicações, indicadores	Comentários
7	Determinação das medidas Foram determinadas medidas quando o stress psicológico foi detetado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>As medidas foram documentadas? Foi dada prioridade à prevenção e não ao tratamento?</p> <p>Foram indicadas pessoas competentes? Foram definidos prazos limites?</p>	



8	Implementação de medidas Progresso na implementação das medidas de desempenho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Todas foram implementadas? De que forma é garantida a implementação das medidas de desempenho?	
---	--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--	--

No.	Questões sobre a eficácia e continuidade	Sim	Até certo ponto	Não	Explicações, indicadores	Comentários
9	Eficácia A eficácia das medidas foi verificada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Como foi verificada a eficácia? Que medidas adicionais ou de reparação foram adotadas?	
10	Documentação A avaliação de risco foi documentada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Todos os aspectos relevantes foram claramente documentados?	
11	Continuação A adaptação da avaliação do risco à evolução das circunstâncias está assegurada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	O processo está integrado com os procedimentos operacionais?	

Avaliação final pelo superior hierárquico

12	Avaliação (em conformidade com as directrizes de avaliação de risco)	<input type="checkbox"/>				
	a) A avaliação de risco é aceitável e adequada porque:					
	- O processo de avaliação de risco é fácil de seguir e adequado para o objectivo.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
	- Os principais fatores de stress psicológico foram identificados e avaliados de forma adequada de modo a garantir que todas as actividades importantes fossem incluídas.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
	- Foram adotadas ou iniciadas e a sua eficácia foi controlada.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
	- A documentação é adequada em termos de forma e conteúdo.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
b) A avaliação de risco não é apropriada – de acordo com as orientações, esta deve ser a conclusão se:	<input type="checkbox"/>				Razões:	
- o risco foi avaliado incorrectamente.	<input type="checkbox"/>					
- locais de trabalho/actividades importantes não foram seleccionadas.	<input type="checkbox"/>					
- locais de trabalho/actividades importantes não foram avaliadas.	<input type="checkbox"/>					
- algumas categorias de trabalhadores foram excluídas.	<input type="checkbox"/>					
- não houve nenhuma verificação da eficácia.	<input type="checkbox"/>					
- a avaliação não foi actualizada.	<input type="checkbox"/>					
- a documentação não é plausível.	<input type="checkbox"/>					
					As etapas a seguir foram acordadas com os responsáveis:	
					Prazos:	



Lista de verificação: Stress no trabalho

A: Existe o risco no local de trabalho?

Pergunta	Sim	Não
Exigências do trabalho		
Os trabalhadores trabalham habitualmente ou ocasionalmente sob muita pressão (ritmo de trabalho elevado, com curtos prazos determinados)?		
Os trabalhadores trabalham habitualmente ou ocasionalmente sob horários longos?		
A carga de trabalho é habitualmente ou ocasionalmente muito elevado?		
Existe um equilíbrio entre o trabalho mental e físico exigido e as habilitações dos trabalhadores?		
O trabalho é monótono?		
Existem riscos físicos (como ruído, temperatura, químicos etc.)?		
Os trabalhadores têm um bom conhecimento e estão bem informados sobre as suas funções?		
Os trabalhadores impõem exigências contraditórias?		
Os trabalhadores estão socialmente isolados durante a execução das suas funções?		
Controle sobre o trabalho		
Os trabalhadores têm a possibilidade de influenciar os métodos de execução das suas funções?		
Os trabalhadores têm a possibilidade de influenciar o conteúdo das suas funções?		
Os trabalhadores têm a possibilidade de planejar o seu trabalho, de tomar as suas próprias decisões, e serem responsáveis?		
O trabalho está demasiado sectorizado, de forma a que os trabalhadores sintam que contribuíram pouco para a obtenção do produto final		
O horário de turnos é planeado com antecedência?		
O horário de trabalho é flexível?		
Är arbetstimmarna oflexibla?		
Ambiente Social		
Existe um mau ambiente social no local de trabalho?		
Existe uma má colaboração entre os diferentes grupos de trabalhadores (por exemplo entre os diferentes departamentos)?		
Existem conflitos interpessoais entre grupos de trabalhadores?		
Os assuntos e problemas que surgem entre os trabalhadores e os superiores hierárquicos não chegam a ser discutidos?		

Existe uma grande competição entre os trabalhadores?		
Ocorrem casos de intimidação e perseguição?		
Existem riscos de violência originados na área de atendimento ao público dirigidos aos trabalhadores (abuso verbal, ameaças ou ataques físicos)?		

Apoio

Os trabalhadores têm o apoio dos seus gerentes e colegas?		
Os trabalhadores aceitam tanto a crítica positiva como a negativa negativa em relação ao seu trabalho?		
Os trabalhadores são reconhecidos e condecorados quando executam um trabalho bem feito?		
Aos novos trabalhadores é garantida orientação e formação profissional?		
Os trabalhadores recebem apoio quando se planeiam mudanças ou quando surgem incertezas sobre o futuro da empresa etc., para minimizar as preocupações e a insegurança?		

B: Exemplos de medidas de prevenção

Exigências do trabalho

- Assegurar a existência de recursos suficientes em horas de ponta e em geral.
- Estruturar as operações para evitar excesso de cargos ou pontos de estrangulamento na produção na medida que for possível.
- Informar sobre os planos de produção e sobre os períodos de acréscimo de trabalho com antecedência.
- Controlar o excesso de trabalho e controlar sistematicamente as capacidades físicas e psíquicas dos trabalhadores, quando a carga de trabalho é muito elevada.
- Manter as horas extraordinárias no mínimo, e cumprir os descansos compensatórios após períodos de trabalho muito elevado.
- Assegurar que os trabalhadores tenham a capacidade suficiente para executar as suas funções.
- Assegurar o equilíbrio entre a capacidade dos trabalhadores e as exigências do trabalho, de maneira a que não estejam nem sobrecarregados nem subaproveitados.
- Dar formação profissional e apoio aos trabalhadores, possibilitando a execução das suas funções.
- Motivar os trabalhadores a desenvolver os seus conhecimentos continuamente.
- Alargar o âmbito das funções para aumentar a polivalência no trabalho. Introduzir a rotatividade no trabalho.
- Assegurar que os riscos existentes no local de trabalho sejam avaliados e prevenidos.
- Definir de maneira clara e distinta, as categorias, as funções e as responsabilidades dos trabalhadores.
- Organizar o trabalho de modo a que permita aos trabalhadores poderem trabalhar no mínimo, com um colega. Facilitar a interação social durante as horas de trabalho e as horas livres, por exemplo através da criação de um local de convívio informal ou através da organização de eventos sociais.

Controle sobre o trabalho

- Consultar os trabalhadores e os seus representantes em relação a organização, o conteúdo e quantidade de trabalho.
- Delegar a responsabilidade e a capacidade de resolver problemas aos trabalhadores: confiar na experiência e nas competências dos trabalhadores.
- Avaliar a satisfação de trabalho dos trabalhadores.

- Aumentar a participação dos trabalhadores no trabalho, por exemplo, destacando a importância das suas funções, tornar os seus esforços e as suas contribuições mais visíveis no produto ou no serviço final.
- Planear e informar os trabalhadores sobre as alterações dos horários rotativos com antecedência.
- Consultar os trabalhadores em relação aos horários rotativos, e quando for possível corrigi-los conforme as necessidades dos trabalhadores. Conceder-lhes algum controle sobre os seus próprios turnos.
- Introduzir horários de trabalho flexíveis e medidas que permitam o convívio com a família após o horário de trabalho.

Ambiente social

- Desenvolver e implementar medidas de resolução de conflitos no local de trabalho.
- Convocar reuniões e discutir os problemas que existem entre os trabalhadores. Estimular os próprios trabalhadores a identificar a origem do problema e a encontrar soluções.
- Assegurar que os grupos ou as equipas de trabalho sejam constituídas de uma forma correcta.
- Oferecer a possibilidade de formação sobre como lidar com conflitos interpessoais, garantindo especialmente que os seus superiores hierárquicos tenham o conhecimento e a experiência adequada para gerir os conflitos.
- Promover uma cultura de respeito.
- Garantir que os trabalhadores vulneráveis (como os mais novos) estejam protegidos através do apoio e experiência de um superior hierárquico.
- Desenvolver e implementar uma política contra a intimidação.
- Planear os locais de trabalho de modo a que protejam os trabalhadores da violência (por exemplo com barreiras especiais, e com sistemas de videovigilância).
- Evitar o trabalho isolado.
- Estabelecer uma política clara e exposta ao público que aborde os casos de violência dirigidos a trabalhadores, que indique os atos de violência que não são tolerados, e que explique o modo como a organização trata desses casos.
- Possuir um sistema de comunicação eficiente para facilitar a transmissão de informação sobre incidentes e possíveis problemas de violência.
- Ensinar aos trabalhadores o que fazer no caso de surgir uma situação violenta (reconhecer, desarmar, obter ajuda, informar etc.).

Apoio

- Educar e sensibilizar os superiores hierárquicos para fazerem críticas construtivas, elogiar e apoiar os seus subordinados.
- Implementar uma orientação especial no local de trabalho para novos trabalhadores através da ajuda dos trabalhadores mais experientes que poderão ensinar, vigiar e aconselhar os mais novos.
- Comunicar claramente e abertamente sobre todas as modificações planeadas (incluindo despedimentos) com os trabalhadores e o seus representantes. (antes, durante e após as modificações).
- Dar oportunidade aos trabalhadores de discutir e participar nas modificações.
- Oferecer uma orientação especial e conselhos profissionais sobre futuros empregos aos trabalhadores despedidos.