



Instituto Politécnico
de Viana do Castelo

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

**GESTÃO DOS RISCOS DE SAÚDE NOS PROFISSIONAIS
DO SETOR DE SAÚDE HUMANA E AÇÃO SOCIAL**

Crishna Margareth Fonseca Lima

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do
Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Unidades de
Saúde

Orientada por

Prof^a. Dra. Alcina Maria Almeida Rodrigues Nunes

Prof^a. Dra. Adília Maria Pires da Silva Fernandes

Bragança, dezembro de 2020.



Instituto Politécnico
de Viana do Castelo

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

**GESTÃO DOS RISCOS DE SAÚDE NOS PROFISSIONAIS
DO SETOR DE SAÚDE HUMANA E AÇÃO SOCIAL**

Crishna Margareth Fonseca Lima

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do
Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Unidades de
Saúde

Orientada por

Prof^a. Dra. Alcina Maria Almeida Rodrigues Nunes

Prof^a. Dra. Adília Maria Pires da Silva Fernandes

Bragança, dezembro de 2020.

Resumo

Os profissionais de saúde, os profissionais que constituem o grupo eleito para esse estudo, estão expostos a um vasto número de riscos laborais onde se podem elencar os fatores químicos, físicos, biológicos, ergonómicos e psicossociais, os quais originam doenças profissionais e acidentes de trabalho. Têm-se tornado comum ouvir falar sobre os riscos em profissionais de saúde e a vulnerabilidade física e emocional que esses profissionais estão expostos rotineiramente. Mediante o exposto, é pertinente um estudo relacionado com o tema, identificando os riscos e as ações no sentido de minimizá-los, uma vez que a sua ocorrência gera transtornos pessoais, familiares e sociais e gera prejuízos não só para os indivíduos como para as organizações e para o estado. Assim, o objetivo deste estudo é o de descrever e perceber como evoluíram os riscos profissionais e de saúde nos profissionais das atividades da saúde humana e ação social de forma a construir um instrumento exploratório de análise que possa constituir-se como um instrumento de gestão nas organizações, públicas ou privadas, com ou sem fins lucrativos. Em termos metodológicos este é um estudo exploratório de cariz quantitativo, com utilização de dados secundários disponíveis em base de dados internacionais e nacionais, que permitiu avaliar a evolução dos indicadores disponíveis na vertente saúde humana e ação social ao longo do tempo e para o últimos ano em que existem dados disponíveis (2018). O estudo concluiu que face aos números apurados se recomenda a formação em serviço em relação aos fatores de risco e aos acidentes e doenças profissionais e a implementação de ações mais específicas. Por exemplo, a consciencialização para as boas práticas, prevenindo e minimizando as situações de risco, de forma a tornar o exercício dos profissionais nas atividades de saúde humana e ação social mais seguro, promovendo qualidade profissional, pessoa e social.

Palavras-chave: Profissionais de saúde, riscos profissionais, acidentes de trabalho.

Abstract

Health professionals, the professionals who constitute the group elected for this study, are exposed to a vast number of occupational risks where chemical, physical, biological, ergonomic and psychosocial factors can be identified, which lead to occupational diseases and work accidents. It has become common to hear about the risks in health professionals and their physical and emotional vulnerability that these professionals are routinely exposed to. According to the above, a study related to the theme is pertinent, identifying the risks and actions in order to minimize them, since their occurrence generates personal, family and social disorders and generates losses not only for individuals but also for organizations and the state. Thus, the aim of this study is to describe and perceive how professional and health risks evolved in professionals of human health and social action activities in order to build an exploratory instrument of analysis that can constitute itself as a management tool in organizations, public or private, with or without profit. In methodological terms, this is an exploratory quantitative study, using secondary data available in international and national databases, which allowed the analysis of the evolution of indicators available in the human health and social action strand over time and for the last year in which data are available (2018). The study concludes that in view of the numbers found, in-service training is recommended in relation to risk factors and occupational accidents and diseases and the implementation of more specific actions. For example, awareness of good practices, preventing and minimizing risk situations, in order to make the exercise of professionals in human health activities and social action safer, promoting professional, personal and social quality.

Keywords: Health professionals, occupational risks, accidents at work.

A minha mãe que com imensas lutas me permitiu chegar até aqui. Um muito obrigada mãe..

Agradecimentos

Embora uma dissertação seja um trabalho individual, contou com importantes incentivos e apoios que não podem deixar de ser realçados e aos quais estarei eternamente grata. Gostaria de expressar os meus sinceros agradecimentos a todos que direta ou indiretamente estiveram ao meu lado durante todo este processo difícil e igualmente importante da minha vida.

Agradeço em particular a, professora Doutora Alcina Maria Nunes, e a professora Doutora Adília Fernandes por terem aceitado orientar o meu trabalho e pela disponibilidade, dedicação e compreensão que demonstraram e por todos os conhecimentos que me transmitiram, por terem acreditado neste projeto e pelo incentivo perante as dificuldades.

Aos meus pais por serem sempre o meu porto seguro.

Ao meu companheiro Reginaldo Bráz pelo apoio incondicional, amizade e compreensão pelos momentos de ausência.

A minha amiga Cátia pelo incentivo e apoio inesgotável.

A todo um muito obrigado.

Lista de Siglas e Abreviaturas

ACT – Autoridade para as Condições de Trabalho

AESST - Agência Europeia de Segurança e Saúde no Trabalho

AVD - Atividade de Vida Diária

CAE - Classificação das Atividades Económicas

CF - Cuidadores Formais

CGTP - Confederação Geral dos Trabalhadores Portugueses

C.I. - Cuidadores informais

CITE - Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego

CPRG - Centro de Prevenção e Reabilitação de Gaia

DGS - Direção Geral da Saúde

DP - Doenças Profissionais

DSP -Departamento de Saúde Pública

DSST - Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho

EPC - Equipamento de Proteção Coletiva

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ERPI - Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

GEP-MTSSS - Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social

ILO – International Labor Organization

INE- Instituto Nacional de Estatística

LMEs - Lesões Músculo-Esqueléticas

MSST – Manual de Segurança e Saúde no Trabalho

OIT - Organização Internacional do Trabalho

OSHA - *Occupational Safety and Health Administration*

PIB – Produto Interno Bruto

SHT- Segurança e Higiene no Trabalho

SST - Segurança e Saúde no Trabalho

SSHT- Segurança Saúde e Higiene no Trabalho

UE – União Europeia

Índice Geral

Índice de Figuras	i
Índice de Tabelas	iii
Introdução.....	1
1. Enquadramento teórico	4
1.1 Risco Profissional	4
1.2 As Tipologias de Riscos Profissionais	8
1.2.1 Riscos biológicos.....	8
1.2.2 Riscos químicos	9
1.2.3 Riscos ergonómicos	10
1.2.4 Riscos Psicossociais	10
1.2.5 Riscos físicos	13
1.3 Os Profissionais de Saúde e os Riscos Profissionais.....	13
1.4 O Ato de Cuidar e os Riscos de Saúde	15
1.5 Consequências dos Riscos Profissionais em Saúde e a sua Gestão	17
2. Metodologia	22
2.1 Objetivo	22
2.2 Bases de Dados e Variáveis em Estudo.....	23
2.3 Técnica Estatística de Análise	26
3. Análise Empírica	27
3.1 Evolução do Número de Empresas e Pessoal ao Serviço no Setor de Saúde Humana e Ação Social.....	27
3.2 Evolução dos Acidentes de Trabalho no Setor da Saúde Humana e Ação Social.....	33
3.2.1 A evolução dos indicadores de acidentes de trabalho no período de 2010 a 2018	33
3.2.2 Análise dos acidentes de trabalho no setor das atividades de saúde humana e ação social em 2018.....	35
Conclusões, Limitações e Futuras Linhas de Investigação	44
Referências Bibliográficas.....	46

Índice de Figuras

Figura 1 Processo de gestão de risco profissional	6
Figura 2. Estimativa de mortes provocadas por acidentes e doenças profissionais, em 2019	18
Figura 3. Consequências físicas e materiais dos acidentes de trabalho, por interveniente	19
Figura 4. Etapas de avaliação e gestão de riscos profissionais	21
Figura 5. Evolução da taxa de crescimento do nº de empresas ativas no setor das atividades de saúde humana e ação social.....	29
Figura 6. Evolução da taxa de crescimento do nº de pessoal ao serviço nas empresas ativas no setor das atividades de saúde humana e ação social	32

Índice de Tabelas

Tabela 1. identificação e descrição dos indicadores de acidentes de trabalho e risco de saúde definidos pela Organização Internacional do Trabalho.....	24
Tabela 2. Identificação e descrição dos indicadores referentes a acidentes de trabalho em Portugal	25
Tabela 3. Evolução do nº de empresas ativas no setor das atividade de saúde humana e ação social	28
Tabela 4. Evolução do nº de pessoas ao serviço nas empresas ativas no setor das atividade de saúde humana e ação social.....	31
Tabela 5. Evolução dos indicadores de acidentes de trabalho e risco de saúde em Portugal de 2010 a 2018.....	34
Tabela 6. Acidentes de trabalho nas atividades de saúde humana e ação social por sexo	36
Tabela 7. Acidentes de trabalho nas atividades de saúde humana e ação social por escalão etário	37
Tabela 8. Acidentes de trabalho nas atividades de saúde humana e ação social por nacionalidade	38
Tabela 9. Acidentes de trabalho nas atividades de saúde humana e ação social por dimensão das empresas.....	39
Tabela 10. Acidentes de trabalho nas atividades de saúde humana e ação social por situação profissional	40
Tabela 11. Acidentes de trabalho nas atividades de saúde humana e ação social por tipo de local de ocorrência.....	40
Tabela 12. Acidentes de trabalho nas atividades de saúde humana e ação social por atividade física	41
Tabela 13. Acidentes de trabalho nas atividades de saúde humana e ação social por atividade física	43

Introdução

Vivemos numa sociedade marcada pelo envelhecimento. Este envelhecimento da população traz consigo a exigência do aumento de cuidadores formais e dos profissionais de saúde, em geral, bem como da qualidade dos serviços prestados (INE, 2015). Segundo os dados da Pordata (2020), a nova realidade demográfica do país apresenta um acentuado envelhecimento, com cerca de 48,4% do índice de longevidade e 157,4% do índice de envelhecimento.

De facto, o envelhecimento populacional e o aumento da longevidade têm-se tornado notórios na atualidade e no atual contexto demográfico torna-se cada vez mais importante compreender os profissionais de saúde em toda a sua dimensão: psicológica, emocional, física e social (Reis, 2018). Nestas dimensões incluem-se os riscos de saúde dos profissionais a operar nesta área.

Na Europa, e também em Portugal, a temática da gestão dos riscos profissionais é transversal a vários domínios de conhecimento tornando-se urgente (e necessário) o entendimento, a promoção e a prevenção dos riscos de saúde nos profissionais de saúde por se tratar de um problema de saúde pública. Há necessidade de investir na capacitação dos profissionais e na literacia em Segurança, Saúde e Higiene no Trabalho (SSHT), promovendo a prevenção dos riscos

profissionais, dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais e, assim, obtendo ganhos em saúde (DGS, 2014).

Na prática laboral dos profissionais em atividades na área da saúde e ação social, as questões referentes a riscos profissionais e à vulnerabilidade estão ainda mais presentes, uma vez que esses profissionais se expõem diariamente a múltiplos e variados riscos relacionados a agentes químicos, físicos, biológicos, psicossociais e ergonómicos (Koerich, et al., 2006). Apesar de nem sempre existirem dados estatísticos referentes a indicadores que meçam o risco de saúde, nomeadamente aqueles que geram doenças profissionais, existe informação pública sobre acidentes de trabalho que ocorrem em profissionais de atividades de saúde humana e ação social, sendo importante conhecer e analisar a realidade de forma a elaborar ferramentas de gestão de risco em atividades relacionadas com a saúde humana e ação social.

Assim, este trabalho de investigação constitui-se como um trabalho exploratório que reflete o reconhecimento da importância do tema dos riscos de saúde no quotidiano dos profissionais da área uma vez que é um tema emergente e que carece de mais investigação, intervenção e prevenção. Assim, este trabalho vai apresentar, analisar e discutir a informação estatística que se encontra disponível publicamente relativa a acidentes de trabalho nas atividades de saúde humana e ação social (atividades agregadas no setor Q da economia, de acordo com a Classificação das Atividades Económicas, Rev. 3).

Os dados estatísticos que servem de base a este estudo quantitativo e de cariz exploratório, são disponibilizados por entidades internacionais como a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e nacionais como o Gabinete de Estratégia e Planeamento do Trabalho, da Solidariedade e da Segurança Social (GEP-MTSSS), e referem-se a dados como acidentes mortais e não mortais no local de trabalho, taxa de incidência destes acidentes por 100 000 trabalhadores, dias de ausência do trabalho, causas (desvios e contacto) e consequências desses acidentes. Os dados serão analisados de uma perspetiva temporal (ao longo dos últimos anos) e de uma perspetiva seccional (ou seja, com mais detalhe para o ano de 2018, ano em que se iniciou a declaração eletrónica obrigatória dos acidentes de trabalho e último ano para o qual existem dados estatísticos disponíveis).

Mediante o objetivo da investigação é importante reconhecer formas de gestão da prevenção de riscos de saúde nos profissionais de saúde, com incidência nos riscos psicossociais e acidentes de trabalho, o reconhecimento das principais causas e fatores inerentes aos riscos profissionais com enquadramento da respetiva gestão, o que acaba por dinamizar a amplitude dos estudos realizados neste âmbito, promovendo boas práticas e reflexão sobre políticas de prevenção de riscos profissionais. O estudo e a escolha do tema, encontram-se alicerçados numa revisão de literatura que se apresenta num enquadramento teórico que foca a avaliação de riscos de saúde nos profissionais de saúde (nomeadamente os riscos que geram acidentes de trabalho nos profissionais de saúde e as doenças profissionais), a segurança e a prevenção no controlo de riscos profissionais.

Quanto à estrutura, o presente trabalho encontra-se organizado em três grandes partes. Na primeira parte é apresentada um enquadramento teórico da temática. Esta parte surge dividida em secções, onde se realiza um enquadramento da importância da temática, apresentam as definições dos vários tipos de risco e da gestão dos riscos de saúde nos profissionais de saúde, assim como se descrevem algumas das consequências desses riscos em termos sociais e económicos. Na segunda parte deste trabalho de investigação, apresenta-se a descrição da metodologia empregue. É identificado o objetivo, os indicadores em estudo e as bases de dados de onde foi recolhida a informação quantitativa secundária, assim como a técnica estatística de análise (dado o carácter exploratório do trabalho refere-se a estatística descritiva. Por fim, procede-se à apresentação e interpretação dos resultados e às reflexões conclusivas do estudo, identificando as suas implicações práticas e futuras direções que a investigação poderá seguir de modo a completar e esclarecer os resultados do presente estudo. O trabalho conclui-se, desta forma, com uma secção dedicada às principais conclusões do estudo, as limitações encontradas para o seu desenvolvimento e à apresentação de potenciais futuras linhas de investigação.

1.Enquadramento teórico

1.1 Risco Profissional

Os riscos fazem parte do dia-a-dia do ser humano visto que um número acentuado de pessoas tem atividade profissional ativa. Segundo a Confederação Geral dos Trabalhadores Portugueses (CGTP 2017), o risco profissional é todo o fato ou situação com potencial para o acidente ou para a doença profissional. O risco profissional é apenas uma probabilidade, uma potencialidade que pode ser reduzida ou eliminada por ação das medidas de prevenção e proteção que podem diminuir o risco de contacto com um determinado perigo profissional. As doenças profissionais são quase sempre silenciosas permanecendo muitas vezes invisíveis. De acordo com o Manual de Segurança e Saúde no Trabalho (MSST, 2018), cada vez mais é essencial a avaliação e a implantação de procedimentos que visem a proteção do trabalhador da área da saúde.

Esta importância é visível na elaboração de legislação específica que regem esta temática. As doenças profissionais são regidas através do Decreto Regulamentar 6/2001, de 5 de maio, alterado pelo Decreto Regulamentar n.º 76/2007, de 17 de julho. Nesse decreto listam-se como doenças

profissionais as lesões, perturbações funcionais ou doenças não incluídas na lista, desde que sejam consequência necessária e direta da atividade exercida pelos trabalhadores e não representem normal desgaste do organismo. Já a Lei n.º 98/2009, de 4 de setembro, regulamenta o regime de reparação de acidentes de trabalho e de doenças profissionais, incluindo a reabilitação e reintegração profissionais, nos termos do artigo 284.º do Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro.

Têm-se por doenças profissionais (constantes da lista de doenças profissionais), aquelas doenças que resultam diretamente das condições de trabalho regulamentadas no Decreto Regulamentar n.º 76/ 2007, de 17 de Julho e que são causadoras de incapacidade para o exercício da profissão ou morte, resultantes de falhas humanas e de falhas materiais que acarretam incapacidades para o exercício da profissão ou morte como sejam problemas de pele, doenças respiratórias, problemas articulares e musculares, alterações no sono, doenças neurológicas (depressão), entre outras.

Há vários fatores de risco que afetam os profissionais de saúde no desenvolvimento das diversas atividades e tarefas inerentes à sua função específica, distinguindo-se os riscos em: (i) químicos, (ii) biológicos; (iii) ergonómicos; (iv) físicos; (v) psicossociais / organizacionais; (vi) relativos as atividades de trabalho e outros, que podem ser enquadrados objetiva ou subjetivamente, de base e de forma real (DGS, 2017). Segundo a DGS (2017), as principais vias de exposição de um trabalhador a um risco profissional são: (i) respiratória (inalação), (ii) digestiva (ingestão), (iii) dérmica (contato), (iv) auditiva (audição), e (v) ocular (“contato” visual). No entanto, a exposição profissional depende, entre outros, dos seguintes fatores: das características do fator de risco e da “quantidade” em que este está presente no ambiente de trabalho; da capacidade de penetração e interação do fator de risco com o organismo humano; do tempo e frequência a que o trabalhador está exposto; da intensidade de exposição; das características individuais do trabalhador (por exemplo, o género, a idade, o estado de saúde e a suscetibilidade genética).

Assim, para cada fator de risco deve ser desenvolvida uma estratégia de intervenção da responsabilidade do Serviço de Saúde e Segurança no Trabalho (SST/SO) da empresa/estabelecimento no âmbito do processo de gestão do risco profissional (DGS,2017). A Direção Geral de Saúde (2017) afirma ainda que a gestão do risco profissional deve ser entendida como um processo dinâmico e técnico-científico que visa eliminar, minimizar ou controlar o risco profissional dos trabalhadores no seu local de trabalho. Este processo permite ao empregador tomar medidas preventivas e corretivas de forma mais eficaz e possibilita a definição de prioridades de ação que efetivamente assegurem e/ou melhorem a SST.

As próprias empresas podem utilizar como modelo orientador uma matriz de gestão de riscos profissionais. Esta matriz funciona com base em três vertentes consideradas principais: análise de risco, avaliação de risco e a gestão de risco. Essas etapas são exemplificadas na figura abaixo (Figura 1).

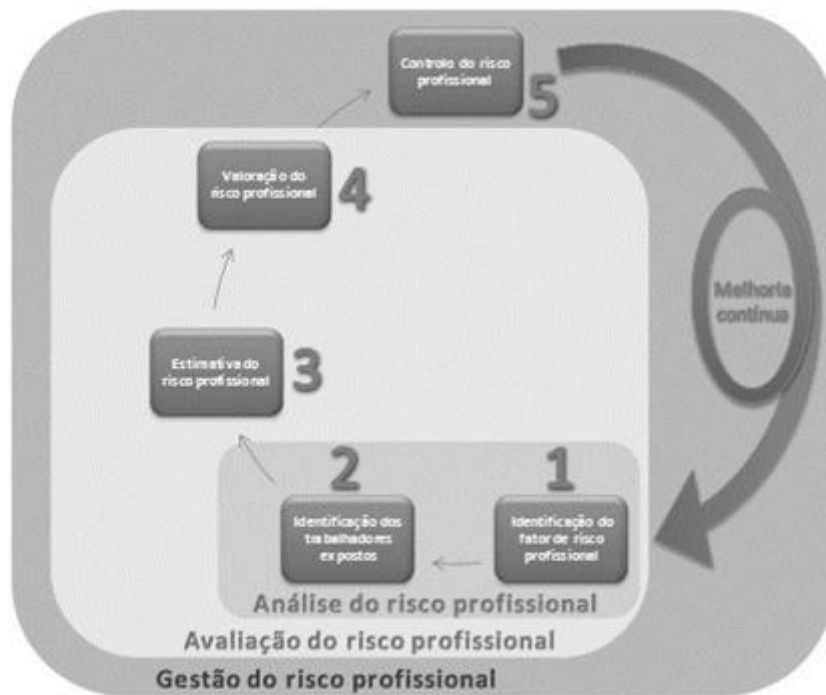


Figura 1 Processo de gestão de risco profissional

Fonte: DGS (2017)

O processo de análise, avaliação e controlo dos riscos profissionais deve ser efetuado, sempre que: se verifique a necessidade de incluir um risco identificado na sequência de uma não conformidade detetada; sejam criados/alterados substancialmente produtos, processos ou atividades; ocorram alterações significativas na legislação ou outros requisitos aplicáveis; sejam implementadas medidas de minimização de riscos profissionais (DGS, 2017).

A prevenção de riscos profissionais, é uma temática multidisciplinar, e uma área estratégica das organizações. A Prevenção de Riscos Profissionais como estratégia funcional para a garantia das condições de SHT, deve ser um objetivo prioritário das empresas e organizações. Face à existência de riscos não se pode falar dos riscos de saúde sem fazer menção à Segurança, Saúde e Higiene no Trabalho (SSHT) que visa a prevenção dos riscos profissionais e a promoção da saúde dos trabalhadores, integrando profissionais com formação adequada. Assim, a segurança no trabalho propõe o combate, dos acidentes de trabalho, mediante a eliminação de condições ambientais consideradas pouco seguras e educando os trabalhadores a utilizarem medidas preventivas (DGS, 2017). Em Portugal, a Autoridade para as Condições do Trabalho (ACT), é a entidade promotora da melhoria das condições de trabalho em todo o território continental através do controlo do cumprimento do normativo laboral no âmbito das relações laborais privadas e pela promoção da segurança e saúde no trabalho em todos os sectores de atividade públicos e privados. Possui a missão de fiscalizar o cumprimento das normas em matéria laboral, promover políticas de prevenção de riscos profissionais e de controlar o cumprimento da legislação relativa à segurança e saúde no trabalho (ACT, 2020).

Enquanto a higiene e saúde no trabalho procura prevenir as doenças profissionais, identificando alguns fatores que podem afetar o ambiente do trabalho e o trabalhador, procurando eliminar ou reduzir os riscos profissionais, a segurança do trabalho procura prevenir os acidentes de trabalho, eliminando as condições inseguras do ambiente e sensibilizando também os trabalhadores a utilizarem medidas preventivas (Quintas, 2014). As condições de trabalho são cada vez mais uma prioridade para as entidades empregadoras e, essencialmente, para os trabalhadores que pretendem garantir um nível de saúde, recorrendo a estratégias de higiene e segurança no trabalho e a medidas de prevenção de acidentes de trabalho (Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho, 2011).

O conceito da segurança e saúde no trabalho engloba diversas dimensões e saberes com vista à melhoria das condições de trabalho, através da eliminação ou redução dos riscos e das suas consequências, mediante a criação de programas eficazes de prevenção e a criação de estruturas adequadas ao cumprimento dos objetivos consagrados na lei e nas boas práticas (MSST, 2018). São assim considerados acidentes de trabalho, acontecimentos súbitos e imprevistos, sofridos pelo trabalhador que se verifique no local e no tempo de trabalho e produz direta ou indiretamente lesão corporal, perturbação funcional ou doença de que resulte na redução da capacidade de trabalho ou de ganho ou a morte conforme designado pelo Decreto-Lei nº 98/2009, de 04 de Setembro.

Contudo, é importante realçar a diferença entre o conceito de acidente de trabalho e incidente, sendo este último considerado evento que afeta o trabalhador, no decurso do trabalho ou com ele relacionado, de que não resulta em lesões corporais diagnosticadas de imediato, ou em que estas só necessitem de primeiros socorros (MSST, 2018). Para além do conceito de incidente, o Decreto-lei n.º 503/99, de 20 de novembro, adicionou o conceito de acontecimento perigoso como sendo todo o evento facilmente reconhecido, e que constitui risco de acidente ou de doença para os trabalhadores, no decurso do trabalho, ou para a população em geral.

Os riscos nos locais de trabalho podem desencadear doenças profissionais (DP). Essas são consideradas como lesões corporais, perturbação funcional ou doença, consequência necessária e direta da atividade exercida pelo trabalhador e que não representa normal desgaste do organismo, regulado pelo Decreto-Lei n.º 503/99, de 20 de Novembro e pelo Decreto Regulamentar n.º 6/2001, de 5 de Maio, sendo os capítulos 3º e 4º da lista de doenças consideradas doenças profissionais alterados pelo Decreto Regulamentar nº76/2007, de 17 de Julho.

Segundo Reis (2009, p. 102) uma doença profissional é toda a “doença contraída em consequência da exposição contínua do trabalhador a um determinado risco profissional”. A verdade é que as doenças profissionais são difíceis de determinar. Por exemplo, as lesões musculoesqueléticas (LME) são uma das doenças mais comuns relacionadas com o trabalho, afetando milhões de trabalhadores europeus com um custo de milhares de milhões de euros para as entidades patronais (Comissão nacional de revisão da lista de doenças profissionais, 2019). Em Portugal, especificamente, as doenças músculo-esqueléticas são, no seu conjunto as doenças profissionais com maior incidência. Representam cerca de 67% do total, seguidas dos casos de surdez profissional que representam cerca de 13% (MSST, 2018).

Segundo Zohar (2008), uma cultura de segurança positiva promove a melhoria dos comportamentos de segurança do trabalhador, permitindo a redução das doenças profissionais e da sinistralidade nas organizações, bem como fomenta o sucesso dos programas de segurança.

1.2 As Tipologias de Riscos Profissionais

Segundo a DGS (2017), atualmente os riscos profissionais classificam-se pela sua natureza como sendo: a) Biológicos; b) Físicos; c) Químicos; d) Psicossociais/Organizacionais; e) Relativos à atividade de trabalho; e, f) Outros.

As vias de exposição a um risco profissional mais comuns de um trabalhador são: respiratória, digestiva, dérmica, auditiva e ocular. Contudo, a exposição profissional depende, de alguns fatores: (i) das características do fator de risco do tempo em que este está presente no ambiente de trabalho; (ii) da capacidade de penetração e interação do fator de risco com o organismo humano; (iii) da frequência a que o trabalhador está exposto; da intensidade de exposição; (iv) das características individuais do trabalhador (ex. género, idade, estado de saúde, suscetibilidade genética); e, (v) dos equipamentos de proteção individual (EPIs) (DGS,2017).

No que se refere especificamente ao setor da saúde, a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2020), aborda os riscos profissionais considerando o contexto em que os trabalhadores do setor da saúde realizam o seu trabalho e a multiplicidade de tarefas que executam - o setor pode assim apresentar uma grande variedade de perigos. Como tal, os trabalhadores da saúde são expostos, simultaneamente, a um grande número de riscos, nomeadamente: riscos biológicos, riscos químicos, riscos físicos, riscos ergonómicos e riscos psicossociais. A combinação destes diversos riscos faz dos cuidados de saúde um setor de alto risco para os trabalhadores.

1.2.1 Riscos biológicos

Os fatores de risco associados a agentes biológicos estão relacionados com a presença no ambiente de trabalho de microrganismos como vírus, bactérias, fungos, parasitas, germes, etc. Estes estão normalmente presentes em alguns ambientes de trabalho, como: hospitais, laboratórios de análises clínicas, atividades de recolha de lixo, indústrias de couro e de tratamento de líquidos. Estes agentes biológicos penetram no organismo do homem por via digestiva, respiratória, olhos e pele.

Esses fatores de risco associados a agentes biológicos são responsáveis por algumas doenças profissionais, podendo dar origem a doenças menos graves como infeções intestinais ou simples gripes, ou mais graves, como a hepatite, meningite ou sida (Sousa et al., 2005). Segundo os autores, como forma de prevenir o desencadeamento desses agentes biológicos, é preciso ter em conta ações preventivas que passam pela rigorosa higiene dos locais de trabalho e dos trabalhadores; destruição destes agentes por processos de elevação da temperatura (esterilização) ou uso de cloro; uso de equipamentos individuais de proteção (EPI), para evitar contato direto com os microrganismos; ventilação permanente e adequada; manutenção e limpeza dos sistemas de

ventilação; manutenção e limpeza dos equipamentos de trabalho; controle médico constante; vacinação sempre que possível; formação e informação dos trabalhadores; sinalização de segurança, entre outras medidas necessárias de acordo com a real situação (Sousa et al., 2005).

Arrabaço (2008), com base nas suas investigações, já havia alertado para a necessidade urgente de sensibilizar os profissionais de saúde para o correto uso dos equipamentos de proteção individual (EPIs) como forma mais eficaz de reduzir o número de acidentes de trabalho por riscos biológicos, e prevenir novos casos. Apelando ainda para a implementação de boas práticas nos serviços, nomeadamente no que respeita a atividades que envolvem maior risco para os profissionais de saúde.

Com a pandemia originada pela doença coronavírus 2019 (COVID-2019), a maioria dos Estados-Membros da União Europeia (UE) implementou uma série de medidas preventivas nos locais de trabalho, para combater a propagação da doença. O mundo do trabalho têm sido gravemente afetado durante esta crise, e falando do sector de saúde houve necessidade imediata de implementar e adaptar a utilização de mais EPIs para evitar o aumento acentuado da taxa de infeção. A identificação e avaliação de riscos nos ambientes de trabalho físicos e psicossociais é o ponto de partida para a gestão da segurança e saúde no trabalho (SST), não só no âmbito do funcionamento normal das economias mas, também, atualmente durante o período de pandemia, onde tem sido necessário apostar em mais equipamentos de proteção individual, começando por equipamentos de proteção coletiva (EPCs), como tem sido o caso do uso dos desinfetantes, a obrigação de lavar mais vezes as mãos, manter um certo distanciamento entre os colegas de trabalho e as campanhas de sensibilização frequentes (Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da saúde, 2020).

1.2.2 Riscos químicos

Quanto aos fatores de risco associados a agentes químicos, conhecidos por contaminantes ou poluentes químicos podem apresentar-se nos estados sólido, líquido e gasoso contidos no ar, água ou alimentação. Assim, as principais vias pelas quais os agentes químicos podem penetrar no organismo do trabalhador são: (i) via respiratória que é a principal porta de entrada dos contaminantes químicos, porque respiramos continuamente, e tudo o que está no ar acaba por passar nos pulmões; (ii) via digestiva, já que se o trabalhador comer ou beber algo com as mãos sujas, ou se estas estiverem estado muito tempo expostas a produtos químicos, parte das substâncias químicas serão ingeridas com o alimento, atingindo o estômago e podendo provocar sérios riscos à saúde; (iii) via dérmica que é a via de penetração mais difícil, mas se o trabalhador estiver desprotegido e tiver contacto com substâncias químicas, havendo deposição no corpo, estas serão absorvidas pela pele; (iv) via parental que permite a entrada de contaminantes no organismo humano (via corrente sanguínea), decorrente de ulcerações na pele do trabalhador; e, (v) a via ocular já que os produtos químicos que permanecem no ar causam irritação nos olhos e conjuntivites, o que mostra que a penetração dos agentes químicos pode ocorrer também pela vista (Sousa et al., 2005).

Face ao acima exposto, as lesões ou doenças que mais vulgarmente se aplicam a este tipo de agentes e apresentam problemas para a saúde do trabalhador, são: as anemias; as queimaduras; as encefalopatias; as ulcerações cutâneas e as perturbações cutâneas (Sousa et al., 2005).

De acordo com a DGS (2020), pode haver esses tipos de riscos em qualquer atividade que envolva agentes químicos. Sendo que as principais vias de exposição: a oral, a inalatória e a dérmica. A via a inalatória a via predominante. Os riscos químicos a longo prazo resultam em cancros. Como forma de controlar esses acidentes é mais uma vez importante apostar na prevenção através de avaliações de cenários de exposição.

1.2.3 Riscos ergonómicos

Os fatores de risco ergonómicos são aqueles relacionados com fatores fisiológicos e psicológicos e que são subjacentes á execução das atividades laborais. Estes fatores podem produzir alterações no organismo e no estado emocional dos trabalhadores, comprometendo a sua saúde, a sua segurança e a sua produtividade. Incluem-se aqui, por exemplo: (i) a postura adotada pelos trabalhadores no seu desempenho profissional, (ii) o esforço físico, (iii) a manipulação de cargas, (iv) os movimentos repetitivos, (v) as atividades monótonas e, (vi) a imposição de ritmos excessivos de trabalho em turnos e/ou trabalho noturno (Centro de Prevenção e reabilitação de Gaia [CPRG], 2005).

Segundo a ACT (2015), nos riscos ergonómicos, à semelhança dos outros riscos, é necessário realizar planos de prevenção como forma de reduzir ou eliminar a probabilidade de existência desse risco. Para isso é necessário: fazer análise do ambiente de trabalho; avaliar o risco; implementar medidas técnicas e organizacionais, fazer vigilância de saúde nos trabalhadores e dar formação e informação aos trabalhadores.

Entre os profissionais que merecem atenção no que se refere à saúde do trabalhador estão os da saúde que se exige força física dos profissionais de saúde durante alguns procedimentos, como na movimentação de pacientes. O esforço físico necessário para auxiliar na mobilização ou alternância de posição dos pacientes pode ocasionar lombalgias, o que interfere na eficiência da força e capacidade de trabalho desses profissionais de saúde (Monteiro et al., 2009). Associado a equipamentos auxiliares desadequados ou inexistentes e os turnos prolongados aumentam o risco de lesões músculo-esqueléticas (LMEs). Pouco tempo de repouso, mal-estar emocional e pouca autonomia na organização do trabalho, turnos prolongados e/ou rotativos, ritmo acelerado, pausas insuficientes ou inexistentes, acarretam riscos ergonómicos frequentes em profissionais de saúde, (Whkoski, et al.. 2010).

1.2.4 Riscos Psicossociais

Na situação específica dos profissionais de saúde, sobre a qual versa o presente estudo, sobressaem os ritmos de vida atípicos, com repercussões específicas de *stress* e *burnout*, não ignorando os outros agentes de riscos psicossociais como é o caso do assédio moral (*mobbing*), intimidação, discriminação de género, estigmatização, intolerância, diversidade étnica ou religiosa

e a falta de apoio a estilos de vida saudáveis que contribuem para um aumento da pressão sobre o trabalhador (Organização Internacional do Trabalho [OIT], 2010).

A Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (AESST, 2009) define os riscos psicossociais como aspetos relativos ao desenho do trabalho, à organização e gestão do trabalho bem como aos seus contextos sociais e ambientais que têm potencial de causar dano físico, social ou psicológico ao trabalhador. Para Dominguez (2014) os riscos psicossociais são definidos por experiências desagradáveis e emoções negativas, como a tensão, ansiedade, frustração, raiva e depressão resultantes de aspetos do trabalho, denunciados através da reação fisiológica do corpo ou da reação psicológica e emocional sofrida por um indivíduo que originam em consequências nocivas. Gollac e Bodier (2011), defendem que os fatores psicossociais de risco no trabalho podem ser agrupados em seis dimensões: intensidade do trabalho e tempo de trabalho, as exigências emocionais, a falta/insuficiência de autonomia, a má qualidade das relações sociais no trabalho, os conflitos de valores e insegurança na situação de trabalho.

Segundo Neto et al. (2014), os fatores de risco psicossociais representam a probabilidade de ocorrerem efeitos negativos para a saúde mental, física e social, gerados por condições de emprego, fatores organizacionais e relacionais que podem interagir com o funcionamento mental e bem-estar psicossocial dos trabalhadores. Já Areosa et al. (2018), vêem o stress como um mecanismo que ajuda a enfrentar situações perigosas e predispõe o sujeito a agir, por vezes de uma maneira rápida e resoluta. Esta é uma reação sadia (inclusivé para a própria sobrevivência). Porém, quando a exposição ao *stress* é excessiva e/ou frequente, apesar de estar dependente de características biopsicossociais do sujeito, ela pode produzir manifestações psicológicas de maior gravidade: ansiedade, descompensações, *burnout* ou depressão.

A designação dos riscos psicossociais comporta duas dimensões, a psicológica e a social, alertando para a relevância social que os mesmos podem assumir, além da componente individual (Dias, 2016). Entre as várias queixas psicológicas, como o cansaço, stress, ansiedade e depressão, a literatura internacional dá especial destaque ao *burnout*, afirmando que os cuidadores formais de idosos estão em risco de viver esta síndrome, atendendo à especificidade da sua função (Cocco, 2010; Francos, 2005; Özçakar et al., 2012; Zamora & Sánchez, 2008).

O *burnout* é um processo de resposta ao stress laboral crónico, em que as principais manifestações são a exaustão emocional e física, o cinismo e a ineficácia profissional, cujas consequências se refletem negativamente a nível individual, familiar, social e até mesmo profissional (Areosa, 2017). O autor caracteriza a síndrome de *burnout* como sendo um processo de cansaço emocional que têm como consequência a perda de motivação e que pode prosseguir até sentimentos de intolerância ao trabalho e uma sensação profunda de fracasso. Em situações limite pode-se contar com um fim mais trágico, o suicídio (Areosa, 2017).

Não é novidade que lidar com a doença, com a dor, com o sofrimento, exercer funções sob pressão, faz parte do quotidiano duma equipa de cuidadores formais de seniores e o desgaste emocional a que estes cuidadores se encontram sujeitos, torna-se também num fator de grande relevância na que diz respeito as suas emoções no exercício da sua função. Mediante isso, a forma como cada

profissional desta área gere as suas emoções, e vive o seu dia-a-dia deve ser tida em linha de conta quando se trata de gestão de riscos de saúde nos cuidadores formais de seniores. Como tal, os cuidadores podem ao longo do tempo lidar com tarefas árduas e complexas, resultante da exigência do ato de cuidar e de alguns fatores de vulnerabilidade pessoal, o que acarreta o surgimento situações de estresse no trabalho (Ribeiro et al., 2009).

O stress é uma reação que visa a preservação da vida. O ser humano, por instinto tende a lutar ou fugir diante do perigo - no caso do stress não é diferente. Este nem sempre é um fator de desgaste emocional e físico. Na verdade, é um mecanismo natural de defesa do nosso próprio organismo (Correa, 2015). Entre os agentes indutores stress destacam-se os físicos, os químicos e os ambientais, mas também os psicossociais, relacionados, principalmente com o trabalho (Conto, 2013). Para Mendes (2001), os cuidadores formais de idosos institucionalizados, por estarem na presença constante de pessoas debilitadas e vulneráveis, desencadeiam elevados níveis de stress, tanto a nível pessoal, como profissional.

No que diz respeito as fontes de stress, Ramos (2011) sugere uma divisão em três categorias:

- [1] Organizacional, já mencionado acima e que diz respeito a fatores relacionados com o trabalho – cultura da empresa, estrutura organizacional, clima laboral e características do posto de trabalho;
- [2] Grupal, que está relacionado com fatores externos ou não relacionados com o trabalho como relações interpessoais negativas, falta de participação e colaboração, rivalidade interdepartamental e reduzido trabalho em equipa;
- [3] Individual, relacionado com características individuais ou pessoais – ambiguidade e conflito de papéis, desenvolvimento da carreira profissional, trabalho limitado, trabalho monótono, trabalhos temporais repetidos, desemprego e reforma.

Evers, Tomic e Brouwers (2001; 2002) e Ngai e Cheung (2009), trataram esse tema com bastante cuidado e afirmam que ser cuidador formal exige um grau de envolvimento emocional que coloca os profissionais da saúde sobre tensão, tornando vulgar o facto de se encontrarem emocionalmente esgotados e até frustrados com o trabalho que realizam no dia-a-dia. Para os autores, estas alterações são visíveis no que toca quer à vida pessoal quer social dos profissionais de saúde.

De acordo com Bastista, Carlotto, Coutinho e Augusto (2010), estados crónicos de stress no trabalho acarretam a síndrome de esgotamento profissional, também denominada Síndrome de Burnout.

Mas os riscos psicossociais não englobam apenas o *stress* e o *burnout*. Fazem parte do grupo de riscos psicossociais a violência o assédio moral/*bullying/mobbing* e o assédio sexual. Enquanto o assédio moral é percebido como uma prática de perseguição, metodicamente organizada, temporalmente prolongada, dirigida contra um trabalhador ou grupo de trabalhadores, com o objetivo de atingir a sua personalidade, dignidade ou integridade física ou psíquica, criando um ambiente hostil, degradante, humilhante ou ofensivo, o assédio sexual é um comportamento indesejado, de carácter sexual, sob a forma verbal ou física, com o objetivo de perturbar, intimidar ou humilhar um trabalhador. Já a violência, é definida como todo o incidente em que o trabalhador

sofre abusos, ameaças ou ataques, em circunstâncias relacionadas com o trabalho, que coloquem em perigo explícita ou implicitamente a sua segurança, o seu bem-estar ou a sua saúde (AESST, 2009). De acordo com a Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego [CITE] (2020), assédio sexual é todo o comportamento indesejado de caráter sexual, sob forma verbal, não verbal ou física, com o objetivo ou o efeito de perturbar ou constranger a pessoa, afetar a sua dignidade, ou de lhe criar um ambiente intimidativo, hostil, degradante, humilhante ou desestabilizador.

O assédio moral pode ainda ser definido como um comportamento injustificado e continuado de perseguição e pressão psicológica para um trabalhador ou grupo de trabalhadores, suscetível de constituir um risco para a sua saúde e segurança. Alterações repentinas na estrutura da organização, a insegurança no emprego, as exigências excessivas de trabalho, uma cultura organizacional inexistente ou que não reconhece o assédio e o conflito decorrente das tarefas desempenhadas e insuficiência da política de recursos humanos constituem-se como risco (Freitas, 2008)

A violência no trabalho é definida por Freitas (2008, p. 701), como uma “situação na qual um indivíduo ou grupo de indivíduos é alvo, no local de trabalho, de atos de agressão ou violência, sob forma de ataque, agressão física ou verbal e comportamento desrespeitador”. Para Coelho (2009), “o conceito de violência no trabalho que se tem em vista é, sobretudo, a violência física e, além dela, apenas a violência psicológica que não seja enquadrável em nenhuma das formas de assédio”.

1.2.5 Riscos físicos

Os riscos físicos, por sua vez, são os agentes físicos inerentes ao ambiente de trabalho que influenciam o desempenho de cada trabalhador. Estes agentes podem igualmente contribuir para o aparecimento de doenças ou provocar acidentes lesivos para o mesmo. Estes agentes físicos são: ruído; iluminação; vibrações; ambiente térmico; radiações ionizantes e não ionizantes (CPRG 2005). Para Neto et al. (2017, p. 9), “os riscos físicos estão, essencialmente, relacionados com o ruído, as vibrações, o ambiente térmico, os fatores de risco associados às lesões músculo-esqueléticas (LME) e os relacionados com radiações ionizantes e não-ionizantes, máquinas, processos e tecnologias de trabalho”.

1.3 Os Profissionais de Saúde e os Riscos Profissionais

A gestão do risco profissional é um processo dinâmico e técnico-científico que visa eliminar, minimizar ou controlar o risco profissional dos trabalhadores no seu local de trabalho. Este processo permite ao empregador tomar medidas preventivas e corretivas de forma mais eficaz e possibilita a definição de prioridades de ação que efetivamente assegurem e/ou melhorem a SST (DGS,2017).

Para Roxo (2012), os riscos profissionais não envolvem somente a parte física, mas também, a parte emocional e psicológica. Os fatores de risco psicossociais no local de trabalho têm causado um impacto negativo na saúde física, mental e social dos trabalhadores, levando a um aumento da

pressão sobre a despesa pública com o incremento dos custos nos cuidados de saúde (Cox et al., 2010). Conforme refere Areosa (2017), o burnout é um problema social grave e como tal, deve ser tratado como uma questão de saúde pública. O burnout, nas organizações, expressa-se pelo aumento das taxas de absentismo, a diminuição da produtividade ou o abandono do emprego por parte do trabalhador.

Para Casteilón (2011), a presença desses riscos acarreta uma maior probabilidade de troca de posto de trabalho ou até profissão, mais acidentes e erros e pior saúde física e emocional, aparecimento de uma imagem denegrada sobre a organização, e ainda, o aparecimento de reformas antecipadas (Lewis, 2006). Aumentam também as queixas psicossomáticas, como tontura, gastralgia, cefaleia, dorsalgia, fadiga e insónia (Jonhson,2009).

Todas estas consequências citadas acima podem traduzir-se em problemas na vida emocional desses profissionais de saúde, levando-os a reagir com ansiedade, diminuição da autoconfiança e autoestima, isolamento social, depressão ou até agressividade, ocasionando não só ao abandono da profissão como a perda de profissionalismo (Teixeira, 2012).

Como já se pode verificar nas subsecções anteriores, os acidentes de trabalho ocorrem devido a uma multiplicidade de fatores, entre os quais, aspetos técnicos, tecnológicos, organizacionais e sociais. Os conflitos, a sobrecarga de trabalho, o cansaço ou a doença e as múltiplas pressões organizacionais são fatores que podem conduzir à ocorrência de acidentes (Areosa, 2011).

A tipologia de acidentes de trabalho de cada organização depende dos riscos específicos do ambiente de trabalho, das relações sociais de trabalho e nos profissionais de saúde isso não é diferente (Areosa & Dwyer 2010). Assim, torna-se imprescindível uma reinvenção dos serviços de saúde, a partir de uma perspetiva centrada no profissional de saúde, não esquecendo, por exemplo, que as regras informais dominam grande parte do funcionamento destas organizações (Areosa & Carapineiro, 2008).

Segundo dados da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, estima-se que, por ano, na Europa, ocorrem 1 milhão de acidentes com picadas de agulha com profissionais de saúde, sendo este um dos acidentes de trabalho com maior incidência no meio hospitalar. Outro dos aspetos a salientar referem-se às lesões músculo-esqueléticas (LMEs). Estas têm cada vez maior incidência nos profissionais de saúde. Cerca de 24% dos profissionais de saúde da União Europeia (UE) dizem sofrer de lombalgias. Estas lesões afetam, principalmente, a região cervical, a região dorso-lombar, os ombros e os membros superiores. A postura da coluna vertebral devido a movimentação da carga, o peso, a distância e a duração desse movimento, bem como os espaços físicos reduzidos onde ocorrem as manobras de levantamento, transferência e mobilização de utentes (AESST, 2007).

1.4 O Ato de Cuidar e os Riscos de Saúde

Cuidar é um verbo de uso bastante comum e quotidiano. Cuidar é universal e está presente ao longo do ciclo da vida. Mas cuidar, quando já se refere a seniores exige uma responsabilidade e uma dedicação especial. Cuidar é na realidade ter uma atitude de preocupação perante quem precisa. Segundo Gomes e Mata (2012), o cuidar de uma população que envelhece é um desafio por essa faixa etária acarretar doenças crónicas e incapacitantes quando comparado com outros grupos etários, acrescentando as necessidades de serviços de saúde e sociais.

A primeira base de cuidados é sem dúvida a família, onde os primeiros cuidados prestados surgem assegurados por esses cuidadores informais ou familiares. Elsen (2004), citado por Gomes e Mata (2012), referem a família como um sistema de saúde para com os seus membros, regido de valores, crenças, conhecimentos e práticas que orientam a família na promoção da saúde, na prevenção e no tratamento da doença. As autoras adiantam ainda que o conceito de cuidados é definido como ato de promover assistência a um familiar, amigo ou doente permitindo um bom nível de independência.

As necessidades de cuidados ultrapassam limites do esforço mental, físico, psicológico, social e económico o que pode afetar negativamente o cuidado prestado. O ato de cuidar de idosos dependentes é um aprendizado constante, depende do nível de dependência do idoso com base nas suas necessidades biológicas e físicas, as atividades de vida diária (AVD).

Ao longo da vida, as pessoas defrontam-se com situações que podem gerar um desequilíbrio entre as necessidades de cuidado e os recursos pessoais. Nestas ocasiões é necessário apelar, pela ajuda dos cuidadores. De acordo com Chambel, (2016, p.10) “cuidar nem sempre é uma atividade isenta de dificuldades, cuidar é promover a qualidade de vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades a ela indispensáveis, mas que são diversificadas na sua manifestação e condicionadas inúmeras vezes por um conjunto de fatores”

À medida que as pessoas envelhecem, são mais suscetíveis de desenvolver doenças e limitações levando-as a incapacidades e é preciso contar com o apoio de familiares, amigos e cuidadores (Oliveira,2010).

Segundo o Manual do cuidador (2019), todo o ser humano tem a necessidade de ser cuidado e a capacidade de cuidar do outro. Cuidar é o ato de assistir alguém quando este necessita, é uma atividade complexa, com dimensões éticas, psicológicas, sociais e culturais. Contudo, o ato de cuidar de alguém, embora nobre, reveste-se de um risco elevado, uma vez que é sobre este que recaem as maiores responsabilidades e funções. De acordo com Mata e Rodriguez (2012) o cuidador deve ter confiança em si mesmo para realizar os esforços que o cuidado diário exige.

É de extrema importância o papel dos cuidadores informais na vida do idoso. Quando se fala de cuidadores informais (C.I.), refere-se à prestação do cuidado no domicílio, sendo assegurado principalmente por familiares, amigos e vizinhos. A maior parte dos cuidadores informais são familiares devido à sua vinculação com o recetor de cuidados (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006; Paterson & Burgess, 2009; Sequeira, 2010). Gomes e Mata (2012) definem o cuidador informal

como sendo uma assistência prestada pela família, amigos e vizinhos a pessoas na dependência de cuidados, quer pessoais, quer instrumentais, na realização das suas AVD de forma não remunerada.

Contudo, é necessário e não menos importante conhecer e ter acesso aos cuidados prestados pelos cuidadores formais (C.F.). Não são raras as vezes que estes prestam cuidados de forma incansável sem que, no entanto, o seu esforço seja devidamente reconhecido. Oliveira, Queirós e Guerra (2007; cit. por Sequeira, 2010) entendem que o cuidador formal é o indivíduo que assume formalmente o exercício de uma profissão, pela qual optou de livre vontade e para a qual teve preparação académica e profissional. Na opinião de Sequeira (2010), o cuidador formal é um profissional a quem se exige competências, desde as mais básicas, como conhecer as necessidades do idoso, saber lidar com as doenças e os seus sintomas. Ser cuidador formal existe uma preparação específica para a atividade profissional que desempenham, sendo esta atividade variada de acordo com o contexto onde se encontram (lares, instituições comunitárias...).

O aumento de pessoas em situação de dependência tem crescido e fez surgir um novo fenómeno na sociedade – o envelhecimento em contexto institucional. Esse fenómeno teve como reflexo a necessidade de criar um grupo profissional, que se destacam os cuidadores que prestam cuidados a estas pessoas- os cuidadores formais (Floriano, Azevedo, Reiners, & Sudré, 2012). Em geral, o idoso perde gradualmente a capacidade de realizar suas atividades, principalmente a ocupação diária, e devido às condições sociais, nomeadamente a falta de apoio da família, muitos idosos são institucionalizados (Lobo e Pereira, 2007).

Infelizmente, e até há poucos anos, os cuidados das estruturas residenciais para idosos eram frequentemente assegurados por profissionais pouco escolarizados e sem qualquer formação na área. Deste modo, a falta de preparação pode prejudicar o desempenho das tarefas que lhes estão atribuídas, aumentar a desmotivação e diminuir a qualidade dos serviços prestados, o que poderá levar ao abandono do posto de trabalho nas instituições (Carvalho, 2012). Na opinião de Frago (2008), cuidar de idosos institucionalizados não basta prestar os cuidados de higiene, é preciso estar consciente da fragilidade e individualidade de cada idoso. É importante referir que o cuidado prestado ao idoso dentro de uma instituição tem efetivamente que obedecer a um conjunto de normas estabelecidas pela própria instituição, permitindo um melhor e mais adequado tratamento entre os cuidadores e os utentes.

Cabe aos profissionais das redes de apoio formal criar as condições para que os idosos sintam que a sua autonomia e participação social são tidas em consideração, fatores determinantes para um envelhecimento ativo. Neste sentido, Sequeira (2010) refere que cuidar de uma pessoa com dependência interfere com aspetos da vida pessoal, familiar e laboral dos cuidadores formais. As principais dificuldades apresentadas pelos cuidadores formais de idosos institucionalizados são: a interação com o idoso; o desconhecimento da doença; a falta de tempo e de recursos humanos; o impacto emocional e físico; a dificuldade de organização; o planeamento de atividades e a interação com a família dos idosos.

A este propósito, Ferreira (2012) refere que a aquisição de competências e conhecimentos são uma mais-valia na qualidade dos cuidados prestados aos idosos, sendo pertinente focarem-se em programas de formação que integrem a transmissão de conhecimentos ao nível do suporte emocional e do stress e sobrecarga emocional de quem cuida. O cuidador formal, geralmente remunerado, deve possuir capacitação ou habilitação técnica para auxiliar o idoso com limitações para realizar suas atividades diárias (Giehl, Rohde, Areosa, & Bulla, 2015). O cuidado formal normalmente é prestado a pessoas dependentes por parte de organizações ou outros grupos de pessoas que recebem remuneração pelo trabalho prestado.

Sendo que a qualidade de vida do idoso se encontra em primazia no aspeto do seu cuidado, um cuidador com mais escolaridade poderá ser um fator positivo no melhor executar das atividades diárias dos seniores (Colomé et al., 2008). De facto, o cuidador formal de idosos exerce uma atividade que implica um trabalho direto e contínuo com pessoas que estão numa situação de dependência e vulnerabilidade física, cognitiva e social ou de doença crónica ou terminal (Cocco, 2010; Zamora & Sánchez, 2008). Esses cuidadores são importantes para que as famílias (cuidadores informais) não entrem em exaustão (Lubkin & Larsen, 2006). O cuidado dispensado ao idoso transforma-se numa intervenção delicada e complexa levando o cuidador em determinadas situações a um desgaste emocional (Monteiro, 2013).

Os estudos demonstram que os cuidadores em sua maioria são mulheres, entre 40 e 50 anos, casadas, escolaridade até ensino fundamental e remuneração até 2 salários (Siewert, Alvarez, Jardim, Valcarenghi & Winters, 2014; Silva, Machado, Ferreira & Rodrigues, 2015). Esses trabalhadores são conscientes e relatam não receber as devidas formações como forma de capacitação para enfrentarem as dificuldades encontradas: sobrecarga de trabalho, exigência física e ausência de conhecimento para cuidar dos idosos (Colomé et al, 2011).

1.5 Consequências dos Riscos Profissionais em Saúde e a sua Gestão

Os riscos profissionais apresentam-se como uma ameaça para os trabalhadores, para as organizações e até mesmo para a sociedade. No caso particular das organizações crescem-lhes os custos financeiros relacionados com o absentismo, com as baixas e custos de saúde, com a menor qualidade dos serviços, entre outros. Para os trabalhadores, há danos associados a acidentes de trabalho e doenças profissionais (Neto, 2015). Segundo Ramos (2011), os riscos psicossociais estão intimamente ligados as consequências individuais dos trabalhadores representando custos elevadíssimos as organizações como é o caso da grande rotatividade de pessoas, greves, baixas, compensações e indemnizações. Indiretamente relacionados podem ser identificados a perda de vitalidade, as falhas de comunicação, a qualidade das relações interpessoais, os erros na tomada de decisões e as oportunidades perdidas.

Tendo isso em linha de conta, mostra-se necessário adotar algumas formas de avaliação e de gestão dos riscos de trabalho (Neto 2015).

De acordo com o Bureau Internacional do Trabalho (2019, p. 3), os problemas com a segurança e saúde no trabalho têm “grandes repercussões sobre as empresas, afetando a sua produtividade, desencadeando potenciais perturbações nos processos de produção, prejudicando a sua competitividade e reputação nas cadeias de abastecimento e, de um modo mais generalizado, afetando a economia e sociedade”. O mesmo organismo acredita que, a nível mundial 1 000 pessoas morrem diariamente devido a acidentes de trabalho e 6 500 devido a doenças profissionais, sendo que os dados agregados indicam um aumento geral do número de mortes relacionadas com o trabalho. A Figura 2, apresentada pelo mesmo organismo é esclarecedora desta realidade mundial.



Figura 2. Estimativa de mortes provocadas por acidentes e doenças profissionais, em 2019

Fonte: Bureau Internacional do Trabalho (2019, p.3)

Face às estimativas, é fundamental que os países instituem sistemas de recolha de dados de segurança e saúde no trabalho eficazes e que melhorem a recolha e utilização de dados para efeitos de análise e conseqüente elaboração de medidas preventivas de gestão (Bureau Internacional do Trabalho, 2019). Note-se, no entanto, que se o registo de acidentes profissionais torna simples o conhecimento destas ocorrências e, desta forma, a sua gestão, o mesmo não acontece com as doenças profissionais que não são registadas de forma adequada.

Em 2014, o Observatório Europeu dos Riscos da EU (OSHA), elaborou um documento sobre os cálculos relacionados com os custos dos riscos psicossociais relacionados com o trabalho. Foi estimado pela Comissão Europeia, que os custos ascenderiam aos 20 mil milhões de euros, o que representa um custo entre 185 e 189 mil milhões de euros por ano. O absentismo, como já referido, também acarreta gastos enormes as organizações. A perda de produtividade, custos de cuidados de saúde e os custos da segurança social sob a forma de pagamentos de subsídios de invalidez,

revela um custo para a União Europeia de 617 mil milhões de euros anuais (EU-OSHA, 2014). Chagas (2015) refere que na altura eram estimados entre os 2,6% e os 3,8% do rendimento gerado em cada economia (Produto Interno Bruto - PIB), os custos dos acidentes de trabalho e doenças profissionais. A autora, citando o trabalho Herbert William Heinrich (1931), refere que os custos totais dos acidentes resultam do somatório dos custos diretos e custos indiretos desses acidentes. Os custos diretos, que se referem ao montante total de indemnizações e pensões pagas pela seguradora, incluem o prémio de seguro e o seu agravamento, a remuneração e subsídios devidos ao acidente, a diferença de retribuição ao trabalhador, o custo de transporte assim como a assistência médica e medicamentosa. Já os custos indiretos são custos que são assumidos pela empresa e incluem, os custos salariais, as perdas de materiais, as perdas da eficiência e da produtividade entre outros custos diversos. Em 2014, em Portugal, os montantes pagos pelas seguradoras referentes aos acidentes de trabalho rondaram os 449 milhões de euros (Chagas, 2015). Em 2019, um novo relatório da EU-OSHA estimava que 3,9% do PIB global e 3,3% do PIB europeu é gasto em doenças e acidentes profissionais. Esta percentagem pode variar entre países, dependendo de factores legislativos, incentivos de prevenção e o cenário industrial.

Pernas (2012), no seu trabalho de investigação apresenta por interveniente as consequências (temporárias ou permanentes) dos acidentes de trabalho que ocorrem tanto no plano humano como no plano material. A sistematização apresentada pelo autor apresenta-se na figura seguinte (Figura 3).

Intervenientes	Plano Humano	Plano Material
Acidentado	Sufrimento Físico Sufrimento Moral Diminuição do seu Potencial de Trabalho	Perda de salário Baixa do seu Potencial Profissional
Família	Sufrimento Moral Preocupações	Dificuldades Económicas
Colegas	Mal-estar Inquietação Por vezes Pânico	Perda de Tempo Excesso de Trabalho Formação de um substituto
Entidade	Baixa do Clima Psicológico Má Reputação para a Entidade	Paragem de máquinas Perdas de Produção Estragos em Equipamentos Atrasos na Fabricação Formação de substitutos Perturbações Técnicas Preços de Custo Maior
País	Baixa de Potencial Humano	Recuperação do Acidentado Perda de Produção

Figura 3. Consequências físicas e materiais dos acidentes de trabalho, por interveniente

Fonte: Pernas (2012, p. 6)

Como refere o autor da tabela acima, o “trabalhador vítima de acidente de trabalho sofre inúmeras consequências decorrentes da lesão ou lesões sofridas, nomeadamente a dor e o sofrimento, a eventual perda de futuros ganhos, de investimentos efetuados a nível profissional, e por exemplo,

tempo perdido na reabilitação física. Estas consequências podem ser enumeradas em consequências de natureza profissional, moral, social e familiar e verifica-se que os vários impactos estão, muitas vezes, interrelacionados” (Pernas, 2012, p. 7).

De acordo com a Agência Europeia de Segurança e Saúde no Trabalho (2007), entre os principais riscos profissionais nos próximos anos para mais de 190 milhões de trabalhadores em 27 países europeus, serão os fatores psicossociais que podem levar a problemas de saúde como depressão, *stress*, ansiedade, problemas de sono, entre outros. Existem fatores que contribuem para acentuar estas doenças, tais como a insegurança do emprego, os horários irregulares, como é o caso dos trabalhos por turnos, a intensidade do ritmo de trabalho, o aumento da complexidade das tarefas, o envelhecimento da força de trabalho e o lidar com pessoas, especialmente no setor de saúde (AESST, 2007).

Segundo Alves (2014), é importante apelar à participação dos trabalhadores no que diz respeito à segurança e saúde no trabalho de forma a promover a criação de uma cultura de segurança, com base nos problemas expostos pelos próprios trabalhadores. A participação dos trabalhadores facilita a implementação de medidas preventivas. De facto, já Coelho (2010) afirmava que a gestão preventiva dos riscos profissionais se deveria basear num processo faseado e sistemático, priorizando a prevenção primária (fazendo uso das diversas fontes de informação) e promovendo um envolvimento ativo dos trabalhadores e das partes interessadas/responsáveis.

A Comissão Europeia, desenvolveu com base nos riscos profissionais e especialmente nos riscos psicossociais, o Quadro Europeu de Gestão do Risco Psicossocial (PRIMA-EF), com o objetivo de fornecer um modelo padrão para políticas e práticas de gestão a nível nacional e internacional, (Neto, 2014). O modelo é constituído por cinco etapas, sendo elas: o monitoramento de riscos e da saúde psicossocial; as auditorias às políticas para entender as principais causas; o desenvolvimento de planos de ação; a implementação desses planos para alcançar a redução; e a avaliação do plano de ação (PRIMA-EF, 2008).

A gestão do risco profissional é um processo dinâmico que tem como base uma componente técnico-científica, com vista à eliminação ou controlo dos fatores de risco e, conseqüentemente, à prevenção de acidentes e doenças profissionais. A gestão dos riscos profissionais engloba componentes políticas e económicas, o planeamento, a organização, a monitorização das ações e as práticas, procedimentos assim como a responsabilidade dos seus intervenientes (Departamento de Saúde Pública [DSP], 2009).

A avaliação dos riscos profissionais constitui a base de uma gestão eficaz de segurança e de saúde fundamental para reduzir os acidentes de trabalho e as doenças profissionais. Esta avaliação de riscos consiste em um exame cuidadoso, realizado nos locais de trabalho, de forma a detetar os componentes capazes de causar dano aos trabalhadores expostos. Trata-se de um processo dinâmico que integra a valoração do próprio risco (Departamento de Saúde Pública, 2009). A figura seguinte (Figura 4) descreve as etapas que compõe a avaliação dos riscos:

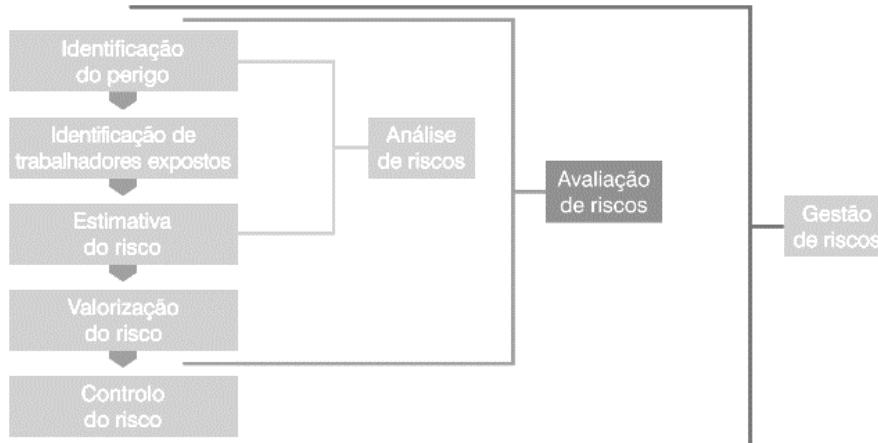


Figura 4. Etapas de avaliação e gestão de riscos profissionais

Fonte: Departamento de Saúde Pública (2009, p. 3)

O processo de gestão de risco profissional permite ao empregador adotar as medidas necessárias para assegurar a saúde e segurança dos seus profissionais. Estas medidas devem incluir a informação e formação dos profissionais, a prevenção dos riscos profissionais, a promoção e proteção da saúde dos profissionais e a organização do trabalho em si.

A gestão do risco tem de incluir, necessariamente, a comunicação do risco, e deve apoiar-se numa adequada caracterização do risco de forma a tornar acessível e compreensível a informação a todos os profissionais. Pretende-se, desta forma, ajustar a perceção do risco por parte dos diferentes intervenientes, potencializando o conhecimento, a avaliação e a intervenção na saúde dos profissionais. A comunicação do risco é um processo interativo de troca de informação e opinião entre os profissionais sobre as medidas legais e organizacionais da gestão do próprio risco, levando os profissionais ao conhecimento e a preocupação dos riscos de forma a primar para a prevenção (DSP, 2009).

2. Metodologia

A investigação científica, depende de um conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos, de forma a atingir o(s) objetivo(s) do trabalho de investigação. a designada metodologia científica (Prodanov & Freitas, 2013, p.14). Assim, torna-se fundamental definir, em primeiro lugar, qual a metodologia seguida para atingir o objetivo proposto.

2.1 Objetivo

Este trabalho de investigação tem como objetivo, descrever e perceber como evoluíram os riscos profissionais e de saúde nos profissionais das atividades de saúde humana e acção social de forma a construir um instrumento exploratório de análise que possa constituir-se como um instrumento de gestão neste tipo de organizações, públicas ou privadas, com ou sem fins licrativos.

2.2 Bases de Dados e Variáveis em Estudo

O trabalho de investigação que aqui se apresenta possui uma natureza quantitativa por se basear em dados estatísticos secundários referentes a acidentes de trabalho associados às atividades de saúde humana e ação social na economia portuguesa. Estas atividades correspondem à secção Q da Classificação das Atividades Económicas (CAE) Rev. 3.

De facto, a secção Q designada de “Actividades de saúde humana e apoio social” inclui todas as atividades “dirigidas à saúde humana (hospitalares, liberais, paramédicas, etc.), exercidas em regime de internamento ou ambulatório, com ou sem fim lucrativo (...) e às atividades “no âmbito do apoio social onde estão incluídas as actividades dos serviços dos equipamentos sociais, públicos ou privados, com ou sem alojamento” (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2007, p. 31).

No âmbito das atividades incluídas na secção Q da Classificação de Atividades Económicas, são registadas as estatísticas sobre segurança e saúde no trabalho, pela Organização Internacional do Trabalho (OIT). A segurança e a saúde no trabalho, de acordo com esta organização, são elementos vitais de realizar um trabalho decente, já que os acidentes de trabalho têm um custo humano, social e económico significativo, que deve ser, por isso limitado ou mesmo eliminado (International Labour Organization [ILO], 2020). Ainda de acordo com a mesma organização, as estatísticas relativas a acidentes de trabalho e riscos de saúde são essenciais para avaliar até que ponto os trabalhadores estão protegidos contra riscos relacionados com a sua atividade profissional e para alertar para que as instituições públicas e privadas implementem medidas de gestão destes riscos em conformidade com a legislação nacional para o efeito.

Na atividades de saúde humana e ação social (sector de atividade Q) os trabalhadores estão sujeitos a vários riscos que originam acidentes e problemas de saúde cuja evolução aqui se vai analisar tendo em conta os valores compilados e apresentados pela OIT através dos indicadores apresentados na Tabela 1, para um nível de desagregação por setor de atividade. Um maior nível de desagregação seria desejável, porque se acredita existirem diferenças entre as varias atividades que compõem as atividades do setor Q, nomeadamente as atividades de saúde humana e as atividade de ação social, no entanto tal desagregação não se encontra disponível.

Para um nível de desagregação setorial encontra-se disponível informação estatística para o período de tempo de 9 anos que decorre entre 2010 e 2018, o que permite avaliar a evolução dos indicadores disponíveis.

Tabela 1. identificação e descrição dos indicadores de acidentes de trabalho e risco de saúde definidos pela Organização Internacional do Trabalho

Variável	Definição	Unidade de medida
Dias perdidos devido a incapacidade temporária	Número total de dias no calendário civil, durante os quais os trabalhadores temporariamente incapacitados não puderam trabalhar, excluindo o dia do acidente, até um ano. Não estão incluídas as faltas temporárias ao trabalho de menos de um dia para tratamento médico.	Número de dias
Lesão profissional (acidente de trabalho) fatal	Um caso de lesão profissional corresponde ao caso de um trabalhador que sofre um acidente de trabalho. Um acidente de trabalho fatal é o resultado de um acidente de trabalho em que o óbito ocorre no prazo de um ano a partir do dia do acidente.	Número
Lesão profissional (acidente de trabalho) não fatal	Um caso de lesão profissional corresponde ao caso de um trabalhador que sofre um acidente de trabalho. Um caso de lesão profissional não fatal corresponde ao caso de um trabalhador que incorre num acidente de trabalho em consequência de um acidente de trabalho que não provoca a morte. A lesão profissional não fatal implica a perda de tempo de trabalho.	Número
Taxa não fatal de incidência	A taxa não fatal de incidência é o número médio de novos casos de prejuízo profissional não fatal durante o ano civil por 100 000 trabalhadores no grupo de referência	Número por 100 000 trabalhadores
Taxa fatal de incidência	A taxa de incidência é o número médio de novos casos de lesões profissionais fatais durante o ano civil por 100 000 trabalhadores no grupo de referência	Número por 100 000 trabalhadores

Fonte: Elaboração própria com base na definição da ILO (2020)

Para o ano de 2018 é possível encontrar informação estatística mais detalhada relativa a acidentes de trabalho e riscos de saúde, por setor de atividade na economia portuguesa. Estes dados são compilados pelo Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (GEP-MTSSS) e publicados na série anual “acidentes de trabalho” (GEP, 2020a). De facto, a participação (notificação) dos acidentes é obrigatória em Portugal e em todos os Países da União Europeia. Atualmente quem é responsável pelas estatísticas dos acidentes de trabalho em Portugal é o Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP) do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (MTSSS). É o GEP que é responsável por todas as estatísticas nacionais relacionadas com trabalho em Portugal delegadas pelo Instituto Nacional de Estatística (Silva, 2017).

De acordo com a síntese de acidentes de trabalho publicada pelo GEP-MTSSS, a informação publicada resulta de dados administrativos recolhidos através das participações de acidentes de

trabalho. A partir de 2018, introduz-se a participação eletrónica de acidentes de trabalho o que permite um tratamento mais detalhado da informação disponível. Estes dados permitem a contagem do número de acidentes mortais e do número de acidentes com ausência ao trabalho e respetivos dias, até ao limite de um ano após a ocorrência do acidente (GEP, 2020b).

Os indicadores que vão ser analisados no âmbito deste trabalho, para o ano de 2018, apresentam-se e descrevem-se na Tabela 2.

Tabela 2. Identificação e descrição dos indicadores referentes a acidentes de trabalho em Portugal

Acidente de Trabalho (AT)	Todo o acontecimento inesperado e imprevisto, incluindo atos derivados do trabalho ou com ele relacionados, do qual resulte uma lesão corporal, uma doença ou a morte de um ou vários trabalhadores. São também considerados acidentes de trabalho os acidentes de viagem, de transporte ou de circulação, nos quais os trabalhadores ficam lesionados e que ocorrem por causa, ou no decurso do trabalho, isto é, quando exercem uma atividade económica, ou estão a trabalhar, ou realizam tarefas para o empregador.
Acidente de trabalho mortal	Um acidente de que resulte a morte da vítima no momento do acidente ou até um ano após a data da ocorrência
Taxa de incidência dos acidentes de trabalho	A taxa de incidência apresentada deve ler-se por cada 100 000 trabalhadores. No cálculo desta taxa, o denominador tem por base os dados do Inquérito ao Emprego do INE
Dias de trabalho perdidos	São contados os dias de calendário. Equivalem à contagem de dias inteiros de ausência ao trabalho, contínua ou descontínua. O dia do acidente não é considerado
Tipo de local	Descreve o ambiente geral (lugar) onde ocorreu o acidente durante o tempo de trabalho
Atividade física específica da vítima	Descreve a atividade física específica da vítima imediatamente antes de o acidente se produzi
Desvio	É o acontecimento que provoca o acidente ao afastar-se (desvio) do processo normal
Agente material associado ao desvio	Descreve fisicamente o objeto, a ferramenta, o agente causador do desvio.
Contacto: modalidade da lesão	Descreve o modo como o sinistrado foi lesionado, física ou psicologicamente
Agente material associado ao contacto	Descreve fisicamente o objeto, a ferramenta, o agente com que o sinistrado entrou em contacto ou o acontecimento causador da lesão psicológica
Natureza da lesão	Descreve as consequências físicas para o sinistrado, por exemplo, fratura, ferimentos, distensões, etc

Fonte: Elaboração própria com base na informação disponibilizada pelo GEP (2020b)

Desde 2001 que Portugal adopta novas variáveis implementadas no sistema nacional de codificação dos dados de acidentes de trabalho como tipo de local, desvio, contacto–modalidade da lesão e agente material do contacto. A análise destas variáveis é importante para o esforço em prevenção, na medida em que permitem caracterizar e conhecer melhor o tipo de acidente (contacto), o agente material nele envolvido e a causa imediata (o desvio) (GEP, 2007).

De acordo com Silva (2017), o Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP) acredita que seja muito provável termos níveis de notificação muito próximos de 100% (especialmente no caso dos acidentes mortais), em resultados obrigações legais dos empregadores. Os raros casos de “fuga” (não notificação do acidente) não entram nas estatísticas. Tratam-se geralmente de trabalhadores ilegais e/ou de situações em que o seguro não está ativo. Esta situação de reporte quase total deve-se ao facto de os acidentes de trabalho estarem sujeitos a um seguro obrigatório. Nos sistemas onde o seguro não é obrigatório, existe uma cobertura universal de segurança social, onde o incentivo económico é mais fraco, fazendo com que o nível de notificação baixe para valores que podem variar entre 30% a 50% (Silva, 2017).

2.3 Técnica Estatística de Análise

Sendo esta uma análise exploratória, far-se-á uma análise descritiva dos dados utilizando indicadores de estatística descritiva. Nomeadamente o indicador de centralidade (média) e variabilidade (desvio padrão).

Analisar-se-á, também, o peso relativo de cada um dos indicadores em análise no setor Q – atividades de saúde humana e ação social em relação ao total da economia (ou seja, para todos os setores) de forma a perceber como evoluiu o comportamento do setor em relação ao economia, no seu todo, e ao longo do tempo. Serão calculadas taxas de crescimento anuais e médias para melhor compreender o fenómeno em análise de 2010 a 2018 e ao longo de 2018, para os indicadores disponibilizados pelo GEP.

Os resultados são apresentados no formato de tabelas e alguns poderão ser visualizados graficamente.

3. Análise Empírica

3.1 Evolução do Número de Empresas e Pessoal ao Serviço no Setor de Saúde Humana e Ação Social

Antes de iniciar a análise dos indicadores estatísticos referentes a acidentes de trabalho e riscos de saúde no setor das atividades de saúde humana e ação social é importante perceber como evoluiu, ao longo do tempo, o número de empresas dedicadas a este tipo de atividades assim como o número de pessoal ao serviço, para que se perceba como evoluiu o setor em termos de importância económica e como atividade que emprega um conjunto vasto de trabalhadores.

Note-se que, de acordo com o glossário disponibilizado pela Pordata, base de dados referente a Portugal contemporâneo, “uma actividade resulta de uma combinação de recursos, tais como equipamentos, mão-de-obra, técnicas de fabricação, redes de informação e produtos, que conduzem à criação de bens ou de serviços determinados. Qualquer actividade se caracteriza por

uma entrada de produtos (bens ou serviços), um processo de produção e uma saída de produtos. Um ramo de actividade agrupa as unidades de actividade económica ao nível local que exercem uma actividade económica idêntica ou similar” Pordata (2020).

Tal como explicado anteriormente (secção de metodologia) o ramo atividade que agrupa as atividades dedicadas à saúde humana e ação social é o Q. A evolução do número de empresas neste ramo de atividade desde 1990 a 2019 apresenta-se na Tabela 3. Note-se que por empresas se entendem as organizações privadas com ou sem fins lucrativos.

Tabela 3. Evolução do nº de empresas ativas no setor das atividade de saúde humana e ação social

Anos	Atividades de saúde humana e apoio social				
	Total	Nº de empresas	Peso no total	Taxa de crescimento anual	Taxa de crescimento médio
	N	N	%	%	%
1990	388 892	2 568	0,66	---	
1991	385 565	2 709	0,70	5,49	
1992	381 695	2 780	0,73	2,62	9,24
1993	392 134	3 808	0,97	36,98	
1994	390 767	4 216	1,08	10,71	
1995	387 772	3 994	1,03	-5,27	
1996	600 597	5 018	0,84	25,64	
1997	581 387	5 091	0,88	1,45	
1998	571 580	5 676	0,99	11,49	
1999	617 563	6 909	1,12	21,72	11,10
2000	621 173	7 779	1,25	12,59	
2001	593 574	8 159	1,37	4,88	
2002	645 198	10 000	1,55	22,56	
2003	668 849	10 484	1,57	4,84	
2004	1 115 456	62 941	5,64	500,35	
2005	1 151 610	66 225	5,75	5,22	
2006	1 172 219	69 028	5,89	4,23	5,90
2007	1 234 633	73 771	5,98	6,87	
2008	1 261 452	79 151	6,27	7,29	
2009	1 223 578	82 028	6,70	3,63	
2010	1 168 265	82 897	7,10	1,06	
2011	1 136 256	83 323	7,33	0,51	
2012	1 086 915	81 883	7,53	-1,73	
2013	1 119 447	81 530	7,28	-0,43	2,00
2014	1 147 154	83 703	7,30	2,67	
2015	1 181 406	86 978	7,36	3,91	
2016	1 214 206	90 728	7,47	4,31	
2017	1 260 436	94 740	7,52	4,42	
2018	1 295 299	98 006	7,57	3,45	
2019	---	100 750	---	2,80	---

Notas: Quebras de série em 1996, 2004 e 2008; Os valores para 2019 referem-se a projeções

Fonte: Elaboração própria utilizando os dados disponibilizados pelo Pordata (2020) com base no INE - Inquérito Anual às Empresas (até 2003) e Sistema de Contas Integradas das Empresas (a partir de 2004)

Na Tabela 3 é possível comparar o nº de empresas ativas no setor da saúde humana e acção social com o nº de empresas ativas no total da economia, durante o mesmo período de tempo, e, desta forma, verificar qual o peso relativo do setor na economia, a taxa de crescimento anual do número de empresas no setor Q e a taxa de crescimento médio no setor, para 4 períodos de tempo divididos pelas quebras de série que ocorreram no período em causa¹.

Este setor apresenta um nº de empresas igual a 2 568, correspondente a 0,66% do número de empresas totais da economia em 1990. Em 2019, projeta-se que o setor Q seja constituído por cerca de 100 000 empresas. Em 2018, as 98 006 empresas registadas no setor Q correspondiam já a cerca de 7,5% do total de empresas na economia portuguesa. Este crescimento no peso do setor Q no total das empresas a operar na economia portuguesa mostra a importância crescente do setor ao longo de 3 décadas. Mesmo que se deva olhar estes valores com algum cuidado, dada as quebras de série acima referidas, é notório que desde 2004, o setor apresentou um crescimento significativo no total das empresas a operar na economia portuguesa. De 2004 a 2008, observa-se um crescimento médio de quase 6% no número de empresas neste setor. De 2009 a 2018 o crescimento médio mesmo que positivo (2%) não é tão significativo mas não se deve esquecer que neste período a economia portuguesa atravessou uma crise económico financeira com consequências na atividade económica.

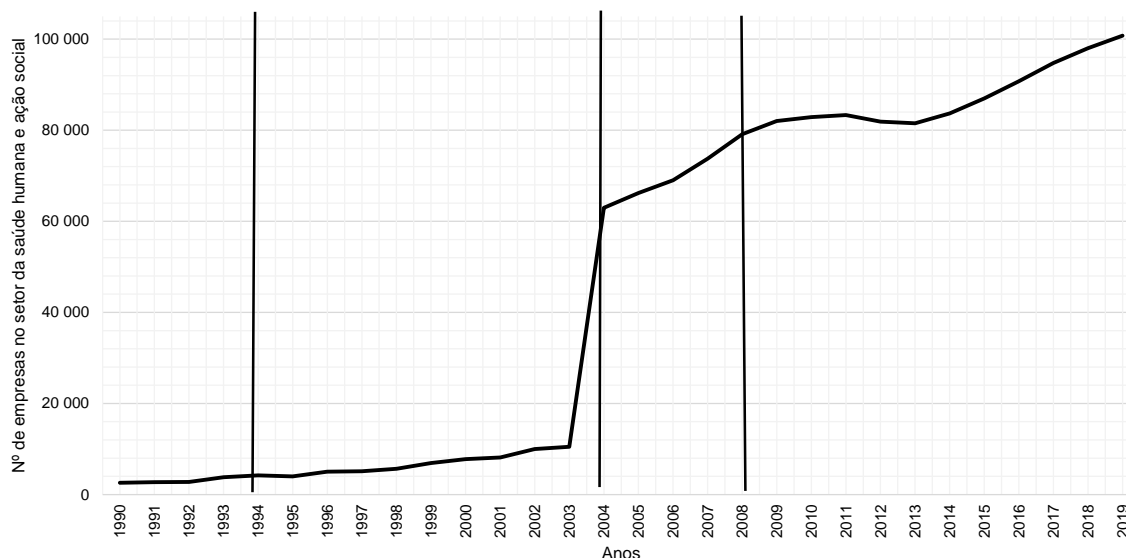


Figura 5. Evolução da taxa de crescimento do nº de empresas ativas no setor das atividades de saúde humana e ação social

Fonte: Elaboração própria utilizando os dados disponibilizados pelo Pordata (2020) com base no INE - Inquérito Anual às Empresas (até 2003) e Sistema de Contas Integradas das Empresas (a partir de 2004)

¹ Explicação das alterações/quebras de série: 1996 - Alteração da Classificação das Actividades Económicas (CAE): Rev.1 até 1995 e Rev.2 a partir de 1996; 2004 - Alteração do tipo de operação estatística e da Classificação das Actividades Económicas (CAE): até 2003, é utilizada a CAE Rev.2.1 e os dados são obtidos por inquérito amostral (Inquérito Anual às Empresas); a partir de 2004, é utilizada a CAE Rev.3 e os dados são obtidos por recenseamento administrativo (Sistema de Contas Integradas das Empresas); 2008 - Com a introdução do novo Sistema Europeu de Contas (SEC 2010) houve alterações na delimitação do sector empresarial, pelo que se procedeu a uma revisão da série das estatísticas das empresas a partir de 2008 (Pordata, 2020).

O crescimento anual, do número de empresas no setor Q visualiza-se na Figura 5, onde é notório o crescimento mais intenso a partir de 2003.

A análise que se realizou anteriormente para o nº de empresas ativas no setor das atividades de saúde humana e acção social deve ser feita para o número de pessoal ao serviço nestas atividades, já que a segurança e a saúde no trabalho afeta os trabalhadores e é esta a temática deste trabalho de investigação. Entende-se por pessoal ao serviço “o número de pessoas que contribuem para a actividade de uma empresa ou instituição, tais como empregados, gerentes ou familiares não remunerados”, de acordo com o glossário do Pordata (Pordata, 2020).

A Tabela 4 apresenta o nº de pessoas ao serviço nas empresas ativas no setor da saúde humana e acção social de 1990 a 2019, o nº de pessoal ao serviço nas empresas ativas no total da economia, durante o mesmo período de tempo. Apresenta, ainda o peso relativo de pessoas ao serviço no setor comparando com o total de pessoas ao serviço em todas as empresas da economia, a taxa de crescimento anual do número de pessoas ao serviço no setor Q e a taxa de crescimento médio deste indicador no setor, para 4 períodos de tempo divididos pelas quebras de série que ocorreram no período em causa .

Verifica-se que, em 1990 o setor tinha ao seu serviço quase 15 000 pessoas. No total da economia eram quase 2 milhões e quinhentas mil pessoas ao serviço em todas as atividades. Assim, o setor Q ocupava 0,61% das pessoas aos serviço na economia. Este valor relativo era muito semelhante ao valor relativos das empresas do setor no total de empresas da economia, como se viu anteriormente. Em 2018, o setor das atividades de saúde humana e acção social tinha ao seu serviço cerca de 170 mil pessoas, o que representava 4,59% do pessoal ao serviço em todas as empresas registadas e ativas na totalidade da economia portuguesa. Em 2019 preve-se que o pessoal ao serviço chegue quase às 200 mil pessoas. A importância do setor cresceu nas 3 últimas décadas,

Nos quatro períodos de tempo em que se divide a série temporal, devido a qubras de série, verifica-se que de 1990 a 1995 o nº de pessoas ao serviço creseceu em média 7,37%. No período seguinte, de 1996 a 2003, o crescimento chega quase aos 19%. DE 2004 a 2008, o valor de crescimento médio foi negativo e igual a 2,53% o que resultou de um crescimento abrupto no de 2003 para 2004 e de um decréscimo acentuado de 2007 para 2008. A série de dados é mais estável no período de 2009 a 2018 onde a média de crescimento foi de 3,16%, com uma única quebra de 2011 a 2012 (a taxa de crescimento anual foi de menos 0,87%) – um período de crise económica e financeira na economia portuguesa.

Tabela 4. Evolução do nº de pessoas ao serviço nas empresas ativas no setor das atividade de saúde humana e ação social

Anos	Atividades de saúde humana e apoio social				
	Nº de pessoas ao serviço (total)	Nº de pessoas ao serviço	Peso no total	Taxa de crescimento anual	Taxa de crescimento médio
	N	N	%	%	%
1990	2 441 717	14 979	0,61	---	
1991	2 514 261	15 200	0,60	1,48	
1992	2 453 790	16 650	0,68	9,54	7,37
1993	2 474 934	19 517	0,79	17,22	
1994	2 494 612	20 433	0,82	4,69	
1995	2 433 465	21 377	0,88	4,62	
1996	3 116 544	26 373	0,85	23,37	
1997	3 162 822	27 206	0,86	3,16	
1998	3 193 570	35 589	1,11	30,81	
1999	3 194 976	40 226	1,26	13,03	18,87
2000	3 068 419	39 715	1,29	-1,27	
2001	3 116 351	44 451	1,43	11,92	
2002	3 196 016	48 577	1,52	9,28	
2003	3 233 258	88 463	2,74	82,11	
2004	3 782 612	151 666	4,01	71,45	
2005	3 845 990	159 051	4,14	4,87	
2006	3 932 480	177 482	4,51	11,59	-2,53
2007	4 088 863	200 973	4,92	13,24	
2008	4 074 417	136 872	3,36	-31,90	
2009	3 946 237	144 101	3,65	5,28	
2010	3 844 036	148 033	3,85	2,73	
2011	3 741 633	150 617	4,03	1,75	
2012	3 511 719	149 303	4,25	-0,87	
2013	3 480 731	150 020	4,31	0,48	3,16
2014	3 548 584	154 415	4,35	2,93	
2015	3 676 464	162 178	4,41	5,03	
2016	3 800 110	170 461	4,49	5,11	
2017	3 985 479	180 291	4,52	5,77	
2018	4 154 185	190 739	4,59	5,80	
2019	---	199 555	---	4,62	---

Notas: Quebras de série em 1996, 2004 e 2008; Os valores para 2019 referem-se a projeções

Fonte: Elaboração própria utilizando os dados disponibilizados pelo Pordata (2020) com base no INE - Inquérito Anual às Empresas (até 2003) e Sistema de Contas Integradas das Empresas (a partir de 2004)

As taxas de crescimento anuais do nº de pessoal ao serviço, de 1990 a 2019, no setor Q pode visualizar-se na Figura 6. Aqui é possível visualizar que o período entre 2004 e 2008 foi um período mais instável e o período de 2008 a 2019 foi um período de crescimento de pessoas ao serviço no setor.

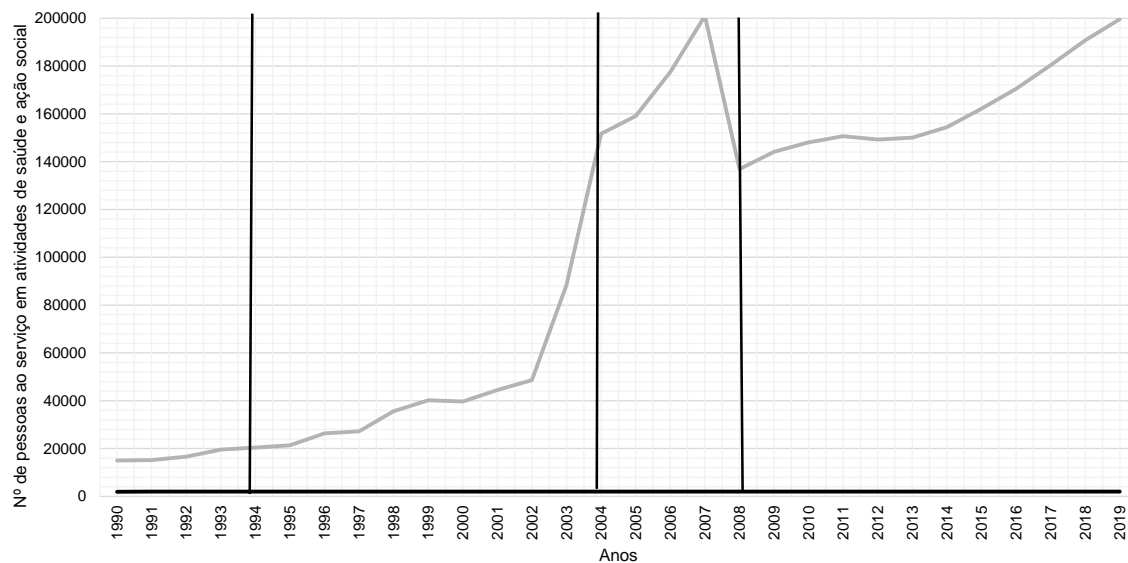


Figura 6. Evolução da taxa de crescimento do nº de pessoal ao serviço nas empresas ativas no setor das atividades de saúde humana e ação social

Fonte: Elaboração própria utilizando os dados disponibilizados pelo Pordata (2020) com base no INE - Inquérito Anual às Empresas (até 2003) e Sistema de Contas Integradas das Empresas (a partir de 2004)

Um dos fatores de crescimento tanto no número de empresas como no número de pessoal ao serviço no setor das atividades de saúde humana e apoio social poderá estar relacionado com o índice de envelhecimento (ou seja, com a relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (INE, 2013)), em Portugal que passou de 100,1% em 2001 para 161,3% em 2019 (PORDATA, 2020). Por outro lado, a expectativa de vida aumentou na maioria dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE). Atualmente, países com maior rendimento e investimento em saúde tendem a ter uma expectativa de vida mais longa (OECD, 2017) o que induz há procura de bens e serviços fornecidos por atividades de saúde humana e apoio social.

O envelhecimento é uma conquista, consequência dos progressos económicos, sociais e biomédicos, quer para os indivíduos, quer para as sociedades. Viver mais significa estar exposto a riscos, como a vulnerabilidade do estado de saúde, o isolamento social e a solidão, a dependência física, mental e, também, económica e a estigmatização (Cabral et al., 2013). Assim, a área de envelhecimento têm-se destacado devido às repercussões nos diferentes domínios da estrutura social, económica, política e cultural das sociedades atuais (Moreira, & Nogueira, 2008).

Segundo Gomes e Mata (2012), o cuidar de uma população que envelhece é um desafio por essa faixa etária acarretar doenças crónicas e incapacitantes quando comparado com outros grupos etários, acrescentando as necessidades de serviços de saúde e sociais. Ao longo da vida, as pessoas defrontam-se com situações que podem gerar um desequilíbrio entre as necessidades de cuidado e os recursos pessoais. Nestas ocasiões é necessário apelar para a ajuda dos cuidadores.

Não é novidade a importância do papel dos cuidadores informais na vida do idoso. Contudo, é necessário, e não menos importante, conhecer e ter acesso aos cuidados prestados pelos cuidadores formais. Não são raras as vezes que estes prestam cuidados de forma incansável sem que, no entanto, o seu esforço seja devidamente reconhecido. O envelhecimento em contexto institucional (ERPI, centros de dia, centros de noite) teve, como reflexo, a necessidade de criar um novo grupo profissional, onde se destacam os cuidadores que prestam cuidados a estas pessoas - os cuidadores formais (Floriano, Azevedo, Reiners, & Sudré, 2012).

Face ao acima exposto, os números acima apresentados fazem sentido e, daí, o crescimento do número de pessoal aos serviços nas empresas ativas no setor das atividades de saúde humana e ação social.

3.2 Evolução dos Acidentes de Trabalho no Setor da Saúde Humana e Ação Social

3.2.1 A evolução dos indicadores de acidentes de trabalho no período de 2010 a 2018

Tal como explicado na secção de metodologia, vão ser apresentados e analisados os indicadores de acidentes de trabalho e risco de saúde definidos pela Organização Internacional do Trabalho, para Portugal no período que decorre de 2013 a 2018. Esses indicadores são: (1) o número de dias perdidos devido a incapacidade temporária; (2) o número de lesões profissionais (acidentes de trabalho) não fatais; (3) o número de lesões profissionais (acidentes de trabalho) fatais; (4) a taxa de incidência não fatal (de acidentes de trabalho não fatais) por 100 000 trabalhadores; e. (5) a taxa de incidência fatal (de acidentes de trabalho fatais) por 100 000 trabalhadores.

A Tabela 5 apresenta o nº de casos anuais para cada um dos indicadores no total da economia portuguesa e apenas para o setor de atividades de saúde humana e ação social. Apresenta ainda o peso do setor Q, para cada um dos indicadores, no total da atividade da economia portuguesa. Adicionalmente, mas apenas para os indicadores que medem o número de dias perdidos devido a incapacidade temporária e o número de acidentes de trabalho não fatais, é calculada a taxa de crescimento anual do indicador assim como a taxa de crescimento médio no período de 9 anos entre 2013 e 2019. Para os restantes indicadores o reduzido nº de casos não permite o cálculo de valores com expressão numérica significativa.

Note-se que apesar de existirem séries estatísticas para estes indicadores que remontam a 2010, não existem dados para Portugal, para o setor das atividades humanas e ação social, anteriores a 2013, tal como se observa na Tabela 5.

Tabela 5. Evolução dos indicadores de acidentes de trabalho e risco de saúde em Portugal de 2010 a 2018

Anos	Dias perdidos devido a casos de acidentes de trabalho com incapacidade temporária para o trabalho				Casos de acidentes de trabalho não-fatais				Casos de acidentes de trabalho fatais		Acidentes de trabalho fatais por 100 000 trabalhadores		Acidentes de trabalho não-fatais por 100 000 trabalhadores	
	Total das atividades	Atividades no setor da saúde e ação social	Peso no total	Taxa de crescimento médio	Total das atividades	Atividades no setor da saúde e ação social	Peso no total	Taxa de crescimento médio	Total das atividades	Atividades no setor da saúde e ação social	Total das atividades	Atividades no setor da saúde e ação social	Total das atividades	Atividades no setor da saúde e ação social
	N	N	%	%	N	N	%	%	N	N	N	N/100 000	N	N/100 000
2010	2 770 138	---			130 271	---			204	---	4,1	---	2 616,8	---
2011	2 662 554	---			125 912	---			192	---	5,1	---	3 322,2	---
2012	2 403 239	---			113 179	---			169	---	4,8	---	3 215,6	---
2013	2 617 130	156 210	6,0		123 137	7 144	5,8		160	1	3,6	0,3	2 780,0	1 938,8
2014	2 768 085	175 287	6,3		130 153	8 312	6,4		160	1	3,6	0,3	2 892,6	2 184,6
2015	2 858 942	189 317	6,6	2,9	134 378	8 939	6,7	4,3	161	0	3,5	0,0	2 954,2	2 211,7
2016	2 859 801	235 379	8,2		135 033	10 515	7,8		138	0	---	---	---	---
2017	2 862 904	205 260	7,2		135 488	9 343	6,9		140	1	---	---	---	---
2018	2 659 401	180 575	6,8		130 434	8 837	6,8		103	0	---	---	---	---

Notas: valores resultantes dos registos nas atividades seguradoras

Fonte: Elaboração própria utilizando os dados publicado pela ILO (2020)

O setor Q representa desde 2013 cerca de 6% do total de dias perdidos na economia portuguesa. Ou seja, cerca de 6% dos dias durante os quais os trabalhadores, em Portugal, se encontraram temporariamente incapacitados e não puderam trabalhar, correspondem a trabalhadores de atividades de saúde humana e ação social. Este valor cresceu, em média, 2,9% de 2013 a 2018, e em 2018 representa quase 7% dos dias de trabalho perdidos. Em 2018 foram mais de 180 mil os dias de trabalho perdidos neste setor.

Felizmente, apenas se registaram 3 acidentes de trabalho fatais no setor das atividades de saúde humana e ação social (um em 2013, outro em 2014 e finalmente um em 2017). A taxa de incidência destes acidentes é extremamente reduzida.

Os acidentes de trabalho resultaram maioritariamente em lesões profissionais não fatais – foram 7 144 casos em 2013 e 8 837 em 2018. Em 2013 este valor correspondeu a 5,8% dos acidentes de trabalho não fatais ocorridos na economia portuguesa enquanto o valor registado em 2018 correspondeu a 6,8% da totalidade de acidentes de trabalho não fatais registados na economia portuguesa. Em média o número de acidentes de trabalho não fatais cresceu 4,3% ao ano no período de 6 anos entre 2013 e 2018. A taxa de incidência, apenas disponível para os anos de 2013, 2014 e 2015, foi de cerca de 2 000 casos por 100 000 trabalhadores, em cada um dos anos referidos.

Estes valores crescentes devem ser tidos em consideração nas políticas de gestão de risco de unidades que operam na área da saúde humana e ação social já que valores crescentes de acidentes não são uma novidade. Já em 2014, Mendes e Areosa (2014, p. 26) referiam que “em Portugal, de acordo com dados da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), publicados em 2007, os hospitais são as instituições onde ocorrem maior número de acidentes de trabalho (...) número de acidentes de trabalho ocorridos nas instituições de saúde tem vindo a aumentar, sendo o hospital a instituição que apresentou a taxa média de crescimento anual mais elevada”.

3.2.2 Análise dos acidentes de trabalho no setor das atividades de saúde humana e ação social em 2018

O Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho, da Solidariedade e Segurança Social compila anualmente informação relativa aos acidentes de trabalho, disponibilizando a informação por setor de atividade. Considerando que em 2018 mais informação passou a ser disponibilizada e sendo este o último ano para o qual existe informação estatística vai apresentar-se, de seguida uma análise exploratória relativas aos acidentes de trabalho no setor de atividades de saúde humana e ação social (setor Q), comparando com os valores disponíveis para a toda a economia (total).

As Tabelas 6, 7 e 9 apresentam a distribuição absoluta e relativa dos acidentes de trabalho registados em 2018 considerando as variáveis sociodemográficas referentes ao sexo do trabalhador, faixa etária e nacionalidade. Estes acidentes referem-se apenas a acidentes não-

mortais por não ter ocorrido qualquer acidentes fatal no setor Q durante o ano de 2018. A Tabela 6 apresenta os valores relativos a acidentes de trabalho, por sexo do trabalhador.

Tabela 6. Acidentes de trabalho nas atividades de saúde humana e ação social por sexo

Acidentes de trabalho por sexo	Total	Homens		Mulheres	
	N	N	Peso relativo (%)	N	Peso relativo (%)
Total	195 761	126 354	64,5	69 407	35,5
Setor Q	16 576	2 085	12,6	14 491	87,4
Peso do setor Q no total	8,5	1,7		20,9	

Fonte: Elaboração própria com base na informação publicada pelo GEP (2020)

Os acidentes de trabalho não fatais no setor Q (cerca de 16,5 mil) representam 8,5% do total de acidentes ocorridos nas atividades realizadas no país em 2018 (quase 200 mil acidentes reportados). Se no total da economia portuguesa os homens foram os que mais sofreram acidentes (64,5% do acidentes tiveram como vítimas os trabalhadores do sexo masculino), no setor das atividades de saúde humana e ação social a situação inverte-se – cerca de 87% dos acidentes têm como vítimas as mulheres e estas vítimas femininas representam quase 21% das vítimas femininas de acidentes ocorridos em toda a economia (os acidentes envolvendo trabalhadores masculinos representam menos de 2% do acidentes total com homens na economia).

Esta situação é paradigmática do facto de este ser um setor eminentemente “feminino”, ou seja, um setor em que o peso da mulher é o resultado de um visão mais tradicional de que a mulher é a “cuidadora”. Colomé et al. (2011), já referiam que a tarefa de cuidar se encontra-se associada à figura feminina o que deriva de raízes históricas, culturais, sociais e afetivas. Villar (2009) e Jani Le Bris (1994, cit. por Carvalho, 2015) afirma que 80% dos cuidadores e profissionais de saúde são do género feminino. Contudo esta tendência têm vindo a mudar, apesar de ainda se notar, claramente, a forte presença feminina neste setor.

Na Tabela 7 é possível observar a distribuição absoluta e relativa dos acidentes de trabalho no setor Q, por faixa etária. Consideram-se cinco faixas etárias e adicionalmente acrescenta-se uma categoria referente a situações ocorridas em trabalhadores cuja idade não foi reportada (“desconhecido”) – esta categoria faz sentido ser incluída já que se observa que para quase 4% dos trabalhadores acidentados no setor Q se desconhece a idade.

Tabela 7. Acidentes de trabalho nas atividades de saúde humana e ação social por escalão etário

Acidentes de trabalho por idade	Total	Menos de 18 anos		18 a 34 anos		35 a 54 anos		55 a 64 anos		65 e mais anos		Desconhecido	
	N	N	Peso relativo (%)	N	Peso relativo (%)	N	Peso relativo (%)	N	Peso relativo (%)	N	Peso relativo (%)	N	Peso relativo (%)
Total	195 761	199	,1	60 620	31,	94 783	48,4	26 812	13,7	3 083	1,6	10 264	5,2
Setor Q	16 576	1	,	4 709	28,4	8 387	50,6	2 606	15,7	219	1,3	654	3,9
Peso do setor Q no total	8,5	,5		7,8		8,8		9,7		7,1		6,4	

Fonte: Elaboração própria com base na informação publicada pelo GEP (2020)

Observa-se que este não é um setor para trabalhadores com mais idade, ou pelo menos essa situação não é “visível” em termos de acidentes de trabalho. É na faixa etária dos trabalhadores com idades compreendidas entre os 35 e os 54 anos que se verificam mais acidentes – quase 51% do total do acidentes do setor Q, muito em linha com o que se verifica na economia como um todo. Segue-se a faixa etária daqueles com idades compreendidas entre os 18 e os 34 anos – 28,4% dos acidentes do setor Q e só depois surge a faixa etária que compreende idades entre os 55 e os 64 anos (15,7%). Uma distribuição relativa semelhante observa-se para a totalidade da economia. Note-se que na faixa etária de 65 e mais anos (1,3%) embora se verifique uma percentagem relativamente baixa de acidentes de trabalho em relação as outras faixas etárias, esse cenário poderá ter tendência a mudar. Com o aumento da idade progressivo da reforma e a permissão de se poder trabalhar até aos 70 anos, acreditasse-se que o aumento da percentagem dos acidentes de trabalho será notória nesta faixa etária, devendo-se pensar em ações de sensibilização para a ocorrência de acidentes de trabalho.

No que respeita à nacionalidade, a distribuição realiza-se entre tabalhadores de nacionalidade portuguesa e de outras nacionalidades, sendo que se acrescenta uma coluna para trabalhadores cuja nacionalidade é desconhecida (Tabela 8).

Tabela 8. Acidentes de trabalho nas atividades de saúde humana e ação social por nacionalidade

Acidentes de trabalho por nacionalidade	Total	Portugal		Outro		Ignorado	
	N	N	Peso relativo (%)	N	Peso relativo (%)	N	Peso relativo (%)
Total	195 761	181 282	92,6	1 408	,7	10 236	5,2
Setor Q	16 576	15 628	94,3	62	,4	682	4,1
Peso do setor Q no total	8,5	8,6		4,4		6,7	

Fonte: Elaboração própria com base na informação publicada pelo GEP (2020)

Observa-se na tabela anterior que 94% dos acidentes registados ocorrem com trabalhadores nacionais. Os restantes apresentam origem desconhecida (4,1%) sendo residual os acidentes de trabalho ocorridos com trabalhadores de outras nacionalidades (0,4%, ou seja 62 acidentes). Apesar de não se apresentar na tabela dado o seu valor residual sabe-se que nestas outras nacionalidades estão representados trabalhadores, essencialmente, dos países de língua oficial portuguesa (PALOP). Destaca-se, por ordem, de nº de acidentes o Brasil, Cabo Verde, Angola, Guiné-Bissau e São Tomé e Príncipe. Para justificar a baixa percentagem de acidentes de trabalho ocorridos nos trabalhadores estrangeiros será justo referir que este poderá ser um setor que emprega muito emigrantes de forma menos “legal” sem que sejam realizados os devidos contratos de trabalho já que muitos não possuem a documentação legal que permite a sua permanência no país. Esta situação gera, em consequência, a omissão de acidentes de trabalho e daí uma baixa percentagem de acidentes declarados. Esse fator poderá ser mais comum do que o desejável. Acontece diariamente, pois estes trabalhadores mesmo que “ilegalmente” precisam de um trabalho para o sustento próprio sujeitando-se a riscos desnecessários.

Tendo em consideração as características das empresas onde se realizam as atividades de saúde humana e ação social, é possível observar a distribuição absoluta e relativa dos acidentes de trabalho por dimensão da empresa onde ocorrem as atividades do setor Q (Tabela 9). São apresentados dois escalões referentes a pequenas empresas (empresas até 49 trabalhadores) – um escalão para as micro empresas (até 9 trabalhadores) e um escalão para as restantes – um escalão para as médias empresas (de 50 a 249 trabalhadores) e dois escalões para grandes empresas (com 250 ou mais trabalhadores). Adiciona-se, ainda um escalão referente a empresas para as quais a dimensão é ignorada.

Tabela 9. Acidentes de trabalho nas atividades de saúde humana e ação social por dimensão das empresas

Acidentes de trabalho por dimensão	Total	1 a 9 pessoas		10 a 49 pessoas		50 a 249 pessoas		250 a 499 pessoas		500 e mais pessoas		Ignorado	
	N	N	Peso relativo (%)	N	Peso relativo (%)	N	Peso relativo (%)	N	Peso relativo (%)	N	Peso relativo (%)	N	Peso relativo (%)
Total	195 761	41 941	21,4	47 831	24,4	44 997	23,	14 280	7,3	41 219	21,1	5 493	2,8
Setor Q	16 576	978	5,9	2 853	17,2	4 922	29,7	1 377	8,3	6 100	36,8	346	2,1
Peso do setor Q no total	8,5	2,3		6,		10,9		9,6		14,8		6,3	

Fonte: Elaboração própria com base na informação publicada pelo GEP (2020)

Na Tabela 9 é possível verificar que é no segundo escalão das grandes empresas (neste caso, nas empresas com 500 ou mais trabalhadores) que ocorrem mais acidentes – quase 37% do total de acidentes que ocorrem no setor Q. Seguem-se as empresas de dimensão média, onde ocorrerem quase 30% dos acidentes de trabalho. Só depois se seguem as pequenas empresas (17,2%), as grandes empresas com 250 a 499 trabalhadores (8,3%) e, por fim, as micro empresas (5,9%). Esta distribuição não segue a distribuição de acidentes para toda a economia onde são as pequenas empresas e micro empresas a registar maiores valores de acidentes de trabalho. Esta diferente constatação para o setor Q e a totalidade da economia explica-se pela tipologia de empresas registadas nesta atividade – por exemplo, hospitais, clínicas e estruturas residenciais para idosos, que empregam um conjunto vasto de pessoas, ao contrário de outros setores de atividade onde a maioria das empresas possui menor dimensão. É neste escalão (médias empresas), também, que se enquadra a maioria das estruturas residenciais para idosos (ERPis). Essas estruturas residenciais ou lares, como são habitualmente conhecidos, são constituídas por equipas de multidisciplinares empregando vários funcionários, desde os diretores técnicos aos auxiliares de limpeza. Pode-se dizer que esses funcionários se inserem nos setores de atividade onde ocorrem uma grande vulnerabilidade de riscos físicos e emocionais que geram os acidentes de trabalho.

Relativamente à categoria profissional apresenta-se a distribuição de acidentes de trabalho por diferentes categorias profissionais (situação profissional): trabalhadores por conta de outrem, trabalhadores por conta própria ou empregador, familiar não remunerado, estagiário, praticante ou aprendiz, outros e ignorado (Tabela 10).

Tabela 10. Acidentes de trabalho nas atividades de saúde humana e ação social por situação profissional

Acidentes de trabalho por situação profissional	Total	Trab. por conta de outrem		Trab. por conta própria ou empregador		Familiar não remunerado		Estagiário		Praticante ou aprendiz		Outro		Ignorado		
	N	N	Peso relativo (%)	N	Peso relativo (%)	N	Peso relativo (%)	N	Peso relativo (%)	N	Peso relativo (%)	N	Peso relativo (%)	N	Peso relativo (%)	
Total	195 761	144 501	73,8	38 920	19,9	126	,1	956	,5	1 476	,8	7 208	3,7	2574	1,3	
Setor Q	16 576	12 443	75,1	3 214	19,4	15	,1	52	,3	157	,9	475	2,9	220	1,3	
Peso do setor Q no total	8,5	8,6		8,3				11,9		5,4		10,6		6,6		8,5

Fonte: Elaboração própria com base na informação publicada pelo GEP (2020)

Tanto no total da economia como no setor Q, a grande maioria dos acidentes de trabalho ocorre em trabalhadores por conta de outrem (74% no total e 75% no setor Q). Também o nº de acidentes de trabalho em trabalhadores por conta própria segue o mesmo padrão tanto no setor Q como na economia (cerca de 20% dos acidentes). No resto das categorias o nº de acidentes apresenta um valor residual.

Na Tabela 11, é apresentada a distribuição dos acidentes de trabalho por local onde ocorreram. Considerando as particularidades do setor da saúde humana e ação social foram evidenciados locais como zonas industriais, locais de atividade terciária, escritórios e diversos, os estabelecimentos de saúde, domicílio, locais públicos e locais de atividades desportivas. Restantes locais foram agregados em outros.

Tabela 11. Acidentes de trabalho nas atividades de saúde humana e ação social por tipo de local de ocorrência

Acidente de trabalho por tipo de local	Total	Zona industrial		Local de atividade terciária, escritório, entretenimento, diversos		Estabelecimento de saúde		Local público		Domicílio		Local de atividade desportiva		Outros		Nenhuma informação	
	N	N	Peso relativo (%)	N	Peso relativo (%)	N	Peso relativo (%)	N	Peso relativo (%)	N	Peso relativo (%)	N	Peso relativo (%)	N	Peso relativo (%)	N	Peso relativo (%)
Total	195 761	66 469	34,0	21 094	10,8	8 748	4,5	9 279	4,7	2 407	1,2	1 676	,9	23 928	12,2	62 160	31,8
Setor Q	16 576	796	4,8	2 043	12,33	7 380	44,52	530	3,2	564	3,4	72	,43	250	1,51	4 941	29,8
Peso do setor Q no total	8,5	1,2		9,7		84,4		5,7		23,4		4,3		1,0		7,9	

Fonte: Elaboração própria com base na informação publicada pelo GEP (2020)

Como seria expectável, neste setor é nos estabelecimentos de saúde que ocorre a grande maioria dos acidentes de trabalho no setor Q (44,52% contra apenas 4,5% no total de atividades exercidas na economia). Ou seja, a grande maioria dos acidentes que ocorrem em estabelecimentos de saúde,

no total da economia portuguesa, ocorrem em atividades inseridas no setor Q (quase 85% de acidentes). Os restantes acidentes ocorrem depois, na sua maioria, em locais de atividade terciária, escritórios, locais de entretenimento e diversos (12,3% no setor Q).

Apesar de apresentarem um peso relativo baixo no total dos acidentes que ocorrem no setor Q, os acidentes que ocorrem no domicílio, neste setor, têm um peso elevado na economia portuguesa (23,4% do total de acidentes que ocorre em domicílio), o que deve ser tido em consideração em políticas de gestão dos riscos profissionais no setor da saúde humana e ação social.

Outro aspeto fundamental na análise dos riscos profissionais é o tipo de atividade física que esteve na origem do acidente de trabalho. Na Tabela 12 é possível observar a distribuição de acidentes por tipo de atividade física. Aqui inclui-se a operação de máquinas, o trabalho com ferramentas de mão, manipulação de objetos, movimento, transporte manual ou condução, entre outros. Infelizmente ainda há acidentes para os quais não existe informação sobre a atividade física realizada, o que é preocupante por este desconhecimento não permitir agir sobre as causas dos acidentes. Esta situação. Como se observa na tabela, esta situação é particularmente preocupante no setor da saúde humana e ação social ao representar 28% do total de acidentes.

Tabela 12. Acidentes de trabalho nas atividades de saúde humana e ação social por atividade física

Acidente de trabalho por atividade física	Total	Operação de máquina		Trabalho com ferramentas de mão		Condução / presença a bordo de um meio de transporte		Manipulação de objetos		Transporte manual		Movimento		Presença		Nenhuma informação	
		N	N	Peso relativo (%)	N	Peso relativo (%)	N	Peso relativo (%)	N	Peso relativo (%)	N	Peso relativo (%)	N	Peso relativo (%)	N	Peso relativo (%)	N
Total	195761	19951	10,2	24303	12,4	5771	2,9	37864	19,3	18845	9,6	42943	21,9	1078	,6	45006	23,0
Setor Q	16 576	366	2,2	1 005	6,1	286	1,7	3 062	18,5	1 882	11,4	5 181	31,3	139	,8	4 655	28,1
Peso do setor Q no total	8,5	1,8		4,1		5,0		8,1		10,0		12,1		12,9		10,3	

Fonte: Elaboração própria com base na informação publicada pelo GEP (2020)

Neste setor, 31% dos acidentes devem-se a movimentos realizados, seguindo-se as atividades desconhecidas (28%), o transporte manual (11,4%) e a manipulação de objetos (18,5%). Esta distribuição era também expectável para um setor que lida com a saúde humana e a ação social e onde o transporte de pessoas, os movimentos realizados e a manipulação de objetos podem ser, efetivamente, atividades físicas com elevado risco para os profissionais.

Para complementar a informação anterior é possível acrescentar informação sobre o desvio existente relativamente a uma situação normal que esteve na causa dos acidentes que ocorreram em 2018 no setor da saúde humana e ação social. Cerca de 31% dos acidentes no setor Q (ou seja, 5 152 acidentes) ocorreram, em 2018, devido a movimentos do corpo do profissional (sujeitos. Ou não, a constrangimento físico), cerca de 17% (2 803) ocorreram devido a escorregamento ou hesitação seguida de queda ou á própria queda do profissional e quase 6% (991 ocorrências) devido

à perda de controlo de máquina, meio transporte, equipamento que estava a ser manuseado ou ferramenta manual ou objeto. Infelizmente, para cerca de 39% dos acidentes não existe qualquer informação sobre a causa física direta do mesmo o que dificulta qualquer iniciativa para gerir riscos e evitar acidentes no setor.

Os acidentes de trabalho podem ser ainda discriminados em termos do contacto que os gerou. No setor Q, em 2018, não existiu informação para o contacto na origem de 43,5% dos acidentes de trabalho no setor. Para os acidentes para os quais foi dada informação sobre o agente de contacto salienta-se que 17,5% dos acidentes se deveram a constrangimento físico do corpo ou a constrangimento psíquico, cerca de 12% a contacto com agente material cortante afiado e áspero e quase 10% a esmagamento em movimento vertical/horizontal sobre/contra objeto imóvel. Outras situações de acidentes (com valores abaixo dos 10% e por ordem de importância) referem-se: (i) a pancada por objeto em movimento ou colisão com objeto em movimento, (ii) a contacto com corrente elétrica, temperatura ou substância perigosa, (iii) mordedura ou pontapé e (iv) esmagamento.

Os acidentes trazem consigo consequências físicas, para os trabalhadores acidentados, mas também económicas, tal como referido na componente teórica.

Em termos físicos, várias podem ser as consequências, no entanto no setor Q, cerca de 16% dos acidentes provocaram lesões que se registaram como desconhecidas. Sobre as lesões conhecidas deve salientar-se, em 2018, a feridas e lesões superficiais (45% das lesões) e as deslocações, entorses e distensões (28% das lesões). As restantes lesões dividem-se em percentagem inferior a 3, cada, por: (i) fraturas, concussões e lesões internas, (ii) queimaduras, escaldadura e congelação, (iii) choques e lesões múltiplas, (iv) envenenamento (intoxicação) e infeções, e (v) outras lesões.

Os resultados anteriores têm consequências em termos económicos, tanto pela perda de produtividade direta como pela ausência ao trabalho que gera mais perda de produtividade nas atividades em concreto e na economia, em geral. De acordo com Chagas (2015), em 2015 estimava-se que na União Europeia, os custos dos acidentes de trabalho e doenças profissionais, para a maioria dos países, estavam compreendidos entre os 2,6% e os 3,8% do Produto Interno Bruto.

Em termos económicos pode-se falar, em termos estatísticos, de dias perdidos. A Tabela 13, apresenta a distribuição dos dias de ausência em seis escalões: 1 a 3 dias, 4 a 6 dias, 7 a 13 dias, 14 a 20 dias, 21 a 29 dias e de 30 a 365 dias. Acrescenta-se uma coluna para acidentes que não originaram, em 2018, dias de ausência ao trabalho.

Tabela 13. Acidentes de trabalho nas atividades de saúde humana e ação social por atividade física

Acidentes de trabalho segundo o escalão de dias perdidos	Total	Sem dias de ausência		1 a 3 dias		4 a 6 dias		7 a 13 dias		14 a 20 dias		21 a 29 dias		30 a 365 dias	
	N	N	Peso relativo (%)	N	Peso relativo (%)	N	Peso relativo (%)	N	Peso relativo (%)	N	Peso relativo (%)	N	Peso relativo (%)	N	Peso relativo (%)
Total	195 658	58 317	29,8	6 907	3,5	12 951	6,6	36 348	18,6	22 852	11,7	16 278	8,3	42 005	21,5
Setor Q	16 576	7 326	44,2	413	2,5	913	5,5	2 397	14,5	1 498	9,	1 122	6,8	2 907	17,5
Peso do setor Q no total	8,5	12,6		6,0		7,0		6,6		6,6		6,9		6,9	

Fonte: Elaboração própria com base na informação publicada pelo GEP (2020)

Na tabela anterior é possível observar que os acidentes no setor de atividades de saúde humana e ação social não causam ausências ao trabalho em cerca de 44% dos acidentes ocorridos. Este valor é superior ao que acontece na totalidade da economia – onde apenas cerca de 30% dos acidentes não geram dias de ausência. No entanto, quando os dias de ausência ocorrem a duração da ausência é longa no setor Q. Um total de 17,5% dos acidentes ocorridos no setor implicam dias de ausência iguais ou superiores a 30 dias. Na economia como um todo este valor ascende aos 21,5%. Seguem-se, depois, as ausências que duram de 7 a 13 dias, tanto para o setor Q como para a totalidades das atividades na economia. Por fim, deve referir-se que os dias de ausência provocados por acidentes no setor Q, correspondem a cerca de 6% a 7% das ausências ao trabalho, qualquer que seja o escalão de duração da ausência, das ausências ao trabalho para a totalidade da economia portuguesa em 2018.

O conhecimento destes valores é fundamental já que “as consequências dos acidentes de trabalho reflectem-se nos custos para as famílias e para as empresas, nomeadamente, em dias de absentismo, pagamento de indemnizações, pensões de invalidez, entre outros. Um maior investimento na prevenção de acidentes de trabalho e doenças profissionais permite a redução dos custos económicos a médio e longo prazo, contribuindo também para a melhoria do desempenho de uma organização, tanto ao nível da produção, como da qualidade do trabalho desenvolvido” (Mendes & Areosa, 2014, p. 7).

Conclusões, Limitações e Futuras Linhas de Investigação

A análise dos riscos profissionais, dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais tem-se destacado na gestão das organizações que percebem que os acidentes e as doenças profissionais geram custos (diretos e indiretos) não só para os profissionais acidentados mas, também, para as próprias organizações devido a dias de ausência do trabalhador e conseqüente perda de produtividade e rentabilidade. Assim, os acidentes e doenças profissionais devem ser cada vez mais considerados numa perspectiva de gestão de forma a serem controlados e eliminados.

Nos capítulos anteriores percebe-se que existem várias condicionantes ao nível laboral que levam a implicações na saúde e bem-estar dos profissionais tendo-se destacado os agentes físicos, os agentes biológicos, os agentes químicos, os agentes ergonómicos e os psicossociais. Foi ainda possível perceber, pela revisão da literatura, o forte impacto que os riscos psicossociais (*stress*, *burnout*, violência e assédios) têm causado no dia-a-dia dos profissionais não somente em termos laborais como pessoalmente, no seio familiar e social. Estes riscos psicossociais se existentes

em várias profissões parecem ser aspetos fundamentais para os profissionais de saúde humana e ação social – o ato de cuidar de alguém não é algo simples e mecânico como em outras profissões, tornando estes profissionais muito vulneráveis a riscos profissionais e a acidentes de trabalho.

Infelizmente, não existem dados para o número e impacto das doenças profissionais nos profissionais de saúde – são conhecidos apenas alguns estudos de caso cuja informação foi recolhida através de questionários aos profissionais. O que se encontra disponível publicamente são os dados registados pelas seguradoras dos acidentes de trabalho por setores económicos, incluindo o setor que agrega as atividades de saúde humana e ação social.

Estes dados permitem verificar que o número de acidentes no setor das atividades de saúde humana e ação social tem aumentado, talvez em resultado do crescente número de empresas ativas neste setor e do número de pessoal ao serviço. A taxa de incidência de acidentes não mortais por 100 000 trabalhadores cresceu desde 2014. Por outro lado, analisando com mais detalhe o ano de 2018, percebe-se que este sendo um setor “feminino” também são as mulheres as que sofrem relativamente mais acidentes. Estes acontecem essencialmente em estabelecimentos de saúde, de dimensão média a grande, com trabalhadores de origem portuguesa e com idades entre os 35 e 54 anos. Os desvios e a origem de contacto são muitas vezes não reportadas, assim como as consequências. Este desconhecimento não permite uma adequada gestão dos riscos e a eliminação dos mesmos. Em termos de dias de ausência ao trabalho a maioria dos acidentes no setor (tal como para toda a economia portuguesa) não geram dias de ausência mas quando acontecem podem durar 30 ou mais dias

Ao longo dos capítulos anteriores foram reconhecidas algumas limitações a este trabalho de investigação. A atual situação pandémica (com graves consequências operacionais nas atividades de saúde humana e ação social) impediu a recolha de informação primária sobre riscos profissionais levando a adoção meramente dos dados secundários disponíveis publicamente. Assim, reconhece-se que a menor disponibilidade de informação tenha limitado as conclusões que ficarão aquém da realidade dos riscos profissionais a que estão sujeitos os profissionais de saúde. O facto de apenas se ter informação agregada, por setor de atividade, não permitiu, também, uma maior amplitude da análise.

No entanto, este estudo, evidencia a necessidade de criação de mais trabalhos de investigação relacionadas com os riscos profissionais em profissionais de saúde, tendo como foco de atenção os riscos gerais e psicossociais e os fatores de risco associados ao surgimento de novas patologias relativas ao desempenho do trabalho laboral. Assim, considera-se pertinente explorar em eventuais futuros trabalhos a temática como forma de sensibilizar e promover um ambiente laboral com riscos e acidentes controláveis.

Referências Bibliográficas

- ACT (2015). Autoridade para as Condições do Trabalho. Disponível em http://www.actionlive.pt/docs/publicacoesact/AF_ergonomicos_web.pdf.
- ACT (2020). Autoridade para as condições do trabalho: Quem somos. Disponível em [https://www.act.gov.pt/\(ptPT\)/SobreACT/QuemSomos/Missao/Paginas/default.aspx](https://www.act.gov.pt/(ptPT)/SobreACT/QuemSomos/Missao/Paginas/default.aspx)
- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2009). *Novos riscos emergentes para segurança e saúde no trabalho*. Disponível em <https://osha.europa.eu/pt/publications/summary-annual-report-2009>. Acedido a 16 de Novembro de 2020.
- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no trabalho [EU- OSHA] (2020). *Quadro estratégico da União Europeia para Saúde e Segurança no Trabalho*. Disponível em <http://osha.europa.eu>. Acedido a 16 de Novembro de 2020.
- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho [EU-OSHA] (2014). *Cálculo do custo do stress e dos riscos psicossociais relacionados com o trabalho*. Luxemburgo: EUOSHA.
- Alves, P. M. (2014). A importância da participação dos trabalhadores em segurança e saúde no trabalho. in H. V. Neto, J. Areosa, & P. Arezes (eds.), *Manual sobre riscos psicossociais no trabalho* (pp. 91-112). Vila do Conde: Civeri Publishing.
- Areosa, J. (2011). Riscos ocupacionais da Imagiologia: estudo de caso num hospital português. *Tempo Social*, 23(2), 297-318.
- Areosa, J. (2017). Burnout - Um processo de desumanização como autodefesa. *Revista Segurança*. 239, 29-33.
- Areosa, J., & Carapineiro, G. (2008). Quando a imagem é profissão: profissões da imagiologia em contexto hospitalar. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 57, 83-108.
- Areosa, J., & Dwyer, T. (2010). Acidentes de trabalho: uma abordagem sociológica. *Configurações*, 7, 107-128. DOI: 10.4000/configuracoes.213
- Areosa, J., & Iranise, J. (2018). Stress e trabalho: percepções de docentes terapeutas ocupacionais do Brasil e Portugal. *International Journal on Working Conditions*, 16, 103-106.
- Arrabaço, M. F. (2008). Acidentes de Serviço em Profissionais de Saúde: Identificação, Representações e Comportamentos face à Exposição Microbiológica Acidental. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Lisboa: Universidade Aberta.
- Bastista, J. B. V., Carlotto, M. S., Coutinho, A. S. & Augusto, L. G. S. (2010). Prevalência da Síndrome de Burnout e fatores sociodemográficos e laborais em professores de escolas municipais da cidade de João Pessoa. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 13 (3), 502-512.
- Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (2020). *Classificação de Risco dos Agentes Biológicos* (3ª ed.). Disponível em https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/classificacao_risco_agentes_biologicos_3ed.pdf.

Bureau Internacional do Trabalho (2019). *Segurança e saúde no centro do futuro do trabalho: tirando partido de 100 anos de experiência*. Organização Internacional do Trabalho. Disponível em https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---ilo-lisbon/documents/publication/wcms_690142.pdf

Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A. Da, Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Carvalho, M. (2015). *Serviço Social com Famílias*. Lisboa: Editora Pactor

Casteilón, A (2011). Occupational violence in nursing: explanations and coping strategies. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 19(1), 156-163.

Centro de Prevenção e Reabilitação de Gaia [CPRG] (2005). *Acidentes de Trabalho e Doenças profissionais em Portugal. Riscos profissionais: Fatores e Desafios*. Relatório elaborado no âmbito do estudo. CPRG.

CGTP (2017). Confederação Geral dos Trabalhadores Portugueses. Disponível em <http://www.cgtp.pt/segurancaesaude/legislacao>.

Chagas, D. (2015). Os custos dos acidentes de trabalho e doença profissionais. SAFEMED – O Blog de Segurança e Saúde no Trabalho. Disponível em <http://blog.safemed.pt/download/Dina-Chagas-Os-custos-dos-acidentes-de-trabalho-e-doencas-profissionais.pdf>

Chambel, D. A. A. (2016). *Trabalhar com idosos institucionalizados. Análise dos níveis de sobrecarga dos cuidadores formais*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia e Saúde. Portalegre: Escola Superior de Saúde de Portalegre.

CITE (2020). Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego. <http://cite.gov.pt/pt/acite/dirdevtrab005.html>.

CNRLDP (2019). Comissão Nacional de revisão da lista de doenças profissionais. Disponível em <http://www.cgtp.pt/seguranca-e-saude/noticias/12854-reactivacao-da-comissaonacionalderevisaoda-lista-das-doencas-profissionais>.

Cocco, E. (2010). How much is geriatric caregivers burnout caring-specific? Questions from a questionnaire survey. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 6, 66-71. DOI: 10.2174/1745017901006010066

Coelho, J. A. (2009). *Gestão Preventiva de Riscos Psicossociais no Trabalho em Hospitais no Quadro da União Europeia*. Tese de Doutoramento em Ciências Sociais. Porto: Universidade Fernando Pessoa.

Coelho, J. A. (2010). *Prevenção de riscos psicossociais no trabalho em hospitais*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa

Colomé, I. C. S., Marqui, A. B. T., Jahn, A. C., Resta, D. G., Carli, R., Winck, M. T., & Ora, T. T. D. (2008). Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11(2), 306-312.

Conto, F. (2013). Estresse laboral e suas implicações no processo de cuidar e do autocuidado da equipe de enfermagem. Dissertação de Mestrado em Gestão Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.

Correa, M. S. (2015). Análise dos Efeitos do Estresse Crônico e do Envelhecimento sobre a Cognição de Cuidadores Familiares de Pacientes com Doença de Alzheimer e sua Relação com os Níveis de Cortisol, DHEA e BDNF. Tese de Doutorado em Ciências Biológicas. Porto Alegre: Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Cox, T., Leka, S., & Kortum, E. (2010). Psychosocial risks and work-related stress in developing countries: health impact, priorities, barriers and solutions. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*. 23(3), 99-119.

Decreto Regulamentar n.º 6/2001 de 5 de Maio. Diário da República n.º 104/2001 - Série I-B Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade.

Decreto Regulamentar nº76/2007, de 17 de Julho. Diário da República n.º 136/2007, Série I de 2007- Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social

Decreto-Lei n.º 503/99, de 20 de Novembro. Diário da República n.º 271/1999, Série I-A. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros

Departamento de Saúde Pública [DSP] (2009). Gestão dos Riscos Profissionais em Estabelecimentos de Saúde. Disponível em <https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/documentosdiversos/gestao-dos-riscos-profissionais-nos-estabelecimentos-de-saude-pdf.aspx>.

Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho (2011). Frequência da organização da segurança e saúde no trabalho. Disponível em http://www.ugt.pt/SST_12_06_2012.pdf

Direção Geral da Saúde [DGS] (2017). Programa Nacional de Saúde Ocupacional. Disponível em <https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/organizacaoedeservicosde-saude-do-trabalho/requisitos-de-organizacao-efuncionamento/atividades/gestaodoriscoprofissional.aspx>

Direção Geral da Saúde [DGS] (2020). Saúde Ambiental, Riscos químicos e Biológicos. Disponível em <https://www.dgs.pt/saude-ambiental/areasdeintervencao/riscos-quimicos-e-biologicos/riscos-quimicos-e-biologicos--substanciasquimicasexistentes.aspx>.

Dominguez, T. H. F. (2014). Construção de uma grelha de avaliação dos riscos psicossociais; caso do Centro Hospitalar de Luta contra o Cancro de Nice. França, Dissertação de mestrado. Lisboa: Instituto Superior de Economia e Gestão.

Evers, W., Tomic, W., & Brouwers, A. (2001). Effects of aggressive behavior and perceived self efficacy on burnout among staff of homes for the elderly. *Issues in Mental Health Nursing*, 22, 439454. doi:10.1080/01612840151136975

Evers, W., Tomic, W., & Brouwers, A. (2002). Aggressive behaviour and burnout among staff of homes for the elderly. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11, 2-9. doi:10.1046/j.14400979.2002.00219.x

Floriano, L. A., Azevedo, R. C. D. S., Reiners, A. A. O., & Sudré, M. R. S. (2012). Cuidado Realizado Pelo Cuidador Familiar ao Idoso Dependente, em Domicílio, no Contexto da Estratégia de Saúde da Família. *Texto E Contexto Enfermagem*, 21(3), 543 – 548. doi:10.1590/S0104-07072012000300008

Fragoso V. (2008) Humanização dos cuidados a prestar ao idoso institucionalizado. *Revista IGT*, 5(8), 51-61. Disponível em: <http://www.igt.psc.br>

Freitas, L. C. (2008). *Manual de Segurança e Saúde no Trabalho*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Gabinete de Estratégia e Planeamento [GEP] (2007). Causas e circunstâncias dos acidentes de trabalho em Portugal: Alguns factores determinantes dos acidentes de trabalho nos sectores económicos com maior densidade de emprego e maior incidência. *Coleção Cogitum*, 27. Ministério do Trabalho e Solidariedade Social.

Gabinete de Estratégia e Planeamento [GEP] (2020a). Acidentes de Trabalho. Ministério do Trabalho, da Solidariedade e Segurança Social. Disponível em <http://www.gep.mtsss.gov.pt/web/gep/estatisticas-antiores?categoryId=11369>

Gabinete de Estratégia e Planeamento [GEP] (2020b). Estatísticas em Síntese: Acidentes de Trabalho. Ministério do Trabalho, da Solidariedade e Segurança Social. Disponível em <http://www.gep.mtsss.gov.pt/documents/10182/26338/at2018sint.pdf/0aa4b28a-6e9b40ef-a5c4-2db566b325e7>

Gomes, & Mata, A. (2012). Teoria e Prática da Gerontologia (Um guia para cuidadores de idosos), (1ª ed.). Viseu.

Heinrich, H. W. (1931). *Industrial accident prevention: a scientific approach*. New York: McGraw Hill.

Inspeção Geral das Atividades em Saúde [IGAS] (2018). Manual de Segurança e Saúde no Trabalho. Disponível em http://www.igas.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/04/Manual_Seguranca_e_saude_no_trabalho.pdf.

Instituto Nacional de Estatística [INE] (2007). Classificação Portuguesa das Actividades Económicas Rev.3. Disponível em https://www.ine.pt/ine_novidades/semin/cae/CAE_REV_3.pdf

Instituto Nacional de Estatística [INE] (2015). Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia [Informação à comunicação social]. Instituto Nacional de Estatística Web site.

International Labour Organization [ILO] (2020). Statistics on safety and health at work. Disponível em <https://ilostat.ilo.org/topics/safety-and-health-at-work/>

Johnson, S. (2009). International perspectives on workplace bullying among nurses: a review. *International Council of Nurses*, 34- 40.

Koerich, M. S., Sousa, F.G. M., Silva, C. R. L. D., Ferreira, L. A. P., Carraro, T. E., Pires D. E. P (2006). Biossegurança, risco e vulnerabilidade: reflexões para o processo de viver humano dos profissionais de saúde. Disponível em <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/564/129>.

Lewis, M.(2006). Nurse bullying: organizational considerations in the maintenance and perpetration of health care bullying cultures. *Journal of Nursing Management*, 14, 52- 58.

Lubkin, I., & Larsen, P (2006). *Chronic Illness- Impact and Intervention* (7ª ed.). London: Jones & Bartlett Learning

M.; Bodier,M. (2011). Mesurer les facteurs psychosociaux de risqué au travail pour les maitrisier (Relatório do Collège d'Expertise sur le Suivi des Risques Psychosociaux au travail).

Manual do cuidador (2019). *Guia dos Cuidadores, Cuidador informal*. Disponível em https://eportugal.gov.pt/documents/20142/18888649/Guia_dos_cuidadores.pdf/e186e9fb-6490-be93-e34f-8cc495748300?t=1570527106124.

Mata, A. & Rodriguez (2012). Teoria e Prática da Gerontologia (Um guia para cuidadores de idosos), (1ª ed.). Viseu.

Mendes, T., & Areosa, J. (2014). Acidentes de trabalho ocorridos em profissionais de saúde numa instituição hospitalar de Lisboa. *Revista Angolana de Sociologia*, (13), 25-47.

Mendes, M. F., & Oliveira, I. T. (2010). A diferença de esperança de vida entre homens e mulheres: Portugal de 1940 a 2007. *Análise Social*, XLV (194), 115-138

Monteiro, M. S., & Alexandre, N. M. C (2013). *Work ability and low back pain among workers from a public health institution*. Disponível em <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7113>.

Moreira, V., & Nogueira, F.N.N. (2008). Do indesejável ao inevitável: a experiência vivida do estigma de envelhecer na contemporaneidade. *Psicol. USP*, 19(1), 59-79.

Neto, H. V. (2015). Estratégias organizacionais de gestão e intervenção sobre riscos psicossociais do trabalho. *International Journal on Working Conditions*, 9,1-21.

Neto, H., Areosa, J. & Arezes, P. (2014). *Manual sobre Riscos Psicossociais no trabalho*. Porto: Civeri Publishing.

Neto, H., Areosa, J., & Arezes, P. (2017). *Manual sobre Riscos Psicossociais no Trabalho*. Ricot Editions.

Ngai, S. S.-y., & Cheung, C.-k. (2009). Idealism, altruism, career orientation, and emotional exhaustion among social work undergraduates. *Journal of Social Work Education*, 45 (1), 105-121. doi:10.5175/JSWE.2009.200700077

OECD (2017). Health at a glance 2017: OECD Indicators. Paris: OECD Health Policies Studies, Consultado em 22 de janeiro de 2020. <https://doi.org/https://doi.org/10.1787/9789264085107-en>.

Oliveira, A. (2010). *Aspetos do cuidado do idoso e seus cuidadores: uma revisão da literatura*. Formiga, Minas Gerais.

Organização Internacional do Trabalho [OIT] (2010). *Riscos emergentes e novas formas de prevenção num mundo de trabalho em mudança*. Organização internacional do Trabalho. [Online] Disponível em https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---ilo-lisbon/documents/publication/wcms_718134.pdf

Organização Internacional do Trabalho [OIT] (2016). *World Day for Safety and Health at Work 2016 - Workplace Stress: a collective challenge*. Organização Internacional do Trabalho. Disponível em http://www.ilo.org/safework/events/safeday/WCMS_535003/lang--en/index.htm.

Paterson A. D., & Burgess J. M. (2009). *Sustaining Informal Caregivers: New York State Caregiver Support Programs Participants Survey*. New York: State Office for the Aging.

Pernas, J. P. S. (2012). Indicadores de Gestão do Risco: Estudo de Caso. Dissertação de mestrado em Segurança e Higiene no Trabalho. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal.

Pordata (2015). *Base de Dados Portugal Contemporâneo*. Disponível em <https://www.pordata.pt/Portugal>.

Pordata (2020). Glossário: Actividade económica. Disponível em <https://www.pordata.pt/Glossario>

PRIMA-EF (2008). *Gestão de Riscos Psicossociais Modelo Europeu: Macro Política*, http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/97885771102488_por.pdf.

Prodanov, C., & Freitas, E. C. (2013). *Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Académico*. Rio Grande do Sul: Universidade Feevale.

Quintas, P. (2014). *Manual de Direito da Segurança e Saúde no Trabalho* (3ª ed.). Coleção Manuais Profissionais. Coimbra: Almedina

Ramos, S. I. V., & Carvalho, A. J. R. (2011). *Nível de stress e estratégias de coping dos estudantes do 1º ano do ensino universitário de Coimbra*. Disponível em <http://www.psicologia.com.pt>

Reis, V. (2018). *O Envelhecimento Ativo*. Coimbra: Almedina.

Reis, V. (2009). *Acidentes de Trabalho*. Coimbra: Almedina.

Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da Saúde. In J. P. Cruz, S. N. de Jesus., & C. Nunes (coords). *Bem-estar e Qualidade de Vida* (pp. 31-49). Alcochete: Textiverso.

Roxo, M. M. (2012). Cenário Macrossocial e evolução do quadro legislativo. In H. V. Neto, J. Areosa, & P. Arezes (eds.) *Impacto Social dos acidentes de trabalho* (pp. 8-32). Vila do Conde: Civeri Publishing.

Segurança e Saúde no Trabalho (2007). Programas e estratégias relevantes para a Europa. Disponível em <http://europa.eu/>.

Sequeira, C. (2010). Cuidar de idosos com dependência física e mental. Lisboa: Lidel Editora. Silva.

Siewert, J. S., Alvarez, A. M., Jardim, V. L. T., Valcarenghi, R. V. V., & Winters, J. R. F. (2014). Perfil dos Cuidadores Ocupacionais de Idosos. *Revista de Enfermagem*, 8(5), 1128-1135.

Silva, A. R. C. (2017). *Avaliação do nível de notificação dos acidentes de trabalho em Portugal*. Dissertação de Mestrado em Engenharia e Gestão Industrial. Aveiro: Universidade de Aveiro.

Silva, I. L. S., Machado, F. C. A., Ferreora, M. A. F., & Rodrigues, M. P. (2015). Formação Profissional de Cuidador de Idosos Atuantes em Instituições de Longa Permanência. *Holos*, 31(8), 342-356.

Sousa, J., Silva, C., Pacheco, E., Moura, M., & Fabela, S. (2005). *Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais em Portugal - Riscos Profissionais: fatores e desafios*. Estudos CPRG. Disponível em <http://hdl.handle.net/11328/1183>

Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice*. Porto: Editora Ambar.

Teixeira A. (2012). *Bullying no trabalho: percepções e vivências dos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Porto: Universidade do Porto.

Villar, F. (2009). *Discapacidad, dependencia y autonomia en la vejez*. Barcelona: Editorial Aresta SC.

Whkoski, A. et al. (2010). Hospital staff nurses work hours, meal periods and rest breaks. *AAOHN Journal*, 58(11), 489- 497.

Zamora, Z., & Sánchez, Y. (2008). Percepción de sobrecarga y nivel de Burnout en cuidadores formales del adulto mayor institucionalizado. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 13, 127-142. <http://www.redalyc.org/pdf/292/29213110.pdf>

Zohar, D. (2008). Safety climate and beyond: a multi-level multi-climate framework. *Safety Science*, 46, 376-387.