

MESTRADO EM ENGENHARIA SEGURANÇA E HIGIENE OCUPACIONAIS



Tese apresentada para obtenção do grau de Mestre
Engenharia de Segurança e Higiene Ocupacionais
Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto

ESTUDO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS AJUDANTES DE AÇÃO DIRETA EM ESTABELECIMENTOS DE APOIO SOCIAL

Maria Salomé Soares Saavedra da Silva Pinto

Orientador: Professor Doutor Miguel Fernando Tato Diogo

(Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto)

Coorientador: Mestre Aura Maria de Fátima de Sena Rua Soares de Albergaria

(Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto)

Arguente: Professor Doutor José Soares Martins

(Faculdade Fernando Pessoa)

Presidente: Professor Doutor João Manuel Abreu dos Santos Baptista

(Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto)

2012



Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto
Rua Dr. Roberto Frias, s/n 4200-465 Porto PORTUGAL

VoIP/SIP: feup@fe.up.pt

ISN: 3599*654



Telefone: +351 22 508 14 00



Fax: +351 22 508 14 40



URL: <http://www.fe.up.pt>



Correio Electrónico: feup@fe.up.pt

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Miguel Fernando Tato Diogo e ao Mestre Aura Maria de Fátima de Sena Rua Soares de Albergaria, respetivamente orientador e coorientador deste trabalho, o profundo reconhecimento pelas suas disponibilidades, orientações, ensinamentos, motivação, apoio permanente e paciência ao longo de todo este percurso.

Aos representantes da instituição, nomeadamente o Diretor Geral e a técnica responsável dos recursos humanos, que aceitaram e permitiram de bom grado o desenvolvimento do presente estudo.

A todos os profissionais, que prontamente se disponibilizaram para responderem ao inquérito colocado, e sem os quais não seria possível a realização deste trabalho.

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho, transmitindo muita força e ânimo, quer em presença física quer em pensamento.

A todos o meu sincero obrigada.

RESUMO

O envelhecimento da população a ritmo elevado é um fenómeno relevante nas sociedades desenvolvidas. Por conseguinte, as principais valências dirigidas a pessoas idosas, nomeadamente o Centro de Dia, a Residência e Lar de Idosos, e o Serviço de Apoio Domiciliário, apresentam um crescimento exponencial, e conseqüentemente um maior número de trabalhadores são indispensáveis para esse tipo de estabelecimentos.

Na sua singular contribuição, o presente estudo pretende contribuir para a necessária visibilidade dos profissionais que lidam diariamente com idosos em estabelecimentos de apoio social ou equipamentos sociais, designados de Ajudantes de Ação Direta, Ajudantes de Lar e Centro de Dia ou de Assistentes Operacionais, expressando o necessário reconhecimento profissional, melhorando a qualidade de vida no trabalho e a prevenção de riscos ocupacionais. Conseqüentemente, o objetivo geral centrou-se na caracterização das condições de trabalho dos Ajudantes de Ação Direta em Estabelecimentos de Apoio Social, no sentido de delinear, equacionar e apontar estratégias de prevenção de riscos ocupacionais.

Do ponto de vista metodológico a investigação caracterizou-se na definição da problemática e dos objetivos a alcançar, construção de um inquérito com posterior implementação numa instituição particular de solidariedade social. Recolha, tratamento e análise e dados foram as fases seguintes, conduzindo a conclusões imprescindíveis para a conceção das propostas delineadas, quer a nível do profissional em estudo quer a nível da organização.

Na realidade, aquando do tratamento e análise de dados, os resultados evidenciaram vetores necessários de serem examinados, reconhecendo-se a premência de um reconhecimento devido do profissional outorgando a necessária nobreza à profissão que desempenham.

A indefinição do tema abordado, a dispersão regulamentar, uma revisão bibliográfica mais detalhada, permitiriam ponderar novas propostas adicionais geradoras de novas perceções da realidade laboral deste grupo profissional.

Palavras-chave: Estabelecimentos de Apoio Social, Ajudantes de Ação Direta, Idosos, Qualidade de Vida no Trabalho.

ABSTRACT

The aging population is a significant pace a major phenomenon in developed societies. Therefore, the main valences directed at older people, including the Day Centre, the Residence and Home for the Elderly and Home Care Services, have an exponential growth, and consequently a greater number of workers are indispensable for such establishments.

The present study aims to provide the necessary visibility to professionals who deal daily with the elderly in institutions of social support or social services, appointed by the Direct Action Helpers, Helpers Home and Day Centre or Operational Assistant, expressing the need for professional recognition, improving the quality of work life and prevention of occupational risks. Thus, the general objective focused on the characterization of the working conditions of the Helpers of Direct Action in Support of Social Institutions, in order to outline, consider and point out strategies for prevention of occupational risks.

From the methodological point of view the investigation characterized the definition of the problem and achieve goals, build a survey with subsequent implementation in a private social solidarity. Collection, processing and analysis, and data were the following phases, leading to conclusions conception essential to the proposals outlined, both at the professional study both within the organization.

In fact, when processing and analyzing data, the results showed vectors needed to be examined, recognizing the urgency of a due recognition of the professional giving the necessary nobility of the profession they play.

The blurring of the subject, the regulatory dispersion, a more detailed literature review, consider new proposals would generate additional new perceptions of reality work of this professional group.

Keywords: Establishments Social Support, Direct Action Helpers, Elderly, Quality of Working Life.

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	1
1.1	Envelhecimento demográfico	2
1.2	Respostas Sociais	4
2	ESTADO DA ARTE	7
2.1	Enquadramento legal e normativo	7
2.1.1	Legislação	7
2.1.2	Normas	15
2.2	Referenciais Técnicos	16
2.3	Conhecimento Científico	21
2.3.1	O Trabalho, a Saúde	21
2.3.2	A Qualidade de Vida no Trabalho	24
2.3.3	Riscos ocupacionais dos profissionais da área de apoio social	25
2.3.4	Formação em Segurança e Comportamentos de Segurança	34
3	OBJETIVOS E METODOLOGIA	37
3.1	Objetivos da Tese	37
3.2	Metodologia Global de Abordagem	37
3.3	Materiais e Métodos	38
3.3.1	Materiais	38
3.3.2	Métodos	45
4	TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	47
4.1	Tratamento de dados	47
4.2	Análise de dados	55
4.2.1	Doença ou lesão profissional	55
4.2.2	Equipamentos de proteção individual	57
4.2.3	Movimentação Manual de Cargas	59
4.2.4	Utilização de medicamentos ou produtos químicos	60
4.2.5	Formação	60
4.2.6	Carga de trabalho	61
4.2.7	Organização do trabalho: Tarefas	64
4.2.8	Organização do trabalho: Turnos	67

4.2.9	Mudanças na profissão	68
5	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	71
5.1	Denominação da profissão.....	71
5.2	Acesso à profissão: formação e certificação.....	73
5.3	Organização do trabalho: equipas e pausas	77
5.4	Medidas técnicas: ajudas técnicas ou ajudas mecânicas	80
5.5	Síntese das propostas apresentadas.....	84
6	CONCLUSÕES	87
7	PERSPECTIVAS FUTURAS	89
8	BIBLIOGRAFIA	91

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Estrutura população residente em Portugal: grupos etários de 1981 a 2011.....	3
Figura 2– População idosa (≥ 65 anos), população total distrito e concelho (2010).....	5
Figura 3 – Síntese de medidas a adotar por profissionais para redução de lombalgias.....	17
Figura 4 – Solicitações no local de trabalho e capacidades funcionais	18
Figura 5 – Representação esquemática: diferentes fases e desenvolvimento do estudo.	38
Figura 6 – Tipo de doença ou lesão por motivos profissionais	56
Figura 7 – Idade dos indivíduos sofreram de doença ou lesão por motivos profissionais ..	56
Figura 8 – Doença ou lesão por motivos profissionais e tempo de serviço na instituição ..	57
Figura 9 – Tipo de EPI’s utilizados durante a realização das tarefas	58
Figura 10 – Motivo para utilização de EPI’s	58
Figura 11 – Tipo de equipamento utilizado.....	59
Figura 12 – Indicação da carga máxima (Kg) que levanta ou movimento sem ajuda.....	60
Figura 13 – Motivos para ler rótulos/instruções de medicamentos/produtos químicos	60
Figura 14 – Justificação do modo como executa cada tarefa	61
Figura 15 – Tempo trabalho: indivíd. responderam “viu outros trabalhadores fazerem” ...	61
Figura 16 – Locais do corpo onde sentem dor quando terminam o turno de trabalho.	62
Figura 17 – Turno com maior carga de trabalho.	63
Figura 18 – Turno onde sente mais dor e executa tarefas repetidas.	63
Figura 19 – Turno onde sente mais dor, cansaço físico, cansaço psicológico.	64
Figura 20 – Repetição tarefas por turno, ritmo de trabalho e tarefas realizadas por turno..	65
Figura 21 – Organização das tarefas, maior número de trabalhadores por equipa.....	65
Figura 22 – Distribuição por grupos etários respostas relativas organização das tarefas....	66
Figura 23 – Grupo etário (56 – 60) anos: não melhoria de mais trabalhadores por equipa. 66	
Figura 24 – Descansar ou fazer pausas durante o turno de trabalho	67
Figura 25 – Ritmo trabalho elevado, descansar/fazer pausas durante turno de trabalho.....	67
Figura 26 – Cansaço físico e psicológico no final do turno de trabalho.	68
Figura 27 – Alteração ou mudança na profissão, mudar de profissão.....	68
Figura 28 – Caracterização indivíduos mudavam profissão: idade, grau de escolaridade ..	69
Figura 29 – Alterações ou mudanças na profissão indicadas pelos trabalhadores	70
Figura 30 – Pranchas de transferência	83
Figura 31 – Discos giratórios: para o pavimento e para os veículos	83
Figura 32 – Estruturas de transferência	84

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Diretivas Europeias e respetiva Legislação Nacional.....	12
Tabela 2 – Legislação Nacional.....	13
Tabela 3 – Doenças do aparelho locomotor relacionadas com o trabalho	14
Tabela 4 – Principais Normas relacionadas com o contexto real de trabalho	15
Tabela 5 – O Profissional: Questões e aspetos caracterizar	39
Tabela 6 – O Trabalho: Questões, aspetos e fatores de risco a caracterizar.....	40
Tabela 7 – Questões Q.16, Q.17 - Fatores de risco biológico e físico	41
Tabela 8 – Questões Q.18, Q.19 - Fatores de risco Movimentação Manual de Cargas	42
Tabela 9 – Questões Q.20 - Fatores de risco químico	43
Tabela 10 – Questões Q.21 até Q.30 - Fatores de risco psicossocial	44
Tabela 11 – Caracterização demográfica da amostra	47
Tabela 12 – Caracterização profissional da amostra	49
Tabela 13 – Informação sobre doenças ou lesão profissionais.....	50
Tabela 14 – Informação sobre utilização de EPI's	51
Tabela 15 – Informação sobre MMC	51
Tabela 16 – Informação sobre utilização medicamentos/produtos químicos (Químicos) ..	52
Tabela 17 – Informação relativa a formação	52
Tabela 18 – Informação sobre carga de trabalho.....	52
Tabela 19 – Organização do trabalho: tarefas	53
Tabela 20 – Organização do trabalho: turnos	54
Tabela 21 – Mudanças na profissão	55
Tabela 22 – Denominação do profissional segundo a entidade empregadora.....	72
Tabela 23 – Formação e Certificação para acesso à profissão	76
Tabela 24 – Organização do trabalho: equipas e pausas	79
Tabela 25 – Medidas técnicas para MMC: ajudas técnicas ou mecânicas	81
Tabela 26 – Síntese das propostas apresentadas.....	85

GLOSSÁRIO/SIGLAS/ABREVIATURAS/...

ACT – Autoridade para as Condições do Trabalho

ANQ – Agência Nacional para a Qualificação

CEN - Comité Europeu de Normalização

CNPRP - Centro Nacional de Proteção contra Riscos Profissionais

CNQ – Catálogo Nacional de Qualificações

CPP – Classificação Portuguesa das Profissões

DGS – Direção Geral de Saúde

DSP - Departamento de Saúde Pública

EPI – Equipamento de Proteção Individual

EU-OSHA - Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

ISO - Organização Internacional de Normalização

LMERT – Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho

MMC – Movimentação Manual de Cargas

NIOSH - Instituto Nacional para a Segurança e Saúde Ocupacional

NP – Norma Portuguesa

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial de Saúde

OSHA - Administração da Segurança e Saúde Ocupacional

QVT – Qualidade de Vida no Trabalho

SNQ – Sistema Nacional de Qualificações

UE – União Europeia

UMP – União das Misericórdias Portuguesas

1 INTRODUÇÃO

“A qualidade de vida no trabalho tem sido ao longo dos tempos uma preocupação constante do Homem, com a finalidade de tornar as tarefas mais simples e trazer satisfação e bem-estar ao trabalhador” (Di Lascio, 2003). Segundo o mesmo autor, *“Os profissionais procuram a sua auto realização, através de objetivos e metas pessoais que nem sempre estão relacionados às propostas organizacionais. Sabe-se, também, que as pessoas não tomam as mesmas atitudes pelos mesmos motivos e é dentro desse contexto diversificado que se encontram muitos comportamentos regidos pela motivação – força intransferível e individual de cada um”*.

A modernidade trouxe para as instituições de apoio social, competitividade que aliada à instabilidade económica que o mundo enfrenta, gera uma maior necessidade de obter bons resultados a curto prazo, reduzindo os custos, tendo como meta a melhoria da qualidade dos serviços. Assim, as instituições de apoio social cada vez mais apostam na excelência dos cuidados prestados aos utentes/família, exigindo dos profissionais uma atualização permanente face aos constantes avanços científicos. Constata-se no entanto que, nem sempre as condições de trabalho são as mais favoráveis, verificando-se assim sobrecarga de trabalho motivada pelo número insuficiente de profissionais (baixo rácio profissional/utente), instalações e material por vezes desadequado, o recurso a horários acrescidos, entre outros. A ênfase está no resultado, e para isso os fins justificam os meios.

Os profissionais da área de apoio social são considerados profissões de risco devido ao seu conteúdo funcional, expondo diariamente o profissional a riscos de ordem biológica, química, ergonómica e psicossocial, que conseqüentemente contribuem para um grande número de acidentes de serviço e doenças profissionais. Como exemplo, a profissão de enfermagem envolve aspetos particulares e únicos que se prendem com o facto de implicar um ser humano a cuidar de outro (Lino, 2004). Neste contexto o ser humano é simultaneamente objeto e agente do cuidar, e enquanto agente humano é passível de ser influenciado pelas características e elementos ocupacionais do trabalho, ao nível do seu bem-estar físico, mental e social.

Os trabalhadores expostos aos riscos precisam estar informados e capacitados para evitar problemas de saúde, sendo necessário a implementação de métodos de controlo de modo a prevenir acidentes. Os métodos de controlo visam a melhoria da qualidade de vida no trabalho e incluem aspetos como a substituição do agente de risco, controlos de engenharia, práticas de trabalho, equipamentos de proteção pessoal, controlos administrativos e programas de exames médicos. A título de exemplo, as queixas por parte de profissionais de enfermagem são relativamente ao tipo de trabalho que efetuam, as condições em que o fazem e os constantes riscos a que se submetem em prol da saúde de terceiros. São desabafos diários por vezes mal interpretados mas que vão dando voz aos problemas existentes naquele grupo profissional. Na realidade, diariamente vários profissionais acidentam-se no local de trabalho e passam por processos dolorosos ao vivenciarem as conseqüências dos acidentes, e os colegas (meros espectadores) ficam como que à espera que chegue a sua vez, calados sem fazer nada a sofrer pelo colega que na maior parte das vezes até é amigo ou conhecido, como se *“ter um acidente de trabalho fosse uma questão de sorte”*.

Os estudos sobre Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) ainda são relativamente escassos em Portugal. Segundo Pizzoli (2005), *“A verificação de índices de QVT pode trazer informação de fatores que interferem diretamente na satisfação e motivação pessoal e coletiva, com reflexos na excelência da estrutura e do serviço. Um estudo sobre esses elementos permite conhecer como as pessoas se sentem em relação a vários aspetos (tanto internos como externos), da empresa e a partir daí utilizar esses dados, transformando essas informações em bases para a construção de estratégias que promovam o aumento do envolvimento dos trabalhadores.”*

Perante o exposto torna-se premente que os trabalhadores da área de apoio social se preocupem com a implementação de práticas que lhes ofereçam condições seguras para o desempenho da sua atividade laboral. Neste sentido realizou-se uma pesquisa que tem como objetivo dar a necessária visibilidade aos profissionais que lidam diariamente com idosos, designados de Ajudantes de Ação Direta ou Ajudantes de Lar e Centro de Dia ou Assistentes Operacionais, manifestando o indispensável reconhecimento profissional, melhorando a qualidade de vida no trabalho e a prevenção de riscos ocupacionais. Na realidade, são um grupo de profissionais de estabelecimentos de apoio social ou equipamentos sociais, nomeadamente Lares e Idosos e Centros de Dia, não tão (re)conhecidos como os enfermeiros mas imprescindíveis pelos serviços que ministram nessas instituições.

1.1 Envelhecimento demográfico

O envelhecimento da população constitui um dos maiores desafios que se coloca hoje em toda a Europa. A evolução demográfica fez-se sentir na União Europeia, embora com ritmos e contextos diversos de país para país. Apesar destas diferenças, existem tendências comuns a todos: um contínuo aumento da esperança de vida, um decréscimo da taxa de natalidade e um aumento da população com idade superior a sessenta anos. Vários especialistas consideram que o envelhecimento demográfico é o fenómeno mais relevante do século XXI nas sociedades desenvolvidas devido às suas implicações na esfera socioeconómica, para além das modificações que se refletem a nível individual e em novos estilos de vida.

A alteração mais importante da evolução demográfica foi o envelhecimento da população a ritmo elevado que se traduziu numa perda da população jovem (dos zero aos catorze) e num aumento da população idosa. Isto, devido à existência de uma redução da natalidade e da mortalidade e à existência de fortes fluxos migratórios. Da conjugação destes fatores resultou um envelhecimento da população, por envelhecimento na base (diminuição da população jovem) e por envelhecimento no topo (aumento da população idosa).

As projeções da população 2004-2050, segundo o Departamento de Estatística da União Europeia (UE) em Bruxelas, traçam um cenário em que a percentagem de idosos portugueses praticamente duplicará entre 2004 (16,9 por cento da população) e 2050 (31,9 por cento). Os países do sul da Europa registarão as percentagens mais elevadas de pessoas com mais de 65 anos a partir do meio do século, bem como a menor quantidade de trabalhadores. Em 2050,

Portugal será o quarto país da UE a 25 com maior percentagem de idosos, só ultrapassado por Espanha (35,6 por cento), Itália (35,3) e Grécia (32,5).

Segundo Martins (2003), o envelhecimento da população portuguesa tenderá a agravar-se nos anos futuros. Uma ligeira subida da fecundidade, um aumento moderado da esperança de vida e um saldo migratório positivo permite estimar que a população idosa ultrapasse a jovem, no nosso país, perto de 2010-2015. Em 2020, o peso dos idosos será de 18.1%, enquanto a população jovem diminuirá para 16.1%.

Os resultados provisórios dos Censos 2011 publicados pelo Instituto Nacional Estatística (INE), revela que em Portugal, o fenómeno do duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem, continua bem vincado. Há 30 anos, em 1981, cerca de 25% da população pertencia ao grupo etário mais jovem (0-14 anos), e apenas 11,4% estava incluída no grupo etário dos mais idosos (com 65 ou mais anos). Em 2011, Portugal apresentou cerca de 15% da população no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% da população com 65 ou mais anos de idade. Entre 2001 e 2011 verificou-se uma redução da população jovem (0-14 anos de idade) e da população jovem em idade ativa (15-24 anos) de, respetivamente 5,1% e 22,5%. Em contrapartida, aumentou a população idosa (com 65 anos ou mais), cerca de 19,4%, bem como o grupo da população situada entre os 25-64 anos, que cresceu 5,3%.

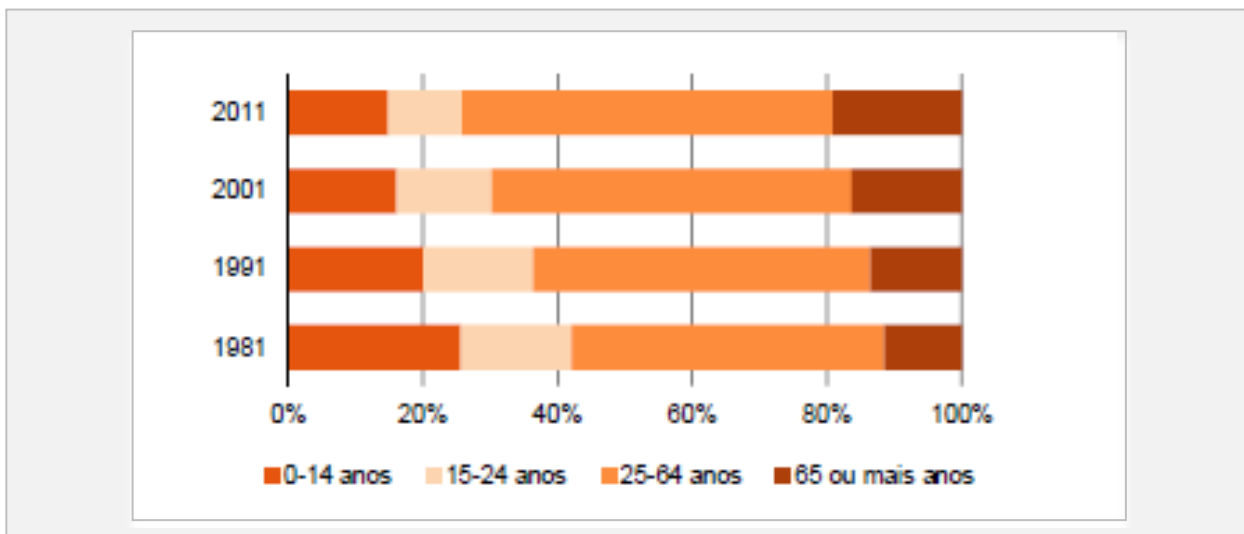


Figura 1 – Estrutura população residente em Portugal: grupos etários de 1981 a 2011

Fonte: Instituto Nacional de Estatística – Censos 2011, Edição 2011

Segundo Fernandes (1997), vivemos em sociedades modernas e envelhecidas. O aumento da longevidade humana tem consequências mais vastas do que aquilo que os números das estatísticas apresentam. O envelhecimento demográfico das populações é uma conquista da sociedade. Porém, os problemas que surgem são adversos à qualidade de vida como questões económicas, a possível perda de autonomia, a cessação antecipada da atividade laboral e o consequente alargamento do tempo de vida inativo.

1.2 Respostas Sociais

Desde o século XV que existem equipamentos para os idosos designados por asilos. A partir dos anos 50 e 60, a sociedade e o Estado deram um novo nome aos asilos substituindo-os por lares de idosos. É nas instituições tradicionais, desde a ação das misericórdias até às mais variadas organizações, que se forma e desenvolve a gestão pública da velhice.

Segundo Fernandes (1997), é só a partir da década de setenta que as instituições criadas são orientadas pelos princípios da prevenção e da integração das pessoas idosas na comunidade.

A proteção social das pessoas idosas, prestada pela Segurança Social, refere-se às reformas por velhice ou doença, pensões sociais, complemento por dependência, complemento solidário. Para além destas prestações, a Segurança Social, através do sistema de ação social, dirige equipamentos e serviços sociais que são as IPSS (Instituições Particulares de Solidariedade Social), Santas Casas da Misericórdia, Lares, Residências Comunitárias, Unidades de Cuidados Continuados, Acolhimento familiar etc.

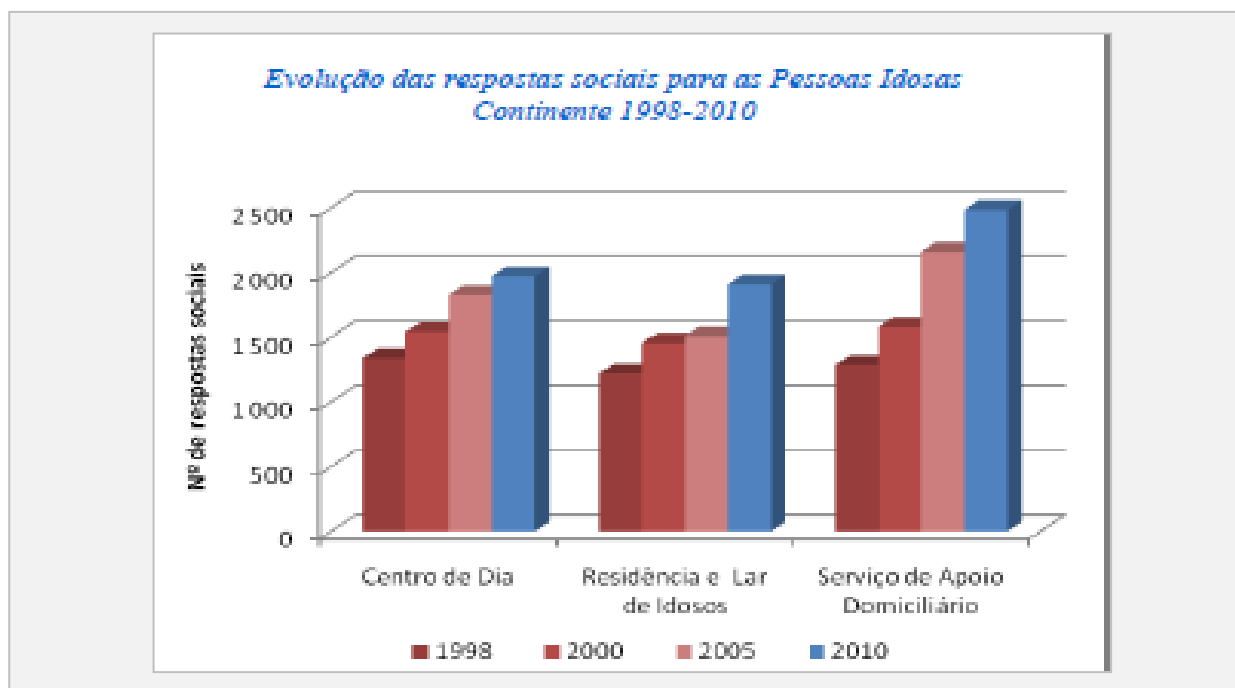


Figura 1 – Evolução das respostas sociais para pessoas idosas em Portugal desde 1998 a 2010.

Fonte: Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos 2010, MSSS

De acordo com a Carta Social do ano 2010, apresentada pelo Ministério da Solidariedade e da Segurança Social (MSSS) realizada pelo gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP), designada por Carta Social da Rede de Serviços e Equipamentos 2010, considera-se equipamento social, toda a estrutura física onde se desenvolvem as diferentes respostas sociais ou estão instalados os serviços de enquadramento a determinadas respostas que se desenvolvem diretamente junto dos utentes. No Continente, as principais valências dirigidas às Pessoas Idosas consideradas que são o Centro de dia, a Residência e Lar de Idosos e o Serviço de Apoio Domiciliário, registam um

aumento exponencial, o que se reflete em mais 2 600 respostas desde 1998, como se pode observar na Figura 1.

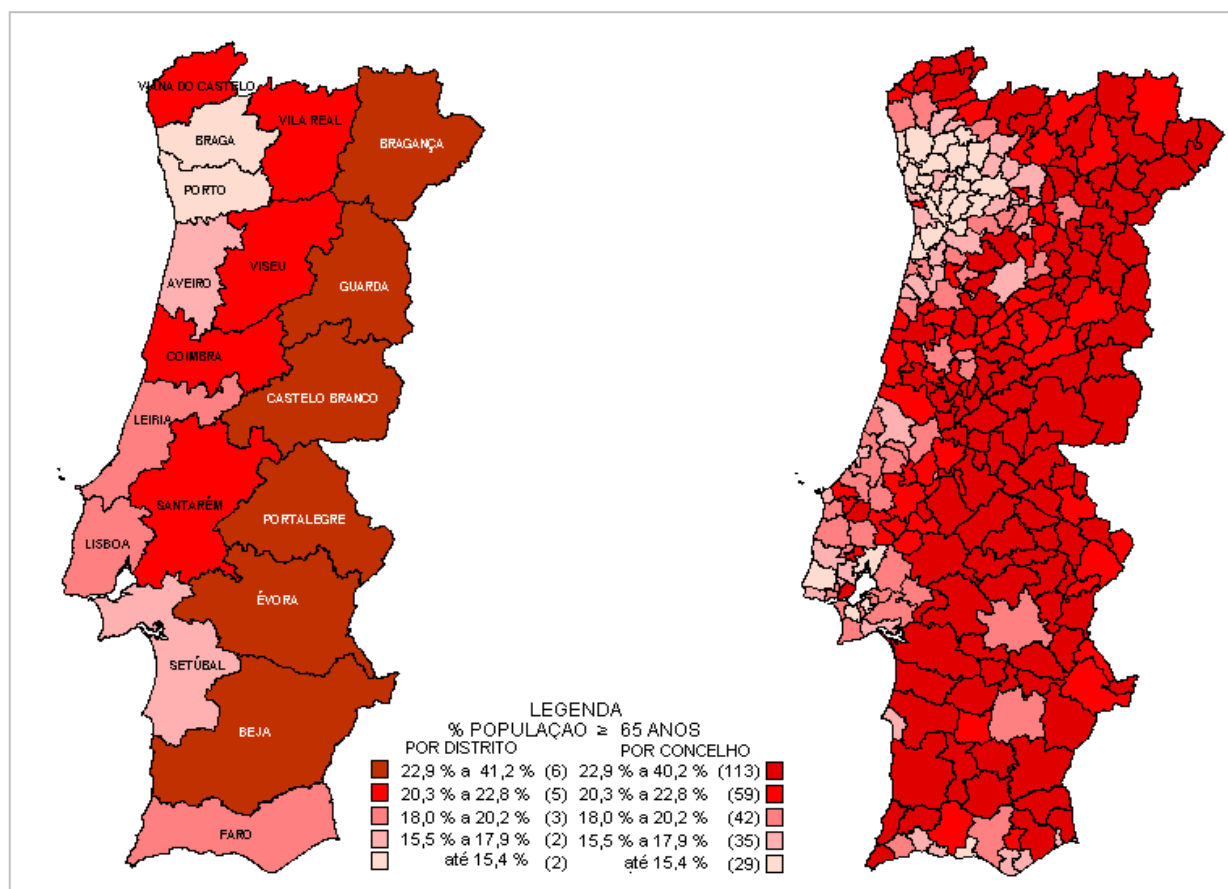


Figura 2– População idosa (≥65 anos), população total distrito e concelho (2010).

Fonte: Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos 2010, MSSS

O Centro de Dia (47,1 %), a Residência e Lar de Idosos (56,6 %), e sobretudo o Serviço de Apoio Domiciliário - SAD (92,9 %) apresentam crescimentos significativos, como resultado do forte investimento público que tem sido realizado nesta área, tendo em vista o aumento da capacidade instalada, e, no caso do SAD, a manutenção do idoso no seu meio habitual de vida. Em consequência deste aumento significativo das respostas sociais, a capacidade de apoio e de serviços também crescem substancialmente, assim como a criação de emprego nesta área

Na análise da relação entre a população idosa e a população total do Continente, torna-se visível o peso que as pessoas com 65 ou mais anos detêm nos distritos/concelhos do interior, como se pode visualizar na Figura 2. Mais jovens, os distritos do litoral, apresentam na sua maioria índices de envelhecimento inferiores à média do Continente (18,4 %). Conforme fonte do INE, a nível nacional, os distritos mais envelhecidos localizam-se no interior destacando-se Bragança, Portalegre e Castelo Branco. Estes são, simultaneamente, os distritos com uma maior taxa de cobertura de respostas sociais para a população. Quanto ao litoral, o índice de envelhecimento é menor nos distritos de Braga, Aveiro, Porto e Lisboa, no entanto, a taxa de cobertura das respostas sociais para idosos não é suficiente em relação à população idosa existente.

2 ESTADO DA ARTE

Aspetos importantes a focar neste capítulo respeitam ao enquadramento legal o normativo das instituições onde se desenvolveu o presente estudo, bem como do profissional enquanto trabalhador exposto diariamente a diversos riscos profissionais.

2.1 Enquadramento legal e normativo

A história da legislação de equipamentos destinados a pessoas idosas é do interesse de todos os que exercem funções na área dos Lares de idosos e de outros serviços destinados a pessoas idosas. Mais do que conhecer os caminhos que a legislação percorreu até hoje, é interessante verificar a evolução da linguagem e dos conceitos. É certo que pouco se evoluiu na prática de cuidados e serviços e as alterações dentro dos equipamentos não acompanharam esta evolução da linguagem da legislação até porque ela própria só alterou essa linguagem e mais não fez.

2.1.1 Legislação

Para um melhor entendimento, foram abordados dois grupos principais referentes a legislação: a diretamente aliada à instituição como local de trabalho e a relacionada com os profissionais em estudo. Na primeira parte é apresentada de forma abreviada a legislação das instituições, seguindo-se a dos profissionais. De forma mais extensa encontra-se explanada no Anexo A uma breve síntese histórica da legislação interligada com as instituições e profissionais.

- **As instituições**

Recuando ao ano de 1968, deparou-se com a primeira legislação sobre lares de idosos, emitida pelo designado Ministério da Saúde e Assistência cujo ministro era o advogado Joaquim de Jesus Santos do último governo presidido por Oliveira Salazar, e que colocou a sua assinatura no primeiro decreto-lei sobre lares de idosos: o Decreto-Lei nº 48 580 de 14 de Setembro de 1968, de referir que se tratou de um sábado. No referido Decreto-Lei, redigido de forma simples, salienta-se a interessante introdução. Desenvolvida em dois parágrafos, é defendida a importância da sua publicação pelo motivo da “(...) *criação de elevado número de estabelecimentos destinados a receber, a título oneroso e lucrativo, crianças antes da idade escolar e pessoas idosas (...)*”, bem como a preocupação com “ *instalações que não oferecem o mínimo de condições de higiene e sem pessoal técnico que assegure um funcionamento satisfatório, apresentando aspetos de gravidade, até no campo moral.*”.

No que diz respeito aos profissionais necessários em cada estabelecimento para concessão do Alvará passado pela Direcção-Geral da Assistência, apenas refere no seu Artigo 3º que será

necessário “(...) o pessoal técnico e auxiliar julgado suficiente para o seu bom funcionamento.”, não existindo a definição da classificação nem do número de profissionais. Posteriormente deparou-se com a Portaria n.º 24 214 de 31 de Julho de 1969, que aprova as instruções para a instalação e funcionamento de lares para pessoas idosas e diminuídas, não existindo no entanto qualquer definição quer da categoria dos profissionais quer do número de profissionais a afetar a cada estabelecimento. Assim, o Decreto-Lei n.º 48 580 de 14 de Setembro de 1968 e a Portaria n.º 24 214 de 31 de Julho de 1969, foram os primeiros diplomas nacionais a estabelecer a sujeição dos equipamentos que se destinam a apoiar pessoas idosas e diminuídas, a licenciamento prévio e à fiscalização do Ministério da Saúde e Assistência, visando assim garantir a qualidade dos serviços prestados, atentos os fins sociais prosseguidos e o seu reflexo no bem-estar social da população. No entanto, o carácter centralizador do referido diploma retirou-lhe, desde logo, muita da sua eficácia, enquanto o decurso do tempo e a modificação estrutural do sector da segurança social levaram ao desfasamento das suas normas da realidade social que pretendiam regular.

Continuando a pesquisa bibliográfica, verificou-se que foram sendo publicados ao longo dos anos seguintes vários diplomas legais, até que no ano de 2007, devido a diversas dificuldades verificadas, lacunas existentes, procedimentos complexos e muito burocráticos, impuseram a alteração substancial do regime em vigor (Decreto-Lei 133-A/97 de 30 de Maio). Por conseguinte, em 2007 foi publicado o Decreto-Lei n.º 64/2007 de 14 de Março que definiu o regime de licenciamento e fiscalização da prestação de serviços e dos estabelecimentos de apoio social em que são exercidas atividades e serviços do âmbito da segurança social relativos a pessoas idosas, entre outros, revogando o anterior diploma com exceção do respetivo Capítulo IV – Regime sancionatório. Este novo diploma, elaborado segundo a vertente da simplificação e desburocratização dos procedimentos, definiu um interlocutor único para o licenciamento dos estabelecimentos de apoio social geridos por entidades privadas, a realização de vistorias conjuntas das entidades competentes, a eliminação da exigência da apresentação de vários documentos, a redução de prazos e a divulgação no sítio da Internet da segurança social dos atos sujeitos a publicação do Diário da República.

No ano de 2010, com a publicação do Decreto-Lei n.º 92/2010 de 26 de Julho foram estabelecidos princípios e regras para simplificar o livre acesso e exercício das atividades de serviços realizadas em território nacional, tendo o citado diploma efetuado a transposição para a ordem jurídica interna da Diretiva n.º 2006/123/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 12 de Dezembro de 2006, relativo aos serviços no mercado interno. Tendo em conta que a citada Diretiva é de aplicação inequívoca aos estabelecimentos de apoio social, por força da menção que consta do anexo ao citado Decreto-Lei, a que alude o n.º 1 do Artigo 3º, foi necessário operar a correspondente conformação do Decreto-Lei n.º 64/2007 de 14 de Março.

Posteriormente, foi publicado o Decreto-Lei n.º 99/2011 de 28 de Setembro, atualmente em vigor, que procedeu à revisão do Decreto-Lei n.º 64/2007 de 14 de Março e republicação do mesmo diploma, onde foram aprofundados os princípios de simplificação e agilização do regime de licenciamento, designadamente no que concerne à autorização de utilização,

eliminação da forma documental especial e a referência expressa ao balcão único eletrónico para a tramitação desmaterializada dos procedimentos. Esta revisão veio permitir uma simplificação e agilização dos regimes de licenciamento das respostas sociais.

As normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento dos lares de idosos continuavam a ser reguladas pelo Despacho Normativo n.º 12/98 de 25 de Fevereiro. Contudo, desajustamentos legislativos faziam com que entidades e instituições se servissem do Guião Técnico para Lar de Idosos, aprovado por Despacho do Secretário de Estado da Inserção Social em 1996, quando pretendiam iniciar atividade neste setor. De forma a uniformizar a legislação existente, garantindo mais e melhores respostas que correspondam às necessidades das pessoas e das famílias, nomeadamente através do aumento do número de vagas sem prejuízo das condições de qualidade e de segurança das pessoas, foi publicada a Portaria n.º 67/2012 de 21 de Março que define as condições de organização, funcionamento e instalação a que devem obedecer as estruturas residenciais para pessoas idosas, revogando o Despacho Normativo n.º 12/98 de 25 de Fevereiro, o Despacho Normativo n.º 30/2006 de 31 de Março e o Despacho Normativo n.º 3/2011 de 16 de Fevereiro.

No que diz respeito a um dos elementos fundamentais de funcionamento destas estruturas residenciais, o pessoal, este novo diploma não foi muito inovador. Na realidade, de acordo com o estipulado no Artigo 12º - Pessoal, é mantido o número de idosos a cargo de cada trabalhador designado de ajudante de ação direta e não foi incluído nenhum item relativo a obrigatoriedade de formação do pessoal como já constava nos anteriores diplomas, situação que deveria estar explícita no citado diploma.

- **Os profissionais**

Um dos pontos principais que ocasionou alguma incerteza e dúvida residiu na panóplia de designações profissionais para o mesmo trabalhador. Apesar das funções serem as mesmas, o profissional objeto do presente estudo detém diferentes denominações dependendo da entidade patronal a que se encontre vinculado. Com efeito, verifica-se que o profissional quando ao serviço de uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) é classificado com a profissão de Ajudante de Ação Direta (BTE, 1ª série, n.º 15 de 22/04/2011); se ao serviço de uma organização associada da União das Misericórdias Portuguesas (UMP), pertence à categoria profissional de Ajudante de Lar e Centro de Dia (BTE, 1ª série, n.º 1 de 08/01/2010), o mesmo profissional é denominado de Assistente Operacional se sujeito ao regime do contrato de trabalho em funções públicas, ou seja, se pertencer aos quadros da função pública (DL n.º 121/2008 de 11 de Junho). Há que considerar ainda a Classificação Portuguesa das Profissões de 2010, abreviadamente designada por CPP/2010, elaborada a partir da Classificação Internacional Tipo de Profissões de 2008 (CITP/2008) pelo Instituto Nacional de Estatística, I.P. (INE, I.P.), previamente aprovada pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) em Dezembro de 2007, o profissional enquadrar-se-á no designado “Grande Grupo 5 – Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e

vendedores”, mais concretamente no “Subgrupo dos Trabalhadores de cuidados pessoais nos serviços de saúde” e na profissão de Auxiliar de Saúde (codificação atribuída: 5321.0). Saliente-se que a CPP/2010 estabelece o novo quadro das profissões, tarefas e funções mais relevantes, integrado na CITP/2008, classificação recomendada aos Estados-Membros para produzir e divulgar estatísticas por profissões a nível da União Europeia (UE), pela Recomendação da Comissão de 29 de Outubro de 2008.

A Estratégia Nacional para a Segurança e Saúde no Trabalho, aprovada no âmbito do Conselho Nacional para a Higiene e Segurança no Trabalho (CNHST), para o período 2008 - 2012, surge na sequência da aprovação, pelas instâncias da União Europeia (UE), de uma nova Estratégia de Segurança e Saúde no Trabalho, para o período 2007 -2012. Esta nova estratégia comunitária representa um importante passo na promoção da qualidade e das condições de trabalho no espaço europeu, tendo como objetivo a redução em 25 % da taxa total de incidência de acidentes no trabalho na União Europeia (UE) 27, até 2012, através do reforço da proteção da saúde e da segurança dos trabalhadores enquanto fator determinante para o êxito da Estratégia de Crescimento e Emprego. Este objetivo de diminuição dos acidentes de trabalho apoia-se num conjunto de definições estratégicas, que visam estabelecer um quadro normativo moderno e eficaz, favorecer o desenvolvimento e a execução de estratégias nacionais, promover mudanças de comportamento, combater com eficácia os novos riscos, promover globalmente a segurança e saúde, a nível internacional.

Os estabelecimentos de apoio social, do ponto de vista da saúde ocupacional, constituem estruturas complexas e apresentam características peculiares que conduzem a riscos elevados para os seus profissionais quando comparados com a generalidade de outros sectores de atividade, atendendo às características tipológicas e funcionais das instalações e às atividades desenvolvidas pelos profissionais.

A legislação nacional mais recente tem refletido a transposição para a ordem jurídica interna de um conjunto de diretivas europeias decorrentes dos Artigos n.º 100-A e n.º 118-A do Ato Único que alterou o Tratado de Roma, que estabelecem a adoção de requisitos de segurança em dois planos: no plano da segurança intrínseca (ao nível da conceção e comercialização de equipamentos de trabalho) e no plano da utilização de equipamentos em ambiente de trabalho (nível este que reporta à segurança e saúde do trabalho).

Mediante pesquisa realizada, a principal doença profissional na Europa (EU-OSHA, 2008), causadora de problemas e incapacidades nos trabalhadores custando igualmente às organizações elevados prejuízos traduzidos em perdas de produção, absentismo, indemnizações, custos de seguro e outros, são as lesões músculo-esqueléticas relacionadas ou ligadas ao trabalho (LMERT). Todavia, porque não são declaradas a maioria destas lesões, os custos a elas associados são efetivamente desconhecidos. Se utilizarmos como referência os dados relativos aos Países Nórdicos e à Holanda, a estimativa desses custos situa-se entre os 0,5% e os 2% do Produto Nacional Bruto (Verlag Dashofer, ap Buckle and Devereux, 1999). Em suma, trata-se de um problema individual, mas igualmente organizacional e social com custos incalculáveis, sendo os fatores determinantes para o aparecimento e desenvolvimento

de LMERT, as atividades sujeitas a movimentos repetitivos e posturas extremas, aplicação de força e as vibrações (Bernard, 1997).

Não obstante, a Convenção C155 – Convenção sobre segurança e saúde dos trabalhadores, bem como as convenções referentes a sectores de atividades económicas específicos, acrescentam requisitos relativos a dispositivos e aparelhos de elevação, equipamentos de transporte e de movimentação terras, ergonomia dos próprios equipamentos, e mais genericamente, a obrigação de decisores políticos e empregadores garantirem locais de trabalho, máquinas e equipamentos seguros e sem riscos para a saúde.

Ao nível europeu, no que concerne à Movimentação Manual de Cargas os dois diplomas base são a Diretiva 89/391/CEE, de 12 de Junho de 1989, relativa à adoção de medidas que se destinam a promover a melhoria da segurança e da saúde dos trabalhadores no local de trabalho e a Diretiva especial 90/269/CEE, de 29 de Maio de 1990, relativa às prescrições mínimas de segurança e saúde respeitantes à movimentação manual de cargas que comportem riscos, nomeadamente dorso lombar, para os trabalhadores. Em Portugal, é de destacar o Decreto-lei 330/93 de 25 de Setembro, que transpõe para o nosso país aquela Diretiva relativa às prescrições mínimas de segurança e saúde respeitantes à movimentação manual de cargas.

O Decreto-lei 330/93 de 25 de Setembro, no seu Artigo 3º - Definições, define esta atividade como *“qualquer operação de transporte e sustentação de uma carga, por um ou mais trabalhadores, que devido às suas características ou condições ergonómicas desfavoráveis, comporte riscos para os mesmos, nomeadamente na região dorso-lombar”*.

Relativamente aos agentes biológicos, a nível nacional o Decreto-lei n.º 84/97 de 16 de Abril estabelece as prescrições mínimas de proteção da segurança e da saúde dos trabalhadores contra os riscos de exposição a agentes biológicos durante o trabalho, o qual refere no seu artigo 14º que os estabelecimentos médicos de saúde devem tomar medidas apropriadas para proteger a segurança e saúde dos trabalhadores por intermédio de uma avaliação de risco centralizada na probabilidade da presença de agentes biológicos em pacientes humanos, nas amostras e materiais residuais, bem como o perigo que constituem os agentes biológicos. As medidas devem incluir especificações de processos adequados de descontaminação e desinfeção, assim como a aplicação de processos que garantam a segurança dos trabalhadores na manipulação, transporte e eliminação de resíduos contaminados. A Portaria n.º 1036/98 de 15 de Dezembro complementa o anterior diploma indicando a lista de agentes biológicos classificados, alterando a anterior lista publicada através da Portaria n.º 405/98 de 11 de Julho. Desta forma, são classificados como agentes biológicos diversas bactérias e afins, vírus e fungos, de acordo com listagem anexa à referida portaria.

Os agentes químicos, como sejam os provocados pelo manuseamento de medicamentos, desinfetantes, detergentes, etc., são regulamentados, entre outros diplomas, segundo o Decreto-lei n.º 305/2007 de 24 de Agosto, o qual transpõe para a ordem jurídica interna a Diretiva 2006/15/CE da Comissão de 7 de Fevereiro, que estabelece a segunda lista de valores limite de exposição profissional indicativos para execução da Diretiva 98/24/CE do Conselho

de 7 de Abril, alterando o anterior Decreto-Lei 290/2001 de 16 de Novembro. Os valores limite de exposição profissional a agentes químicos são regulamentados pelo Decreto-lei n.º 290/2001 de 16 de Novembro, o qual transpôs para o ordenamento jurídico interno a Diretiva n.º 98/24/CE, do Conselho, de 7 de Abril, relativa à proteção da segurança e saúde dos trabalhadores contra os riscos ligados à exposição a agentes químicos no trabalho, bem como as Diretivas n.º 91/322/CEE, da Comissão, de 29 de Maio, e 2000/39/CE, da Comissão, de 8 de Junho.

Os profissionais da área de apoio social são consideradas profissões de risco pelo seu conteúdo funcional, expondo-o diariamente a riscos de ordem biológica, química, ergonómica e psicossocial, contribuindo para um elevado número de acidentes de serviço e doenças profissionais.

As principais Diretivas Europeias e a respetiva transposição para o direito interno português, relativas à prevenção dos riscos a que os profissionais estão expostos diariamente, são as indicadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Diretivas Europeias e respetiva Legislação Nacional

Directiva	Assunto	Legislação Nacional
89/391/CEE, de 12 de Junho de 1989 Diretiva Quadro de Segurança e Saúde do Trabalho Modificada pela Diretiva 2007/30/CE	Relativa à aplicação de medidas destinadas a promover a melhoria da segurança e saúde dos trabalhadores no local de trabalho, apelando à identificação e prevenção dos riscos.	Lei 102/2009, de 10 de Setembro
89/654/CEE, de 13 de Novembro de 1989 Locais de Trabalho	Relativa às prescrições mínimas de segurança e saúde nos locais de trabalho, incluindo a disposição dos assentos, da iluminação, da temperatura e do posto de trabalho.	DL n.º 347/93, de 1 de Outubro. Portaria n.º 987/93, de 6 de Outubro
89/655/CEE, de 30 de Novembro de 1989 Equipamentos de Trabalho	Relativa às prescrições mínimas de segurança e saúde na utilização pelos trabalhadores de equipamentos de trabalho.	DL n.º 50/2005, de 25 de Fevereiro.
89/656/CEE, de 30 de Novembro de 1989 Equipamentos de Proteção Individual	Relativa às prescrições mínimas de segurança e de saúde na utilização pelos trabalhadores de equipamentos de proteção individual.	DL n.º 348/93, de 1 de Outubro. Portaria n.º 988/93, de 6 de Outubro
90/269/CEE, de 29 de Maio de 1990 Movimentação Manual de Cargas	Relativa às prescrições mínimas de segurança e saúde respeitantes à movimentação manual de cargas que comportem riscos, nomeadamente dorso lombares, para os trabalhadores.	DL n.º 330/93, de 25 de Setembro
90/270/CEE, de 29 de Maio de	Relativa às prescrições mínimas de segurança e saúde respeitantes ao trabalho com	DL n.º 349/93, de 1 de

Diretiva	Assunto	Legislação Nacional
1990 Equipamentos Dotados de Visor	equipamentos dotados de visor.	Outubro Portaria n.º 989/93, de 6 de Outubro
98/37/CEE, de 13 de Novembro de 1998 Diretiva Máquinas	Relativa às máquinas, introduzindo a necessidade dos projetistas e fabricantes de máquinas avaliarem os fatores de risco potenciais para a segurança e saúde decorrentes da sua utilização.	Decreto-Lei n.º 103/2008, de 24 de Junho
93/104/CEE, de 23 de Novembro de 1993 Organização do tempo de trabalho	Relativa às prescrições mínimas de segurança e saúde em matéria de organização do tempo de trabalho.	Código do Trabalho, aprovado pela Lei 7/2009, 12 de Fevereiro: artigos 222.º (trabalho por turnos), 224.º e 225.º (trabalho noturno) e 228.º (trabalho suplementar)
2002/44/CE de 25 de Junho de 2002 Riscos devidos a vibrações	Relativa às prescrições mínimas de segurança e de saúde do trabalho respeitante à exposição a vibrações.	DL n.º 46/2006, de 24 de Fevereiro
86/188/CEE, de 12 de Maio de 1986 Riscos devidos a exposição ao ruído	Relativa às prescrições mínimas de segurança e de saúde do trabalho respeitante à exposição ao ruído durante o trabalho.	DL n.º 72/92, de 28 de Abril

A nível nacional indicam-se na Tabela 2 outros diplomas legais considerados relevantes.

Tabela 2 – Legislação Nacional

Diploma nacional	Assunto
Decreto Regulamentar n.º 6/2001 de 5 de Maio	Aprova a lista de doenças profissionais e respetivo índice codificado
Decreto Regulamentar n.º 76/2007 de 17 de Julho	Alteração ao Decreto Regulamentar n.º 6/2001 de 5 de Maio
Decreto-Lei n.º 352/2007 de 23 de Outubro	Aprova a tabela nacional de incapacidades por acidentes de trabalho e doenças profissionais (TNI)
Lei 7/2009 de 12 de Fevereiro	Aprova a revisão do Código do Trabalho
Lei n.º 105/2009 de 14 de Setembro	Regulamenta e altera o Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro, e procede à primeira

	alteração da Lei n.º 4/2008, de 7 de Fevereiro
Lei n.º 98/2009 de 4 de Setembro	Regulamenta o regime de reparação dos acidentes de trabalho, das doenças profissionais, da reabilitação e da reintegração profissional

Em Portugal, os processos relacionados com as doenças profissionais são assegurados pela Segurança Social, através do Centro Nacional de Proteção contra os Riscos Profissionais. Neste contexto, consideram-se doenças profissionais as que constam da Lista de Doenças Profissionais, publicada em anexo ao Decreto Regulamentar n.º 6/2001 de 5 de Maio, alterado pelo Decreto Regulamentar n.º 76/2007 de 17 de Julho, e também, «qualquer lesão corporal, perturbação funcional ou doença não incluída na referida lista, desde que se prove ser consequência, necessária e direta, da atividade exercida e não resulte do normal desgaste do organismo». Assim, são de salientar os capítulos 3º e 4º da lista de doenças profissionais, onde constam as doenças profissionais do aparelho locomotor que estão relacionadas com o trabalho, estando as principais referidas na Tabela 3.

Tabela 3 – Doenças do aparelho locomotor relacionadas com o trabalho

Designação da doença	Fatores de Risco	Código	Prazo indicativo
Artrose do cotovelo com sinais radiológicos	Vibrações	44.01	5 anos
Osteonecrose do semilunar (doença de Kienbock)	Vibrações	44.01	1 ano
Osteonecrose do escafoíde cárpico (doença de Kohler)	Vibrações	44.01	1 ano
Radicalgia por hérnia discal (de L2 a S1) com lesão radicular de topografia concordante (pressupõe-se um período mínimo de exposição de 5 anos)	Vibrações	44.01	6 meses
Bursite (fase aguda ou crónica) olecraniana ou acromial	Posturas	45.01	3 meses
Tendinites, tenossinovites e miotenossinovites crónicas, periartrite da escápulo-humeral, condilite, epicondilite, epitrocleite e estiloidite	Ritmo dos movimentos Força	45.02	3 meses
Síndrome do túnel cárpico	Força Posturas e Ritmos de trabalho	45.03	30 dias
Síndrome do canal de Guyon		45.03	30 dias
Síndrome da goteira epitrocleocraneana (compressão do nervo cubital)		45.03	30 dias
Síndrome do canal radial		45.03	30 dias
Outras síndromes paréticas ou paralíticas dos nervos periféricos		45.03	90 dias

Lesão de menisco (pressupondo um período mínimo de exposição de 3 anos)	Posturas	45.04	3 meses
---	----------	-------	---------

Fonte: adaptado do Decreto Regulamentar nº 76/2007 de 17 de Julho

Além da designação da doença, são indicados os principais fatores de risco associados à doença, o código legal que lhe é atribuído e o respetivo prazo indicativo.

2.1.2 Normas

Paralelamente à evolução do quadro legislativo indicado anteriormente, o Comité Europeu de Normalização (CEN) e a Organização Internacional de Normalização (ISO) têm, vindo a desenvolver abordagens no âmbito da definição de referenciais através da emissão de Normas Técnicas (respetivamente, Normas EN e ISO). Desta forma, para além da legislação que cada país procura adequar à sua realidade laboral, nos últimos anos tem-se verificado também o desenvolvimento de normas que procuram incluir regras, linhas diretrizes ou características no contexto real de trabalho, de acordo com a Tabela 4.

Tabela 4 – Principais Normas relacionadas com o contexto real de trabalho

Tema	Designação da Norma	Assunto
Segurança de máquinas	EN 614	Princípios de conceção ergonómica
	EN 1005	Desempenho físico humano
	EN 12100	Princípios gerais de conceção
Equipamento de proteção individual	EN 13921	Princípios ergonómicos
Vibrações	ISO 2631 (1976)	Avaliação da exposição do corpo humano à vibração
Sistemas de trabalho	ISO 6385/ENV 26385	Princípios ergonómicos para a conceção de sistemas de trabalho
Posturas estáticas de trabalho	ISO 11226 (2000)	Avaliação de posturas estáticas de trabalho
Esforço manual repetitivo	ISO 11228-3	Avaliação de riscos para movimentos repetitivos

Saliente-se, a norma internacional ISO 11228-3 (operações elevação e transporte de cargas) e a norma europeia EN 1005-5 (Avaliação de riscos para movimentos repetitivos), que procuram avaliar o risco de lesões músculo esqueléticas dos membros superiores relacionadas com o trabalho (LMERT) tendo em conta fatores de risco (isolada ou combinadamente) como

a repetitividade, a força, as posturas, a duração do trabalho e os períodos de recuperação (Occhipinti, 2008).

Para prevenir riscos químicos de índole profissional é essencial conhecer a concentração a que se está exposto e compará-la com os valores limite de exposição do contaminante. Os mais utilizados são os denominados TLV (Threshold Limit Values) publicados anualmente pela American Conference of Governmental Industrial Hygienist (ACGIH), valores que dizem respeito às concentrações às quais a maior parte dos trabalhadores pode estar exposta, dia após dia, sem efeitos adversos. Em Portugal, estes valores constam da Norma Portuguesa NP 1796:2007.

2.2 Referenciais Técnicos

Nas últimas décadas tem se assistido ao aparecimento de cada vez mais estudos sobre os fatores de risco a que estão sujeitos os trabalhadores dos diversos setores, nomeadamente os profissionais do sector da saúde, estudos esses desenvolvidos em manuais de prevenção e de boas práticas.

Ao nível da União Europeia, o Relatório Estatístico sobre o Trabalho e Segurança na União Europeia (1994-2002) demonstra que o desempenho profissional diário de 33% da população ativa da União Europeia obriga à adoção de posturas “penosas” e cansativas pelo menos durante metade do período de trabalho. Do mesmo modo, 23% manipula manualmente cargas pesadas, 46% está sujeito a movimentos repetitivos, 31% executa trabalho repetitivo e igual percentagem usa o computador como suporte do seu trabalho, pelo menos metade do seu horário de expediente. De acordo com um inquérito europeu realizado aquando da Semana Europeia de 2000 sobre o tema Prevenção das Perturbações Músculo-esqueléticas de Origem Profissional, os fatores de risco anteriormente enunciados eram apontados como responsáveis por 30% de dores dorso-lombares e 17% de dores musculares nos braços e pernas nos trabalhadores do Espaço Europeu.

Dados recolhidos no Segundo Inquérito Europeu sobre as Condições de Trabalho, efetuado em 1996, pela fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho, relativamente à prevalência de problemas de saúde relacionados com as perturbações músculo-esqueléticas nos Estados Membros da União Europeia, revelam que Portugal é um dos Estados Membros com maior predominância de trabalhadores que sofrem de dores nas costas (39%) e nos membros superiores e inferiores (31%).

No Quarto Inquérito Europeu sobre as Condições de Trabalho realizado em 2005, da Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho, as lesões músculo-esqueléticas são o problema relacionado com o trabalho mais comum na Europa. Segundo os resultados, perto de 24% dos trabalhadores da União Europeia, dizem sofrer de lombalgias e 22% queixam-se de dores musculares (Riso, 2007). Conforme Maia (2005), estas queixas

afetam um crescente número de trabalhadores abrangendo um largo leque de atividades, aparecendo as mulheres como um grupo mais suscetível de as desencadear.

Em Portugal, segundo o Inquérito de Avaliação das Condições de Trabalho dos Trabalhadores Portugueses (Dezembro de 1999 e Janeiro de 2000), 44,5% das queixas relacionadas com o esforço físico durante a execução do trabalho prende-se com o facto de permanecerem muito tempo de pé de modo estático, enquanto 18,9% efetua deslocações a pé de longa duração, 20,5% assume a adoção de postura penosas e fatigantes por longos períodos de tempo e 18,9% afirma desempenhar tarefas repetitivas e monótonas no seu contexto de trabalho. Neste sentido, os esforços físicos, sobretudo os movimentos do corpo que provocam lesões internas e externas, são apontados pelos trabalhadores como a principal causa da sinistralidade de que foram vítimas.

Os “gestos ou as posturas incorretas”, bem como a “movimentação manual de cargas” constituem-se como as categorias de risco profissionais mais citadas pelos sinistrados nos dados apresentados no Estudo sobre a Sinistralidade em Portugal desenvolvido em 1998 pelo Departamento de Estatísticas do Trabalho, Emprego e Formação Profissional do Ministério do Trabalho e da Solidariedade. A primeira categoria (gestos ou posturas incorretas) surge classificada como o principal fator de risco no sector dos Serviços, e a segunda (movimentação manual de cargas) na construção.

Tipo de acção de prevenção	O quê?	Como?
Eliminação do risco	Evitar as movimentações manuais	Mecanização ou automatização total
Redução do risco	Ajudas mecânicas	Utilizar um elevador, um elevador para pessoas
	Adaptação em altura	Cama, banheira, etc
	Ajudas na transferência de pacientes	Estruturas de transferência, pranchas de transferência, disco rotativo, correia de rectificação, etc
	Melhoria na armazenagem das cargas	Guardar as cargas frequentemente utilizadas e as cargas pesadas à altura da cintura
	Facilitar a acessibilidade	Escadas rolantes, ...
	Medidas organizacionais	Programação do trabalho, alternância das actividades, melhor distribuição das tarefas, ...

Figura 3 – Síntese de medidas a adotar por profissionais para redução de lombalgias

Fonte: Manual de Prevenção denominado “Alivie a Carga – Prevenção das Lombalgias no Setor dos Cuidados de Saúde – CARIT, 2007

Saliente-se o documento técnico, adotado pela Inspeção-Geral do Trabalho (IGT), denominado “*Alivie a Carga – Prevenção das Lombalgias no Sector dos Cuidados de Saúde*”, relativo à movimentação manual de cargas na Europa nos sectores dos transportes e dos cuidados de saúde, resultante da campanha europeia “*Atenção! Mais carga não*”, de 2007, dedicada às lesões músculo-esqueléticas. O referido documento não é mais que, um plano de prevenção dos problemas na região dorsal dos trabalhadores do sector dos Cuidados de Saúde, onde é indicada a política de prevenção das lombalgias citando soluções preventivas a adotar no sector dos cuidados de saúde. Do referido manual de prevenção salienta-se o quadro síntese das medidas de prevenção possíveis a adotar pelos profissionais de saúde para a redução do risco de lombalgias, e que se apresenta na Figura 3.

Em 2008, no âmbito do Plano Nacional Contra as Doenças Reumáticas (PNCDR), foi preparado um documento com o apoio técnico da Direção Geral da Saúde (DGS), intitulado “*Lesões Musculoesqueléticas Relacionadas com o Trabalho – Guia de Orientação para a Prevenção (Direcção Geral da Saúde, 2008)*”. Com este documento a DGS pretendeu a produção e divulgação de orientações técnicas sobre o diagnóstico, acompanhamento e referenciação de doentes reumáticos, nomeadamente no que se refere às Lesões Musculoesqueléticas Ligadas ao Trabalho (LMERT).

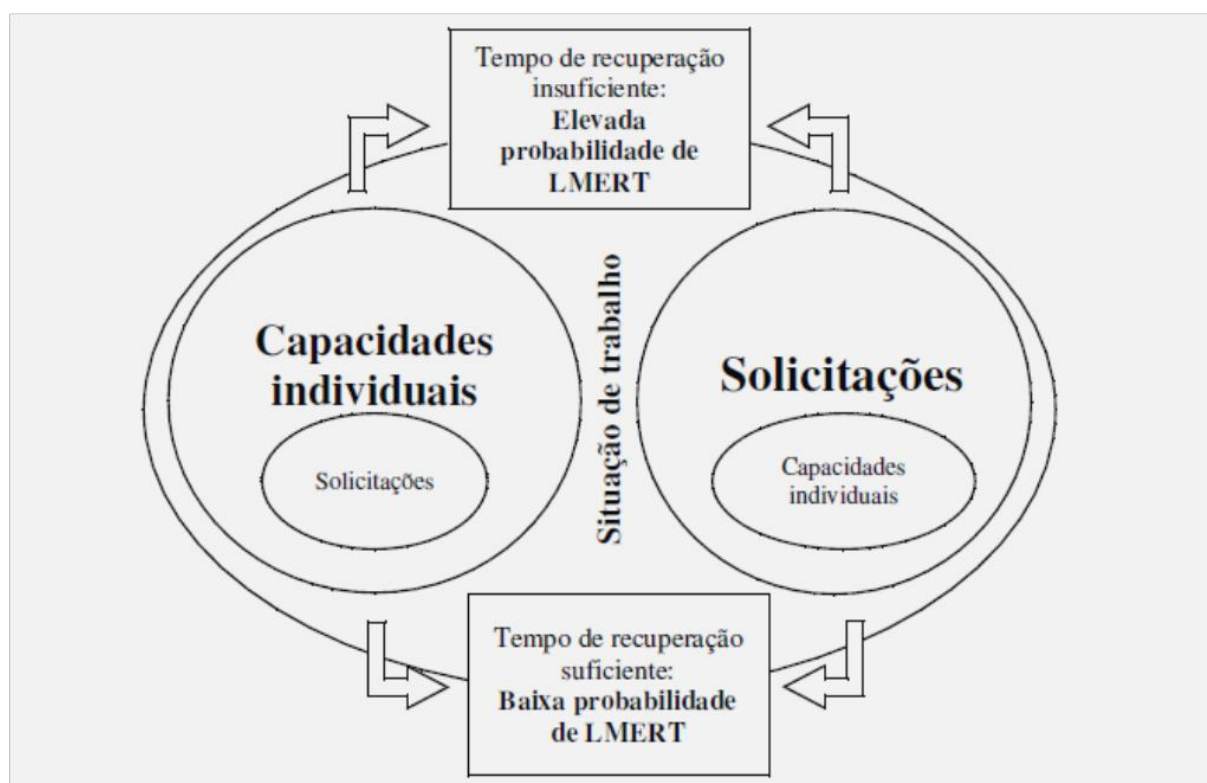


Figura 4 – Solicitações no local de trabalho e capacidades funcionais

Fonte: “Guia de Orientação para a Prevenção” – DGS, 2008

Na elaboração do referido documento foram parceiros diversos especialistas da Escola Nacional de Saúde Pública, da Faculdade de Motricidade Humana, do Instituto Português de

Reumatologia e da Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho. O referido documento dá ênfase aos variados fatores de risco propícios ao desenvolvimento das LMERT e de que forma a exposição a esses fatores de risco pode desencadear as LMERT, como é indicado na Figura 4 onde se evidencia que, o desequilíbrio entre as solicitações do trabalho e as capacidades do indivíduo quando não se respeitam os intervalos (ou tempos) de recuperação do corpo, será decisivo para o aparecimento da lesão.

A Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho (EU-OSHA), no ano de 2009 publicou um documento intitulado “*Técnicas de mobilização de doentes para prevenir lesões músculo-esqueléticas na prestação de cuidados de saúde*” (E-FACTS 28 - EU-OSHA, 2009), no qual se apresentam recomendações e exemplos destinados ao pessoal de enfermagem. Pretende, desta forma, reduzir o número e a gravidade das lesões músculo-esqueléticas (LME) resultantes de atividades de mobilização de doentes, pois segundo a Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho (EU-OSHA), a causa principal de LMERT está relacionada com as tarefas de mobilização de doentes, como o levantar, a transferência e o posicionamento de doentes. Salienta-se a riqueza do referido documento, pois além de efetuar uma abordagem das diferentes técnicas de mobilização de doentes, debruça-se também sobre a escolha da técnica adequada para a mobilização do doente, os princípios básicos aplicáveis às técnicas de mobilização de doentes, e a exemplificação ilustrada de diferentes técnicas de mobilização de doentes (imagens produzidas por *Prevent, Institute for Occupational Safety and Health, Bélgica, 2007*). Desse documento sobressaem os “*Princípios básicos aplicáveis às técnicas de mobilização de doentes adequadas*”, pois são princípios que os profissionais de saúde deveriam ter conhecimento por formação teórico-prática anteriormente ao início da sua atividade profissional. São indicados no referido documento, os seguintes princípios básicos:

- Procurar sempre a ajuda de assistentes quando necessário;
- Antes de iniciar qualquer tipo de atividade de mobilização, o prestador de cuidados deve posicionar-se o mais perto possível do doente, colocando o joelho na cama deste, se necessário;
- Antes de iniciar qualquer tipo de atividade de mobilização, explique o procedimento ao doente e incentive-o a cooperar o máximo possível no decurso da atividade de mobilização;
- Manter a postura correta durante as operações de mobilização de doentes;
- Segurar firmemente durante as operações de mobilização de doentes;
- Usar calçado e vestuário adequados.

Saliente-se que qualquer tipo de operação de mobilização, mesmo com recurso a meios auxiliares de mobilização de doentes, envolve os supracitados princípios básicos.

A Orientação Técnica nº1 relativa à “*Gestão dos Riscos Profissionais em Estabelecimentos de Saúde*” (Fevereiro 2010) do Programa de Saúde Ocupacional do Departamento de Saúde Pública (DSP), menciona diversas atividades ou trabalhos realizados por profissionais de saúde, que os expõem a diversos riscos profissionais suscetíveis de provocar doenças. Assim, como atividades ou trabalhos com exposição a riscos físicos, são indicadas as seguintes

situações: permanência em ambiente térmico fora da área de conforto (ou muito quente ou muito frio); utilização ou manipulação de líquidos/gases sob pressão ou com altas/baixas temperaturas; exposição ao ruído proveniente do funcionamento de equipamentos, como sistemas de climatização, equipamento de esterilização, etc.; trabalhos com equipamento elétrico em mau estado de conservação/funcionamento ou por inadequada utilização. A exposição a agentes biológicos está relacionada com o contato com doentes ou portadores de alguma doença, contato com resíduos, roupas e outros materiais potencialmente contaminados, atividades onde possa existir o contato com fluidos orgânicos. Relativamente a agentes químicos, são mencionadas as seguintes atividades ou trabalhos onde existe maior risco profissional: manipulação de produtos químicos e seus compostos, utilização de detergentes, desinfetantes e antissépticos, exposição a gases e vapores, exposição cutânea ao latex e/ou pó de luvas. Os fatores de risco relacionados com a movimentação manual de cargas (biomecânico), são as posturas extremas como a repetição de movimentos, permanência em posição sentada ou de pé várias horas, o transporte e mobilização de cargas. No que concerne aos agentes psicossociais são referidos os trabalhos por turnos, os elevados ritmos de trabalho, horários rotativos, situações de desgaste emotivo, exposição a situações de agressão verbal e/ou física, condições relacionadas com a organização do trabalho, assim como situações de conflito interpessoais e interinstitucionais.

O referido documento apresentou a metodologia a adotar pelas Equipas de Saúde e Segurança dos Estabelecimentos de Saúde na análise dos fatores de risco profissional nestes locais específicos de trabalho, para a prevenção da doença e proteção da saúde dos seus trabalhadores. Assim, como importantes fatores de risco a avaliar indica os fatores de risco biológico (relacionados com a presença no ambiente de trabalho de microrganismos como vírus, bactérias, fungos, parasitas, germes, etc.), fatores de risco físico (inclui os fatores de natureza física como o ruído, as vibrações, o ambiente térmico e as radiações), os fatores de risco químico (inclui produtos de higiene e limpeza, fármacos, etc.), os fatores relacionados com o trabalho ou atividade desenvolvida (inclui os fatores relacionados com a movimentação manual de cargas interligados com a postura, o esforço, a repetitividade, a trajetória), e o fator de risco psicossocial (inclui as situações relacionadas com a organização do trabalho, a carga de trabalho, a monotonia da tarefa e outras situações de stress).

Relativamente à qualificação dos intervenientes nos cuidados que uma pessoa idosa requer, segundo o artigo 10º da *Carta dos Direitos e Liberdades da Pessoa Idosa Dependente*, esses cuidados devem ser prestados por intervenientes formados e em número suficiente. A este propósito, e conhecedora do contexto português, Paula Guimarães (1995), reitera a necessidade de definição de um rácio adequado de funcionários adequado de utentes por equipa.

Na perspetiva da Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia (SEGG, 1997), os profissionais de trabalho direto com pessoas idosas, para que possam desempenhar com competência a sua profissão, deverão possuir conhecimentos gerais sobre as características das pessoas idosas, ter suficiente formação prática para a realização de tarefas materiais

(trabalho doméstico, mobilização de pessoas dependentes, cuidados gerais e especiais), dispor de estratégias e habilidades para saber comunicar com as pessoas idosas e manter uma atitude de escuta ativa e de observação atenta das necessidades não formuladas pelas pessoas idosas, ser capaz de valorizar as possibilidades de melhoria, de perceber as mudanças durante a prestação do serviço e encaminhar toda esta informação para a entidade responsável.

Saliente-se a II Assembleia Mundial Sobre o Envelhecimento (2002) realizada em Madrid, onde foi defendido que:

“As pessoas idosas têm direito, entre outros, a cuidados de saúde qualificados, a prestadores de cuidados com formação específica (nas áreas da geriatria e da gerontologia), à prevenção da doença, à reabilitação, ao acesso a serviços e equipamentos de apoio, a cuidados de saúde ao domicílio com formação dos prestadores de cuidados informais.”

Do Catálogo Nacional de Qualificações (CNQ) da Agência Nacional para a Qualificação (ANQ), saliente-se o referencial de formação para Técnico Auxiliar de Saúde. Nesse documento técnico, é referido que a área da Saúde convive atualmente com uma situação paradoxal, que se poderia resumir numa frase: “encontram-se ou trabalhadores licenciados ou trabalhadores desqualificados”. Na realidade, às profissões que tradicionalmente já exigiam a licenciatura, como por exemplo a área da medicina, da farmácia, da medicina dentária, vieram juntar-se outras áreas que também o exigem, sejam elas advindas de novas profissões, ou sejam profissões que emergiram de uma formação média para uma superior, designadamente na área da enfermagem, da fisioterapia ou mesmo os técnicos de farmácia. No entanto, nas várias instituições, e saliente-se as instituições de apoio social como lares de idosos, centros de dia, não trabalham só licenciados, na realidade a par destes profissionais há um sem-número de outros profissionais que não detêm qualificação adequada à atividade que desenvolvem, sendo disso exemplo o pessoal auxiliar, assistentes operacionais e ajudantes de ação direta.

2.3 Conhecimento Científico

A nível de conhecimento científico são apresentados diversos autores interligados com os subtemas mais focalizados (o trabalho, a saúde, a qualidade de vida no trabalho, os riscos ocupacionais dos profissionais em estudo, a formação em segurança).

2.3.1 O Trabalho, a Saúde

Segundo Santos et. al. (1999) citado por Albuquerque (2003), *“A saúde e o bem-estar do Homem estão invariavelmente relacionados com o trabalho, nomeadamente com a possibilidade de, através deste conseguir os meios necessários à vida”*.

Segundo Mendes et. al. (1991), a Saúde do trabalhador, ao encarar o trabalho como espaço de submissão e dominação do trabalhador pelo capital, mas também de resistência e luta por melhores condições de vida e trabalho, procura compreender o processo de doença ao qual estão submetidos os trabalhadores.

Como exemplo, a profissão de enfermagem envolve aspetos particulares e únicos que se prendem com o facto de implicar um ser humano a cuidar de outro (Lino, 2004). Neste contexto o ser humano é simultaneamente objeto e agente do cuidar, e enquanto agente humano é passível de ser influenciado pelas características e elementos ocupacionais do trabalho, ao nível do seu bem-estar físico, mental e social.

O Trabalho tem um papel preponderante na vida individual e social dos indivíduos, tendo em conta que em média passamos um terço da nossa vida a trabalhar. É, assim uma atividade social organizada que permite alcançar alguns objetivos e satisfazer algumas necessidades, através da combinação de recursos de várias naturezas, tais como os trabalhadores, os materiais, a energia, a tecnologia, a organização, etc.

Kahn (1981) citado por Albuquerque (2003) (...) *“salienta que o trabalho implica uma permuta entre o trabalhador e o empregador, em que existe uma relação contratual (escrita ou verbal), pela qual o trabalhador se obriga a efetuar tarefas mediante retribuição”*.

Bezold et. al. (1986) refere que *“O valor do trabalho não se caracteriza exclusivamente pelas retribuições extrínsecas, tais como remuneração, benefícios e estatuto, mas, muitas vezes, e o que é ainda mais importante, pelas retribuições intrínsecas, tais como a satisfação pessoal, realização, brio, prazer, enriquecimento pessoal, autonomia e mais auto estima. O interesse crescente em variáveis intrínsecas acentua a importância de uma relação de confiança e apoio entre as chefias e os trabalhadores, tendo como consequência o aumento de produtividade que, muitas vezes, é considerado como um indicador de qualidade por parte do empregador.”*

Para Graham (1991) citado por Albuquerque (2003), (...) *“Para além da produtividade, a qualidade do ambiente de trabalho pode ser encarada em termos da relação da organização, ao ir ao encontro das necessidades e capacidades dos trabalhadores”*.

O trabalho de uma forma geral engloba dois grandes grupos: as *Condições de Trabalho* ou *Ambiente de Trabalho* e a *Organização do Trabalho*.

No que concerne a *Ambiente de Trabalho*, Santos et. al. (1999) citado por Albuquerque (2003) define como *“(...) o conjunto de condições físicas e químicas, que estão presentes nos locais e postos de trabalho, incluindo as resultantes do material e equipamentos necessários á execução de tarefas” O ambiente de trabalho é condicionante da qualidade de vida no trabalho assim como a própria qualidade do trabalho”*.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe, na sua Carta Magna de 7 de Abril de 1948, um conceito de Saúde subjetivo e idealizado:

“Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”.

Atualmente, surge a noção de Saúde como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade e acessos aos serviços de saúde, sendo, assim e antes de tudo, o resultado das formas de organização social.

Se tivermos em conta a saúde em todas as suas dimensões, física, mental e social, temos que considerar todos os fatores que podem vir a provocar-lhe danos, como por exemplo, os produtos que se utilizam ou manuseiam, os equipamentos e as ferramentas, as instalações, etc., bem como todos os aspetos organizacionais que também possam ter influência na saúde, tanto em sentido positivo como negativo, ao conseguir, em maior ou menor grau, um trabalho no qual possamos alcançar uma evolução profissional, pessoal e social.

Para Cristophe Dejours (1986), médico do trabalho e psicanalista, o conceito de saúde engloba quatro vertentes:

“A saúde não é assunto dos outros, não é assunto de uma instituição, não sendo também assunto de estado ou dos médicos. É algo que não vem do exterior;

A saúde é uma coisa que se ganha, que se enfrenta e que se defende, sendo fundamental o papel de cada um de nós na sua própria saúde;

A saúde não é um estado de estável mas sim algo que muda com o tempo;

A saúde é antes de tudo uma sucessão de compromissos com a realidade”.

Segundo Brito & Porto (1991), as intervenções na área da Saúde do trabalhador, são norteadas pela ideia de que a saúde para o trabalhador não significa apenas a ausência de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho, mas também, e principalmente, a modificação nos processos de trabalho nos seus vários aspetos, no sentido de intervir não apenas na eliminação de riscos pontuais que podem ocasionar problemas de saúde, mas também uma outra perspectiva do trabalhador no processo produtivo que seja promotora de saúde e de vida.

Neste contexto, a Vigilância da Saúde do Trabalhador tem se afirmado como uma área prioritária de atuação em saúde pública e, nesse sentido, necessita de alterações nos processos de saúde/doença com a finalidade de poder dar respostas concretas aos problemas dos trabalhadores, problemas estes de ordem bastante complexa e de difícil resolução, não se centrando unicamente nos aspetos meramente curativos e preventivos.

A Saúde do trabalhador tem implicações mais abrangentes não se limitando apenas a aspetos do processo de trabalho no qual o indivíduo se insere, não sendo possível dissociar o trabalho de outros fatores como a educação, a cultura, a habitação, lazer, convívio social, ecossistema saudável, entre outras coisas. No entanto, a promoção da saúde do trabalhador não tem necessariamente de atuar sobre todos estes fatores mas sim procurar estabelecer parcerias, por meio de setores variados com a finalidade de alcançar uma atuação mais abrangente e eficaz.

2.3.2 A Qualidade de Vida no Trabalho

Conte (2003), define qualidade de vida no trabalho (QVT) como um programa com a finalidade de simplificar e satisfazer as necessidades do trabalhador ao desenvolver as suas atividades na organização, tendo como foco principal o facto de que as pessoas são mais produtivas quanto estão mais satisfeitas e envolvidas com o próprio trabalho.

Para Feigenbaum (1994), a QVT é baseada na premissa de que o comprometimento com a qualidade ocorre de forma mais natural nos ambientes em que os funcionários se encontram intrinsecamente envolvidos nas decisões que influenciam diretamente os seus procedimentos.

São inúmeros os fatores que interferem na satisfação dos indivíduos relativamente ao seu trabalho, nomeadamente os fatores físicos, sociológicos e psicológicos sem deixar de considerar os aspetos tecnológicos da organização do próprio trabalho, que, em conjunto, afetam a cultura e interferem no clima organizacional com reflexos na produtividade e na satisfação dos trabalhadores. Neste contexto, não obstante a qualidade de vida dependa de condições de trabalho favoráveis, existem outros aspetos que podem tornar os cargos mais satisfatórios, com reflexos indiretos na produtividade e que são independentes da elevação do custo operacional com pessoal ou insatisfações. *“São fatores organizacionais, ambientais que, tecnicamente bem administrados e corretamente combinados influenciam o projeto de cargos, elevando o nível de satisfação e produtividade”* (Fernandes,1996).

Segundo Di Lascio (2003), a qualidade de vida no trabalho tem sido ao longo dos tempos uma preocupação constante do Homem, com a finalidade de tornar as tarefas mais simples e trazer satisfação e bem-estar ao trabalhador. Por outro lado, também afirma que os profissionais procuram a sua auto realização, através de objetivos e metas pessoais que nem sempre estão relacionados às propostas organizacionais.

A origem dos estudos sobre Qualidade de vida no Trabalho (QVT), segundo Rodrigues (2002), remonta a 1950 tendo como mentor Eric Trist e seus colaboradores, que efetuaram várias pesquisas no Tavistock Institute de Londres, com base na análise e reestruturação das tarefas, tendo como finalidade tornar a vida do trabalhador menos penosa. Segundo esse mesmo autor, a abordagem à QVT primou no início pela vertente sociotécnica que tinha como prioridade a organização do trabalho a partir da análise e reestruturação da tarefa. Não se verificaram grandes avanços até à década de 80, altura em são criados Ciclos de controlo de Qualidade que se disseminaram pelas organizações do Ocidente, principalmente nas norte-americanas cuja meta era o atingir a qualidade total.

De acordo com Campos (1992), um dos mais importantes conceitos dos programas de qualidade está na premissa de que somente se melhora o que se pode medir, sendo necessário medir para melhorar. Assim, constata-se a importância da monitorização da satisfação dos profissionais da empresa, como indicador da perceção dos funcionários sobre os fatores intervenientes na qualidade de vida e na organização do trabalho.

No entender de Walton (1975) “Qualidade de vida no trabalho visa proteger o empregado e propiciar-lhe melhores condições de vida dentro e fora da organização. Para que a qualidade de vida seja alcançada é necessário que o trabalhador tenha: a) compensação adequada e justa - refere-se ao salário justo ou à adequação entre o trabalho e o pagamento nos seus diversos níveis relacionados entre si; b) condições de segurança e saúde no trabalho - os trabalhadores não devem ser expostos a condições físicas e psicológicas que sejam perigosas ou a horários excessivos de trabalho que sejam prejudiciais à saúde; c) oportunidade imediata para a utilização e desenvolvimento da capacidade humana - para que os trabalhadores possam usar e desenvolver as suas habilidades e capacidades são necessários: (1) autonomia no trabalho; (2) utilização de múltiplas habilidades; (3) informação e perspectiva de crescimento pessoal; (4) realização de tarefas completas; e (5) planeamento das atividades; d) oportunidade para crescimento contínuo e segurança - é importante que o trabalhador tenha a possibilidade de autodesenvolvimento, aquisição de novos conhecimentos e perspectivas de sua aplicação prática, oportunidades de promoções e segurança no emprego; e) integração social na organização - para haver um bom nível de integração social é necessário que o ambiente de trabalho seja sem preconceitos, de senso comunitário, fraca estratificação, existência de modalidade ascendente e franqueza interpessoal; f) constitucionalismo na organização do trabalho - são as normas que estabelecem os direitos e os deveres dos trabalhadores, os aspetos mais significativos versam sobre a privacidade, a liberdade de expressão (o diálogo livre) e o tratamento justo em todos os assuntos; g) trabalho e o espaço total da vida - o trabalho, muitas vezes, absorve parte da vida extraorganização do empregado, afetando consideravelmente o seu tempo de dedicação à família, tempo de lazer e sua convivência comunitária; h) a relevância social da vida no trabalho – os trabalhadores através de seus empenhos e comprometimentos, esperam que, socialmente, a instituição não deprecie o seu trabalho e conseqüentemente a sua profissão”.

Para Pizzoli (2005), “*A verificação de índices de QVT pode trazer informações de fatores que interferem diretamente na satisfação e motivação pessoal e coletiva, refletindo-se na excelência da estrutura e do serviço. Um estudo sobre esses elementos permite conhecer como as pessoas se sentem em relação a vários aspetos (tanto internos como externos) da empresa e, a partir daí, gerir os dados, transformando essas informações em bases para a construção de estratégias que promovam o aumento do envolvimento*”.

2.3.3 Riscos ocupacionais dos profissionais da área de apoio social

Infeções, lesão lombares, tarefas repetitivas, danos por quedas, acidentes com substâncias químicas ou com corto-perfurantes contaminados, contato com bactérias ou fungos, são riscos continuados para os profissionais da área de apoio social, agravados pela pressão contemporânea para que as tarefas sejam realizadas em menos tempo e com uma ajuda cada vez mais precária. Indubitavelmente, os ritmos de trabalho impostos, o trabalho por turnos, o trabalho noturno, o excesso de carga de trabalho, os movimentos e trabalhos repetitivos, a

confrontação diária com problemas de difícil resolução (por exemplo, a morte), conduzem a um estado de exaustão profissional, com um quadro de fadiga física e mental que pode levar a uma deterioração da sua capacidade para prevenir eventos adversos.

Para Funden (1996), *“Os riscos ocupacionais são todas as situações de trabalho que podem romper o equilíbrio físico, mental e social das pessoas, e não somente as situações que originem acidentes e doenças”*.

Segundo Bolick, (2000), *“Os riscos a que estão sujeitos os profissionais de saúde, e não nos referimos apenas a médicos, enfermeiros ou pessoal auxiliar, são inúmeros, a frequência com que os profissionais de saúde sofrem acidentes é a mesma atribuída aos trabalhadores da indústria, enquanto o risco detido, no que se refere à possibilidade de contrair doenças, é cerca de 1,5 vezes maior que para a restante população trabalhadora”*.

Assim, para Fernandes e col. (2000) Fatores de risco podem ser: *“ (...) entendidos como variáveis que se alteram na presença ou ausência de risco”*, enquanto Stone (1999) define fator de risco como *“um fator ambiental ou de comportamento que está associado a um risco aumentado de uma doença em particular ou a uma causa de morte”*.

Segundo Bolick (2000), uma organização americana – a *American Safety and Health Institute (ASHI)*, apresentou em conferência um levantamento das necessidades relativas à segurança nos profissionais de saúde tendo enumerado alguns fatores como ameaças à segurança no local de trabalho: *“ (...) violência no local de trabalho, alergia ao látex, hepatite, lesões lombares, picadas acidentais com agulhas, exposição a substâncias químicas tóxicas, radiação e fármacos em suspensão aerossol”*.

- **Riscos de natureza biológica**

Entende-se por agentes biológicos, os que resultam da ação de agentes animados como vírus, bacilos, fungos e bactérias (Ribeiro, 1997), ou, como descreve Rodrigues et al. (2003), microrganismos (bactérias, vírus, fungos), incluindo os geneticamente modificados, as culturas de células e os endoparasitas humanos e outros suscetíveis de provocar infeções, alergias ou intoxicações.

O risco ocupacional associado aos agentes biológicos é conhecido desde a década de 1940 e pode atingir não só os profissionais de saúde, como outros profissionais e ainda todos os visitantes das unidades de saúde e familiares que coabitam no domicílio dos doentes (Maia, 2005).

Quanto aos riscos biológicos, Jansen Ac. (1997) refere que estes dizem respeito ao contacto do trabalhador com micro-organismos (principalmente vírus e bactérias) ou material infetado, os quais podem causar doenças como a tuberculose, hepatite, rubéola, herpes, escabiose e SIDA.

Segundo Brevidelli (1997), a exposição ocupacional por material biológico é entendida como a possibilidade de contacto com sangue e fluidos orgânicos no ambiente de trabalho, e as

formas de exposição incluem inoculação percutâneas, por intermédio de agulhas ou objetos cortantes, e o contacto direto com pele e/ou mucosas.

Para Saghafi et. al. citado por Ferreira (2005) “ (...) *mais de 20% das lesões provocadas por objetos cortantes e/ ou perfurantes ocorrem durante a eliminação destes. Referem ainda, que as lesões também ocorrem durante tentativas para recapsular as agulhas, uma prática que deve ser abandonada. Verifica-se contudo que uma grande parte de profissionais age com negligência, mesmo estando consciente dos riscos que decorrem de recolocar os invólucros protetores das agulhas utilizadas.*”

Segundo Maia (2005), dados aceites internacionalmente apontam que em consequência de “picada de agulha” os profissionais de saúde apresentam uma probabilidade de adquirir SIDA de 0,3%, a hepatite C de 2 a 7% e hepatite B de 2 a 40%, neste último caso em profissionais não vacinados e com a presença de AgHbe positivo no doente. Para Almagro (2006), o risco de infeção por transmissão percutânea com agulha oca contaminada por VIH é de 0,3%, diminuindo esse risco para 0,09% no caso das membranas mucosas.

A hepatite B é, atualmente, a doença ocupacional de carácter infeccioso mais importante no pessoal de saúde, sendo o risco de a adquirir mais elevado nos primeiros anos de exercício profissional e nos serviços em que se verifica contacto frequente com sangue (Otero, 1997). Segundo este autor, hoje dispõe-se de eficazes medidas para a prevenir, mediante o recurso a barreiras físicas (luvas, agulhas e seringas descartáveis), químicas e biológicas (gamaglobulina hiperimune e vacinas).

Desde a descoberta do vírus da hepatite B, por Baruch, Blumberg e Coll, nos anos 1960, muito se aprendeu a seu respeito, porém, até aos dias actuais, muitos estudos demonstraram a existência de uma elevada prevalência da doença em vários segmentos da população em geral, e especialmente entre os profissionais de saúde expostos a acidentes com objectos perfurantes e cortantes, envolvendo material biológico (Bulhões, 1998).

O mesmo não se verifica para o vírus da SIDA, em que a prevalência nos profissionais de saúde é idêntica à da população em geral. Para Manzano (1999) “esta é a razão principal pela qual, de um modo geral a nível mundial, as hepatites são consideradas doenças profissionais para os trabalhadores da saúde e a SIDA como doença consequência de acidente de trabalho”.

- **Riscos de natureza física**

Os riscos de natureza física são as alterações negativas do meio envolvente, tais como, iluminação, temperatura e ventilação (DRSH citado por Corte et al., 2005). De modo mais abrangente, Bulhões (1998), considera que os riscos de natureza física no ambiente hospitalar estão representados pelas radiações ionizantes (raios X, raios gama, raios beta), não ionizantes (ultravioleta, infravermelhos, micro-ondas e raio laser), ruídos, vibrações, pressões anormais, temperaturas, eletricidade e iluminação.

Segundo Nunes (2004), “*as Instalações de Saúde são dos locais mais perigosos para a segurança e saúde das pessoas, onde se incluem, os profissionais, os visitantes e os próprios*

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

Segundo Marziale e Carvalho (1998) os riscos físicos são referentes à temperatura ambiental, radiação ionizante, ruídos, iluminação em níveis inadequados e exposição do trabalhador a incêndios e choques elétricos.

Um dos fatores de risco de natureza física, felizmente pouco frequente a nível das instituições de saúde, são as vibrações. Os seus efeitos prejudiciais para além de atingirem os funcionários do hospital, os doentes e as estruturas da edificação, atingem também determinado tipo de equipamento sensível, impedindo o seu adequado funcionamento. A nível dos doentes, as lesões provocadas pelas vibrações podem facilmente ser percebidas, basta para isso pensar em determinadas técnicas de terapia como o ultrassom terapêutico e a litotripsia (Benavides, 2000).

Os profissionais de saúde enfrentam também problemas a nível da temperatura, uma vez que os edifícios tendem a estar muito quentes, para benefício dos doentes, expondo assim os profissionais a frequentes alterações térmicas quando se deslocam entre áreas diferentes do hospital. Segundo Miguel (2007), “o problema colocado pelos ambientes térmicos é o da homeotermia (manutenção da temperatura interna do corpo), a qual garante um funcionamento ótimo das principais funções do organismo e em particular do sistema nervoso central”. De facto, à medida que o nível de stress térmico se eleva acima da zona de conforto, aparecem estados sucessivos de mal-estar psicológico que vão desde a sensação puramente subjetiva de estar incomodado, a uma redução apreciável do rendimento de tarefas que exigem destreza manual. A este propósito, Fonseca (2002), considera que a manutenção de um ambiente térmico neutro, exige o controlo de quatro fatores (principais) que intervêm nas trocas de calor efetuadas entre o homem e o ambiente em que está inserido, sendo eles: a temperatura, a humidade, a velocidade do ar e o calor radiante. As instituições de saúde devem por isso, ser dotadas de equipamentos de climatização que garantam adequadas condições de conforto e de higiene.

Outro fator de risco de natureza física é a iluminação. Uma iluminação adequada é, pois, uma condição imprescindível para obter não só o conforto do posto de trabalho mas também o rendimento laboral e, está intimamente ligada à regulação dos estados de alerta e descanso do ser humano (Cueto cit. por Benavides et al., 1997).

Facilmente se compreende que para se desenvolver uma boa prestação de serviços e para a segurança quer dos profissionais quer dos utentes, em qualquer serviço em que se prestem cuidados de saúde, é necessária a existência de boas condições de iluminação, até porque cerca de 80% dos estímulos sensoriais são de natureza ótica. Se a iluminação for deficiente pode não só conduzir a erros e baixa eficiência, como também pode originar quedas e outros

incidentes, e até cefaleias e cansaço visual. Por outro lado, a luz excessiva também é prejudicial, conduzindo essencialmente ao encandeamento (Corte et al., 2005).

Para Barroso et al. (2006), a iluminação é importante em todas as situações de trabalho, na medida em que, sendo a maioria das tarefas realizadas essencialmente sob controlo visual, o trabalhador tem absoluta necessidade de ver bem a zona de trabalho e os objetos a manipular e de ter a perceção da profundidade do campo e do contraste visual. Para além da iluminação correta do ambiente de trabalho, deve ser valorizada a identificação de contrastes excessivos no campo visual, bem como as fontes de encandeamento direto ou refletido.

Em relação aos riscos de natureza física, a exposição a radiações ionizantes é um dos problemas de maior acuidade para os profissionais de saúde. Segundo Carvalho (2004), em Portugal existem cerca de 11.000 trabalhadores profissionalmente expostos às radiações ionizantes, sendo a larga maioria pertencente ao sector da saúde (cerca de 82%).

Segundo Otero (1997), as radiações ionizantes são um dos riscos melhor conhecidos, e frente ao qual se têm adotado importantes medidas preventivas, as quais fazem com que quase só os profissionais das radiações corram riscos, sendo hoje em dia, maiores em consultórios e pequenas clínicas privadas onde não se adotaram medidas de segurança, assim como pela utilização das radiações fora do serviço de radiologia, por exemplo, no bloco operatório, ortopedia e pediatria.

É do conhecimento geral que a exposição às radiações ionizantes tem efeito cumulativo e nocivo para o sistema hematopoiético, sistema reprodutor, pele e outros tecidos (Oliveira, 2001). A prevenção dos riscos associados às mesmas, passa fundamentalmente pela definição e identificação das áreas de trabalho de acordo com o risco de exposição e, redução do tempo de exposição (Fonseca, 2002). Por outro lado, as radiações não ionizantes, às quais pode existir exposição hospitalar, são: radiação ultravioleta, raios laser, campos magnéticos e radiofrequências. Embora teoricamente, possam produzir efeitos sobre a saúde, na prática o risco é insignificante. No ambiente hospitalar, o ruído é um fator que, a elevados níveis, pode conduzir a perdas de audição, mas que, em níveis menos elevados, provoca o denominado “efeito intrusivo” sendo comprovadamente precursor de situações de “distress” que associadas a outros fatores, influencia negativamente a execução de tarefas que exigem concentração e a tomada de decisões, com repercussões graves, quer para os trabalhadores quer para os doentes (Maia, 2005).

A ventilação inadequada é outro problema que se verifica nos serviços de saúde. Segundo Corte et al. (2005), os sistemas de ventilação são, muitas vezes, ineficazes e as janelas não se podem abrir. Uma ventilação adequada deveria renovar o ar na totalidade e distribuir ar fresco por todo o edifício, com uma temperatura e humidade controladas. A ausência de humidificadores do ar contribui para que as mucosas sequem, sendo também responsável por problemas respiratórios. Por outro lado, nem sempre há uma verificação periódica da água dos sistemas de ventilação e dos filtros do ar condicionado, o que pode trazer graves danos à saúde.

Um estudo realizado no final de 2005, em 19 hospitais de Norte a Sul de Portugal, revelou que as medidas para o controlo das infeções hospitalares no que respeita à qualidade do ar não eram suficientes. Nesse estudo, em mais de metade dos hospitais foram encontradas amostras de ar em que o número de bactérias ultrapassava o valor máximo indicado pela OMS para ambientes saudáveis, de 500 ufc/m³ (unidades formadoras de colónias por metro cúbico). Em alguns casos, os valores detetados rondavam os 900 ufc/m³, quase o dobro do valor preconizado por aquela organização. O facto de se verificarem valores acima do limite indicado em hospitais situados em áreas geográficas díspares, revela que não se trata de um problema localizado (Moreira, 2005).

Nesse estudo, refere-se, igualmente, que os fungos e as leveduras podem causar problemas de saúde, sobretudo ao nível respiratório e da pele, tendo-se constatado que o valor de 300 ufc/m³, indicado pela OMS, tinha sido ultrapassado em quatro hospitais.

- **Riscos de natureza química**

Os riscos de natureza química resultam da manipulação e inalação de substâncias químicas (DRHS cit. por Corte et al., 2005). De acordo com Uva (2000), os fatores de risco de natureza química são o mais extenso subgrupo de agentes causais de doença profissional, e, as dermatoses profissionais, pela sua frequência, constituem uma situação com grande importância em patologia e clínica do trabalho.

Em diversas instituições de saúde, utilizam-se diversas substâncias químicas que podem ter como consequência uma simples irritação e/ou sensibilização alérgica, mas também efeitos mutagénicos, teratogénicos e/ou cancerígenos (Oliveira, 2001).

O eczema alérgico de origem profissional é mais frequente entre os profissionais de laboratório, enfermeiros, auxiliares de ação médica, entre outros, devido ao contacto repetido com produtos químicos, medicamentos, anestésicos e antissépticos, bem como a frequente lavagem das mãos (Otero, 1997).

Alguns dos fatores de risco químico, referenciados a nível internacional, devem-se ao uso prolongado de luvas de látex, ao manuseio de detergentes e solventes, à manipulação de drogas antineoplásicas e antibióticos de última geração, à inalação de gases anestésicos, à exposição aos vapores de formaldeído e glutaraldeído e aos vapores dos gases esterilizantes, entre outros (Xelegati et al., 2006).

Segundo Corte (2005), todos os dias os profissionais de saúde lidam com um grande número de agentes tóxicos, cujo contacto pode trazer diversas consequências pela sua inalação, digestão ou absorção através da pele. Os efeitos podem ocorrer através de reações dermatológicas, tonturas, cefaleias e dificuldade respiratória, podendo mais tarde provocar doenças como asma e eczemas. Todavia, nem sempre a exposição resulta em efeitos prejudiciais à saúde, na medida em que dependem de fatores tais como: tipo e concentração do agente químico, frequência e duração da exposição, práticas e hábitos de trabalho e suscetibilidade individual.

- **Riscos de natureza ergonómica**

Os fatores de risco ergonómicos, muitas vezes interligados e confundidos com os fatores de risco físico, dos quais não se podem separar, são maioritariamente decorrentes da organização e da gestão das situações de trabalho. Assim, podemos identificar como fatores de risco ergonómico aos quais os trabalhadores se encontram expostos: as posturas inadequadas adotadas para realização das tarefas diárias, o esforço físico necessário, a manipulação manual de cargas, as reduzidas áreas disponíveis de ação, as cargas volumosas e pesadas, os movimentos repetitivos, as atividades monótonas, a trajetória diária necessária para execução das tarefas.

Segundo Marziale (1998), na sua pesquisa subordinada à temática “*Condições ergonómicas do trabalho da equipe de enfermagem em unidade de internamento de cardiologia*” refere que o frequente levantamento de peso para mobilização e transporte de doentes e equipamentos, a postura inadequada e flexões de coluna vertebral em atividades de organização e assistência, podem causar problemas à saúde do trabalhador, tais como fraturas, lombalgias e varizes. Tais fatores causais estão relacionados a agentes ergonómicos.

O frequente levantamento de peso para movimentação e transporte de pacientes e equipamentos, a postura inadequada e flexões de coluna vertebral em atividades de organização e assistência podem causar problemas à saúde do trabalhador, tais como fraturas, lombalgias e varizes. Tais fatores causais estão relacionados a agentes ergonómicos (Marziale e Carvalho, 1998).

Para Cotrim (2006), de um modo geral, as tarefas de movimentação de doentes, associadas às condições de realização e às características individuais dos enfermeiros, condicionam a adoção de posturas penosas, com duração e frequência elevadas, e a movimentação de cargas, com a realização de força de forma frequente, aspetos que se identificam como fatores de risco de lesões músculo-esqueléticas, em particular da coluna vertebral, cintura escapular e membros superiores. Para o autor, a realização destas tarefas é também uma das principais causas de lesões acidentais em enfermeiros.

Também na opinião de Alexandre (1998), um facto relevante no trabalho de enfermagem refere-se ao seu contingente, que na maioria é formado por mulheres, as quais apresentam menor resistência nos ligamentos e músculos que cercam e protegem os discos intervertebrais, sendo por esse motivo mais suscetíveis às lesões da coluna, mesmo no manuseamento de cargas leves.

Bernardino Ramazini (1713), considerado o “pai” da medicina, considera os movimentos repetitivos das mãos, as posturas corporais contraídas e a fadiga/stress mental como causas das lesões musculares por esforços repetitivos no trabalho (LMERT).

Em contextos ocupacionais que implicam a manipulação de doentes e acamados, existem estudos que indicam que a movimentação manual de cargas (MMC) poderá ser responsável por cerca de 40% de todos os acidentes ocorridos, sendo que destes 80% correspondem a

acidentes que implicam cerca de 4 semanas de absentismo por doença ou lesão (Davies et al., 2003).

Segundo Heran-Le Roy et al., (1999), existem alguns estudos epidemiológicos que sugerem, de forma inequívoca, que uma elevada prevalência de dores na zona dorso-lombar se deve, essencialmente, à necessidade de se efetuarem manipulações de cargas.

Em muitas atividades (enfermagem, hospitais, embalagem, expedição, transportes e logística), a existência de elevações de pesos frequentes, a manipulação de cargas elevadas, assim como a necessidade de adoção de posturas incorretas, são elementos presentes no dia-a-dia dos trabalhadores. Assim, as cargas elevadas e a frequência com que as mesmas são manipuladas fazem com que surjam lesões críticas, e por vezes crónicas, ao nível da coluna vertebral (Johanning, 2000).

Estes factos levaram a uma preocupação crescente no mundo da saúde ocupacional, desencadeando um pouco por toda a Europa campanhas de sensibilização como é o caso da campanha europeia de 2007 cujo lema foi “*Atenção! Mais carga não*”, dedicada às lesões músculo-esqueléticas. No entanto, a campanha, cujo objetivo consistia em levar mais longe o combate contra este tipo de lesões já havia sido iniciada na primeira semana europeia, em 2000, sob o lema “*Não vires as costas às perturbações músculo-esqueléticas*”.

- **Riscos de natureza psicossocial e stress ocupacional**

Entre os riscos psicossociais nos profissionais de saúde, está a sobrecarga motivada pelo contacto com o sofrimento de pacientes, com a dor e a morte, o trabalho noturno, rodízios de turno, ritmo de trabalho, realização de tarefas múltiplas, fragmentadas e repetitivas, o que pode levar à depressão, insónia, suicídio, tabagismo, consumo de álcool e drogas e fadiga mental, de acordo com o referido por Estryn-Behar (1996).

Disfuncionamentos do foro psicossomático, perda de autoestima, problemas familiares e de enquadramento socioprofissional, são declarações evidentes de distúrbios no contexto profissional, apresentando-se como fatores de risco psicossociais e produto dos mesmos, porém invisíveis, segundo Caetano, A. & Vala, J. (2002).

Na verdade, os resultados que o trabalho apresenta sobre a nossa saúde, são maioritariamente “silenciosos e não apreendidos pelo saber estritamente médico” (Assunção, 2003), sobretudo no domínio dos fatores de risco psicossociais, domínio este invisível pela ausência de relações causa – efeito, pela presença de múltiplas causas e pela ausência de uma grande expressão, através de um número representativo.

Ao nível organizacional vários móbeis podem ser identificados, ainda que reconhecendo a dificuldade de sermos totalmente exaustivos. Entre eles encontra-se a “percentagem elevada de tempo dedicado ao trabalho, o tipo de trabalho realizado (repetitivo, por exemplo), a sobrecarga ou subcarga de trabalho, a ambiguidade de papéis/conflito de papéis, as condições de trabalho, o trabalho por turnos, a introdução de novas tecnologias, as viagens frequentes, o desenvolvimento na carreira”, sem esquecer todo um conjunto de causas socioeconómicas e

culturais como a “inovação tecnológica, a crescente competitividade, (...) a rapidez da mudança tecnológica e social, o surgimento rápido de novas profissões com desaparecimento de outras ditas tradicionais e a passagem de trabalho essencialmente manual para trabalho intelectual” (Caetano, J. & Vala, J. 2002).

Segundo Silverstein (1985), considera-se que existe repetitividade numa situação de trabalho sempre que se reconhece a realização de movimentos idênticos, realizados mais de duas a quatro vezes por minuto, acima de 50% do tempo de ciclo de trabalho, em ciclos de duração inferior a 30 segundos ou realizados durante mais de 4 horas, no total de 8 horas correspondente a um usual dia de trabalho.

De acordo com Loff (1994), o trabalho em equipa é a atividade sincronizada e coordenada de diversos profissionais, de categorias diferentes para cumprir um objetivo comum, sendo que o produto final é diferente da soma das partes, ou seja, o trabalho desenvolvido por cada trabalhador isoladamente é diferente daquele realizado pela equipa.

Graça (1992) salienta que as equipas falham por falta de capacidades de relações humanas, por falta de saber-ser e saber-estar em grupo, por falta de liderança eficaz e por falta de heterogeneidade das competências e papéis.

O stress ocupacional refere-se à interação das condições de trabalho com as características do trabalhador, de tal modo que as exigências que lhe são criadas ultrapassam a sua capacidade em lidar com elas (Ross e Altmaier, 1994 apud Serra, 2002).

Gray-Toft e Anderson (1981), citados por McIntyre (1994), realizaram um estudo de stress em enfermeiros, no qual identificaram como principais situações indutoras de stress a sobrecarga de trabalho e o facto de se sentirem insuficientemente preparados para lidar com exigências emocionais dos doentes e suas famílias.

Para além dos vários riscos psicossociais enumerados, os profissionais de saúde são sujeitos a atos de violência verbal e física sendo os responsáveis, na maioria das situações, os próprios doentes e os seus acompanhantes (Maia, 2004). Segundo o autor, os atos de violência podem ser provocados por motivos técnicos, erros associados ao diagnóstico ou por procedimentos administrativos, e os enfermeiros, a par dos administrativos que fazem o atendimento, são os profissionais mais atingidos.

O trabalho por turnos, também considerado um fator de risco de natureza psicossocial, desencadeia na maior parte das vezes alterações físicas e psicológicas, que se traduzem por transtornos do sono, digestivos, cardiovasculares, lombalgias de esforço, stress e o síndrome de burnout. O trabalho por turnos, nomeadamente o que inclui o trabalho noturno, é um fator de desregulação dos ritmos biológicos normais, interferindo sobretudo com o ritmo circadiano e obrigando o organismo a esforços de adaptação que inevitavelmente conduzem a situações de desgaste e fadiga (Benavides, 1997).

Da mesma forma, Otero (1997) considera que o trabalho noturno realiza-se em situação de “desativação noturna”, que ao exigir um esforço redobrado, ocasiona maior fadiga, a qual não

se elimina totalmente, na medida em que o sono de dia é menos reparador, levando assim a uma situação de fadiga crônica.

Perante a bibliografia consultada poder-se-á considerar praticamente consensual que, as repercussões fisiológicas e psicológicas do stress conduzem a uma diminuição da performance dos trabalhadores e da qualidade dos serviços prestados, a um aumento do absentismo, a um aumento do número de acidentes, a problemas de relacionamento social e familiar e a um sentimento generalizado de insatisfação pessoal e profissional.

2.3.4 Formação em Segurança e Comportamentos de Segurança

Um exemplo concreto ilustrativo da importância crescente da formação em segurança, no âmbito da diminuição dos acidentes de trabalho e promoção dos comportamentos de segurança, foi a criação nos Estados Unidos da América, de duas agências federais com o objetivo de assegurar as condições de saúde e segurança no trabalho, através da melhoria na investigação, regulação e formação: o Instituto Nacional para a Segurança e Saúde Ocupacional (NIOSH) e a Administração da Segurança e Saúde Ocupacional (OSHA). Estas agências têm a responsabilidade de “estabelecer e supervisionar os programas para a educação e formação dos empregadores e colaboradores das organizações, no reconhecimento, evitamento e prevenção das condições de trabalho perigosas ou pouco saudáveis” (NIOSH, 1999, pp. 1). No quadro de referência destas entidades, a formação em segurança está incluída no conceito de intervenção em segurança, sendo esta definida como uma tentativa de mudar o modo como as coisas são feitas, com o objetivo de melhorar a segurança (Robson, Shannon, Goldenhar, e Hale, 2001).

Cohen e Colligan (1998), por sua vez, definiram formação no âmbito da saúde e segurança no trabalho como a instrução sobre reconhecimento de riscos e controlo de medidas, aprendizagem de práticas de trabalho seguras e uso apropriado de equipamento de proteção pessoal, e aquisição de conhecimento sobre procedimentos de emergência e ações preventivas. Para além disso, a formação nesta área poderá também fornecer aos trabalhadores formas de obterem conhecimento acrescido sobre potenciais riscos e o seu controlo, sendo que os trabalhadores poderão obter competências para assumir um papel mais ativo na implementação de programas de controlo de riscos ou na promoção de mudanças organizacionais que favoreçam a proteção no local de trabalho. A perspetiva destes autores atribui à formação em segurança, portanto, os objetivos de desenvolver conhecimentos, competências, mudança ou aquisição de vários tipos de comportamentos benéficos para a segurança.

Na perspetiva de formação dos vários profissionais que trabalham com as pessoas idosas, Pimentel (2001), afirma que essa é uma das condições básicas para promover a humanização dos serviços, impondo-se uma (in)formação permanente quer sobre o processo de envelhecimento, quer sobre os diversos aspetos que lhe estão associados e as suas várias

dimensões, isto é, o envelhecimento é um processo que tem dimensões biológicas, psíquicas e sociais e que ocorre de forma diversa nas pessoas, em função de determinados fatores, não sendo exequível definir parâmetros pré-determinados, comuns a todos os indivíduos. Tal argumento implica que os vários profissionais tenham de estar conscientes.

3 OBJETIVOS E METODOLOGIA

3.1 Objetivos da Tese

Desenvolver um estudo de caracterização das condições de trabalho dos Ajudantes de Ação Direta em Estabelecimentos de Apoio Social, no sentido de delinear, equacionar e apontar estratégias de prevenção de riscos ocupacionais, foi o objetivo geral do presente estudo.

Para concretizar o objetivo geral, definiram-se os seguintes objetivos específicos:

- Identificar o tipo de equipamentos de proteção individual (EPI's) mais utilizados pelos trabalhadores e a razão;
- Quanto à movimentação manual de cargas, obter a percepção dos trabalhadores relativamente ao peso da carga que movimentam e equipamentos utilizados;
- Percecionar a existência de ritmos de trabalho elevado, tarefas repetidas, má organização do trabalho, pausas ao longo dos turnos de trabalho, bem como cansaço físico e psicológico;
- Conhecer as mudanças ou alterações propostas pelos profissionais, apreendendo a satisfação profissional dos trabalhadores.

Por forma a se atingirem os objetivos indicados, o estudo foi desenvolvido em diferentes fases adotando-se a metodologia de abordagem que se apresenta em seguida.

3.2 Metodologia Global de Abordagem

O plano global do trabalho desenvolvido encontra-se explanado na Figura 5. Esta representação esquemática engloba as 4 principais fases do estudo:

- Definição do problema e dos objetivos a alcançar;
- Construção de um inquérito, como instrumento de recolha de dados, identificação da população objeto de estudo;
- Recolha, tratamento e análise dos dados obtidos do inquérito;
- Conceção de soluções a nível do profissional e da organização.

A fase de revisão de bibliografia acompanhou todo o desenvolvimento deste trabalho.

Note-se que, o desenvolvimento e a redação deste estudo foram antecidos pelo projeto de Estudo de Caso desenvolvido no âmbito de uma unidade curricular do Mestrado em Engenharia de Segurança e Higiene Ocupacionais (MESH0).

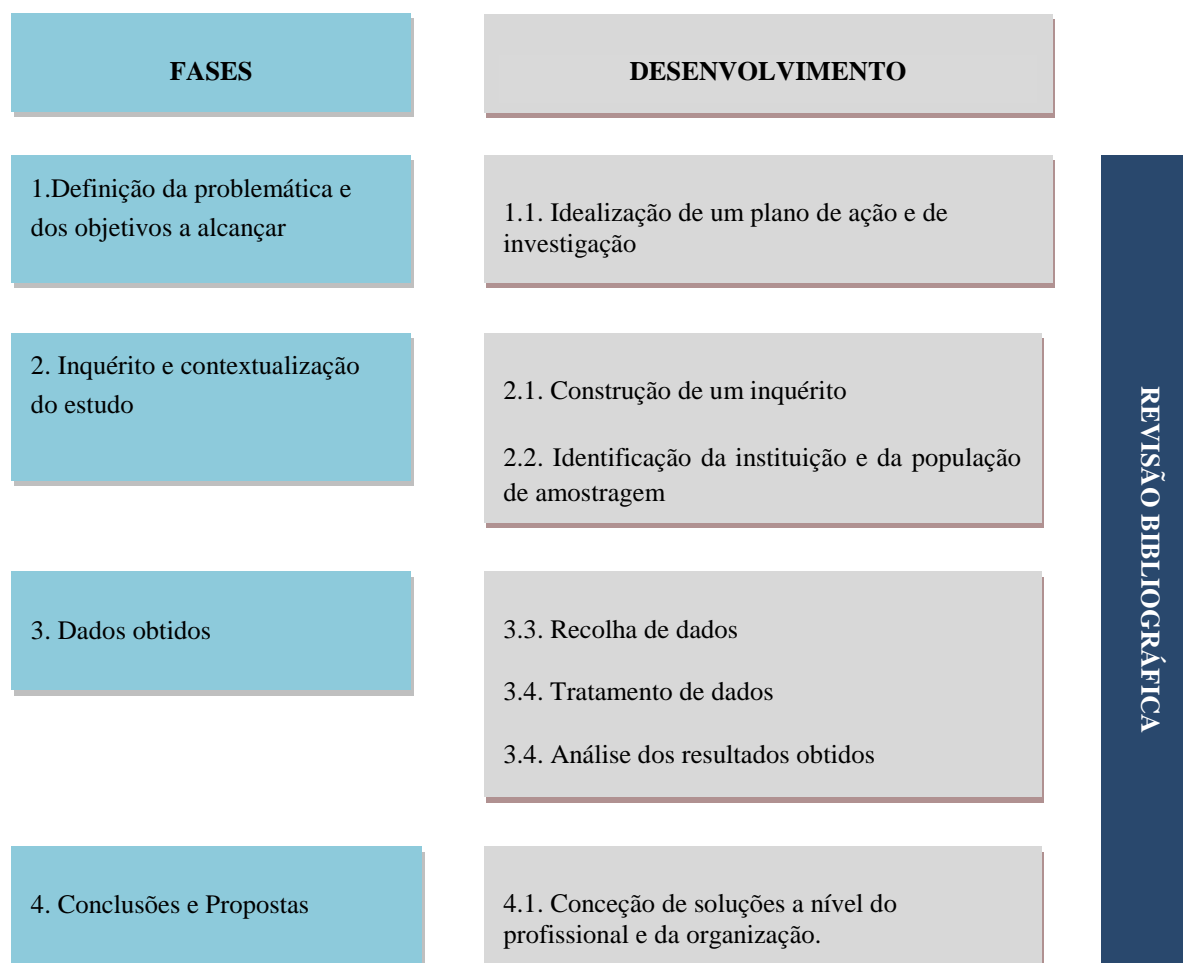


Figura 5 – Representação esquemática: diferentes fases e desenvolvimento do estudo.

3.3 Materiais e Métodos

No presente ponto pretende-se apresentar e justificar instrumento de recolha de dados - o inquérito utilizado como técnica de pesquisa, bem como o procedimento de aplicação dos inquéritos.

3.3.1 Materiais

No sentido de recolher de forma estruturada informação do grupo objeto do presente estudo, foi selecionado um suporte de informação organizado na forma de inquérito. A seleção do inquérito enquanto técnica de pesquisa teve em consideração a possibilidade de permitir quantificar uma diversidade de dados, de obter um grande número de análises. Lançado por administração direta e garantido o anonimato as pessoas puderam responder a questões de carácter subjetivo, como as que se referem a existência de doença ou lesão por motivos profissionais, queixas na organização do trabalho, queixas músculo-esqueléticas, percepção do

risco e indicação de possíveis mudanças nas condições de trabalho. Desta forma, pretendeu-se favorecer a participação dos inquiridos e com a maior veracidade possível.

A construção do inquérito foi efetuada especificamente para o presente estudo, tendo como base principal a observação participante com real perceção das características da profissão e do profissional aquando do acompanhamento direto de uma profissional nos seus turnos de trabalho, para elaboração de um Estudo de Caso. É de referir que também contou com o apoio da revisão bibliográfica realizada, as várias dimensões e patamares relativos às condições de trabalho e de vida. No Anexo B encontra-se a versão final do inquérito desenvolvido. Optou-se por organizar o inquérito em dois segmentos principais:

- O Profissional. Pretende-se obter a caracterização social em termos demográficos e profissionais da amostra: sexo, idade, estado civil, número de filhos, grau de escolaridade, tempo de trajeto casa-trabalho, meio de transporte, função desempenhada, pluriemprego, antiguidade na instituição, regime de trabalho, exercício de outra profissão, ausência por doença natural ou profissional.
- O Trabalho. Aborda questões diretamente relacionadas com as tarefas que o trabalhador executa: uso de equipamento de proteção individual, movimentação manual de cargas, manuseamento de produtos químicos, tarefas repetitivas, ritmo de trabalho, pausas no trabalho, cansaço psicológico, cansaço físico, queixas músculo-esqueléticas, organização do trabalho, possíveis mudanças no trabalho.

O Profissional

A caracterização do profissional engloba a caracterização demográfica, a caracterização profissional e a informação relativa a doença ou lesão profissionais. Para tal, foram incluídas questões pertinentes, através das quais se ambicionou obter a descrição mais aprofundada possível do profissional em estudo. Assim, nos inquéritos distribuídos foram incluídas as questões que constam da Tabela 5.

Tabela 5 – O Profissional: Questões e aspetos caracterizar

Questão (Q)	Aspetos a Caracterizar
Q.1 – Sexo Q.2 – Idade Q.3 – Estado civil Q.4 – Número de filhos Q.5 – Grau de escolaridade	Caracterização Demográfica
Q.6 – Tempo que demora a chegar ao local de trabalho Q.7 – Meio de transporte que utiliza para se deslocar ao local de trabalho Q.8 – Função que desempenha nesta instituição	Caracterização Profissional

Questão (Q)	Aspetos a Caracterizar
Q.9 – Juntamente faz outro trabalho ou serviço? Q.10 – Há quanto tempo trabalha na instituição? Q.11 – Regime de trabalho Q.12 – Anteriormente exerceu esta profissão ou outra diferente noutra local de trabalho? Q.13 – Nesta instituição já exerceu outra profissão?	
Q.14 – Já esteve alguma vez de baixa ou ausente do trabalho Q.15 – Sofre ou já sofreu de alguma doença ou lesão por motivos profissionais	Doença ou Lesão profissionais

As questões desenvolvidas para caracterização do profissional também tiveram como alicerce a perceção aquando do trabalho de estudo de caso anteriormente realizado.

O Trabalho

Como referido anteriormente, no âmbito da realização do trabalho de estudo de caso verificou-se a existência de variáveis importantes que deveriam ser analisadas mais profundamente. Mediante essa observação e perceção, na construção do inquérito foram incluídas as questões que listam na Tabela 6, bem como os aspetos e fatores de risco que se pretendem investigar.

Tabela 6 – O Trabalho: Questões, aspetos e fatores de risco a caracterizar

Questão (Q)	Aspetos	Fatores de Risco
Q.16 – Durante a realização das tarefas usa equipamentos de proteção e segurança? Quais? Motivo. Q.17 – Quando utiliza os equipamentos de proteção e segurança, sabe do que se está a proteger?	Equipamentos de Proteção Individual (EPI's)	Biológicos e Físicos
Q.18 – Qual a carga máxima (Kg) que costuma levantar ou movimentar, sem ajuda? Q.19 – Quando transporta cargas pesadas, utiliza máquinas ou aparelhos próprios? Quais	Transporte e sustentação de cargas	Movimentação Manual de Cargas (MMC)
Q.20 – Quando lida com medicamentos ou produtos químicos, lê os rótulos ou instruções antes de os utilizar? Motivo	Produtos químicos	Químico
Q.21 – Executa tarefas repetidas? Em que turnos	Organização do trabalho	Psicossocial

Questão (Q)	Aspetos	Fatores de Risco
Q.22 – Consegue fazer pausas ou descansar durante o turno?	(Repetitividade e monotonia)	
Q.23 – A maneira como faz cada tarefa, é da forma que: viu os outros trabalhadores fazerem; teve formação prévia de como fazer; um superior/técnico explicou como se deve fazer.	Formação	Psicossocial
Q.24 – O ritmo do trabalho tem de ser elevado? Em que turno. Q.25 – Quando termina um turno de trabalho, sente-se cansado psicologicamente? Em que turno. Q.26 – Quando termina um turno de trabalho, sente-se cansado fisicamente? Em que turno. Q.27 – Quando termina um turno de trabalho, sente alguma dor? Local do corpo. Q.28 – Consegue realizar todas as tarefas em cada turno? Q.29 – Acha que a forma como as tarefas estão organizadas em cada turno é a mais correta? Q.30 – Acha que determinadas tarefas, se fossem realizadas com mais trabalhadores, em equipa, seriam mais simples?	Organização do Trabalho (Tarefas, Tempo de trabalho, Turnos, Equipas, Carga de trabalho, Monotonia, Stress)	Psicossocial
Q.31 – Se pudesse alterava ou mudava alguma coisa na sua profissão? O quê? Q.32 – Se pudesse mudava de profissão? Porquê?	Mudança/Alteração na profissão	_____

Relativamente aos fatores de risco da natureza biológica e física, relacionados com o uso de equipamentos de proteção individual, foram incluídas no inquérito as questões Q.16 e Q.17 já apresentadas anteriormente, para as quais se tiveram em conta os documentos indicados na Tabela 7.

Tabela 7 – Questões Q.16, Q.17 - Fatores de risco biológico e físico

Questão (Q): Q.16 e Q.17	Fatores de Risco: Biológicos e Físicos
<p>Diplomas e Normas</p> <p>Decreto-lei n.º 84/97 de 16 de Abril: estabelece prescrições mínimas de proteção da segurança e da saúde dos trabalhadores contra os riscos da exposição a agentes biológicos durante o trabalho.</p> <p>Portaria n.º 1036/98 de 15 de Dezembro, altera a lista dos agentes biológicos classificados para efeitos da prevenção de riscos profissionais, aprovada pela Portaria n.º 405/98, de 11 de Julho.</p> <p>Decreto-lei n.º 72/92 de 28 de Abril, estabelece o quadro geral da proteção dos trabalhadores contra riscos decorrentes da exposição ao ruído durante o trabalho.</p> <p>Decreto-lei n.º 46/2006 de 24 de Fevereiro, estabelece as prescrições mínimas de segurança e saúde do trabalho respeitante à exposição a vibrações.</p>	

Questão (Q): Q.16 e Q.17	Fatores de Risco: Biológicos e Físicos
<p>Referenciais técnicos</p> <p>Orientação Técnica n.º1, “Gestão dos riscos profissionais em estabelecimentos de saúde” (2010), menciona como trabalhos ou atividades com exposição a riscos físicos: permanência em ambiente térmico fora da área de conforto, exposição ao ruído, trabalhos com equipamento elétrico em mau estado de conservação/funcionamento. A exposição a agentes biológicos está relacionada com o contato com doentes ou portadores de alguma doença, contato com resíduos, roupas e outros materiais potencialmente contaminados, atividades onde possa existir o contato com fluidos orgânicos.</p>	
<p>Conhecimento científico</p> <p>Segundo Ribeiro (1997), entende-se por agentes biológicos, os que resultam da ação de agentes animados como vírus, bacilos, fungos e bactérias, ou, como descreve Rodrigues et al. (2003), microrganismos (bactérias, vírus, fungos), incluindo os geneticamente modificados, as culturas de células e os endoparasitas humanos e outros suscetíveis de provocar infeções, alergias ou intoxicações.</p> <p>Maia (2005) refere que o risco ocupacional associado aos agentes biológicos é conhecido desde a década de 1940 e pode atingir não só os profissionais de saúde, como outros profissionais e ainda todos os visitantes das unidades de saúde e familiares que coabitam no domicílio dos doentes.</p> <p>Bulhões (1998), considera que os riscos de natureza física no ambiente hospitalar estão representados pelas radiações ionizantes (raios X, raios gama, raios beta), não ionizantes (ultravioleta, infravermelhos, micro-ondas e raio laser), ruídos, vibrações, pressões anormais, temperaturas, eletricidade e iluminação.</p> <p>Marziale e Carvalho (1998), consideram os riscos físicos referentes à temperatura ambiental, radiação ionizante, ruídos, iluminação em níveis inadequados e exposição do trabalhador a incêndios e choques elétricos.</p> <p>Segundo Carvalho (2004), em Portugal existem cerca de 11.000 trabalhadores profissionalmente expostos às radiações ionizantes, sendo a larga maioria pertencente ao sector da saúde (cerca de 82%).</p>	

Na construção das questões relativas à movimentação manual de cargas (Q.18 e Q.19), foram tidos em ponderação os documentos indicados na Tabela 8.

Tabela 8 – Questões Q.18, Q.19 - Fatores de risco Movimentação Manual de Cargas

Questão (Q): Q.18 e Q.19	Fatores de Risco: Movimentação Manual de Cargas
<p>Diplomas e Normas</p> <p>Decreto-lei n.º 330/93 de 25 de Setembro: prescrições mínimas de segurança e saúde respeitantes à movimentação manual de cargas.</p>	
<p>Referenciais técnicos</p> <p>Documento técnico “Alivie a Carga – Prevenção das lombalgias no Setor dos Cuidados de Saúde” (IGT, 2007): medidas de prevenção possíveis a adotar pelos profissionais de saúde para a redução do risco de lombalgias.</p> <p>“Técnicas de mobilização de doentes para prevenir lesões músculo-esqueléticas na prestação de cuidados de saúde” (E-FACTS 28, EU-OSHA, 2009): abordagem das diferentes técnicas de mobilização de doentes, bem como a indicação da técnica adequada, os princípios básicos e a exemplificação ilustrada de diferentes técnicas.</p>	

Questão (Q): Q.18 e Q.19	Fatores de Risco: Movimentação Manual de Cargas
<p>Relatório Estatístico sobre o Trabalho e Segurança na União Europeia (1994-2002), demonstra que o desempenho profissional diário de 33% da população ativa da União Europeia obriga à adoção de posturas “penosas” e cansativas pelo menos durante metade do período de trabalho.</p> <p>Dados do “Estudo sobre a Sinistralidade em Portugal” desenvolvido em 1998 pelo Departamento de Estatísticas do Trabalho, Emprego e Formação Profissional do Ministério do Trabalho e da Solidariedade, refere os “gestos ou as posturas incorretas”, bem como a “movimentação manual de cargas” como as categorias de risco profissionais mais citadas pelos sinistrados.</p>	
<p>Conhecimento científico</p> <p>Marziale (1998), refere que o frequente levantamento de peso para mobilização e transporte de doentes e equipamentos, a postura inadequada e flexões de coluna vertebral em atividades de organização e assistência, podem causar problemas à saúde do trabalhador, tais como fraturas, lombalgias e varizes.</p> <p>Cotrim (2006), menciona que as tarefas de movimentação de doentes, associadas às condições de realização e às características individuais dos enfermeiros, condicionam a adoção de posturas penosas, com duração e frequência elevadas, e a movimentação de cargas, com a realização de força de forma frequente, aspetos que se identificam como fatores de risco de lesões músculo-esqueléticas, em particular da coluna vertebral, cintura escapular e membros superiores.</p> <p>Alexandre (1998), indica que um facto relevante no trabalho de enfermagem se refere ao seu contingente, que na maioria é formado por mulheres, as quais apresentam menor resistência nos ligamentos e músculos que cercam e protegem os discos intervertebrais, sendo por esse motivo mais suscetíveis às lesões da coluna.</p>	

Relativamente aos fatores de risco da natureza química, a questão Q.20 incluída no inquérito, teve em consideração os documentos indicados na Tabela 9.

Tabela 9 – Questões Q.20 - Fatores de risco químico

Questão (Q): Q.20	Fatores de Risco: Químico
<p>Diplomas e Normas</p> <p>Decreto-lei n.º 305/2007 de 24 de Agosto: estabelece a segunda lista de valores limite de exposição profissional indicativos.</p> <p>Decreto-lei n.º 290/2001 de 16 de Novembro: regulamenta os valores limite de exposição profissional a agentes químicos.</p>	
<p>Referenciais técnicos</p> <p>Orientação Técnica n.º1, “Gestão dos riscos profissionais em estabelecimentos de saúde” (2010): menciona atividades ou trabalhos onde existe maior risco profissional como a manipulação de produtos químicos e seus compostos, utilização de detergentes, desinfetantes e antissépticos, exposição a gases e vapores, exposição cutânea ao latex e/ou pó de luvas.</p>	
<p>Conhecimento científico</p> <p>Oliveira (2001), refere que em diversas instituições de saúde, utilizam-se diversas substâncias químicas que podem ter como consequência uma simples irritação e/ou sensibilização alérgica, mas também efeitos mutagénicos, teratogénicos e/ou cancerígenos.</p> <p>Otero (1997), o eczema alérgico de origem profissional é mais frequente entre os profissionais de</p>	

Questão (Q): Q.20	Fatores de Risco: Químico
<p>laboratório, enfermeiros, auxiliares de ação médica, entre outros, devido ao contacto repetido com produtos químicos, medicamentos, anestésicos e antissépticos, bem como a frequente lavagem das mãos.</p> <p>Xelegati et al. (2006), referem que alguns dos fatores de risco químico devem-se ao uso prolongado de luvas de látex, ao manuseio de detergentes e solventes, à manipulação de drogas antineoplásicas e antibióticos de última geração, à inalação de gases anestésicos, à exposição aos vapores de formaldeído e glutaraldeído e aos vapores dos gases esterilizantes.</p>	

As questões incluídas no inquérito relacionadas com fatores de risco psicossocial, englobam diversos aspetos, como a repetitividade e monotonia no trabalho, a organização das tarefas, turnos, equipas, carga de trabalho e stress. Interligada também será o aspeto relativo à formação, uma vez que a falta de formação poderá incutir sentimento de falha/culpa por não conseguir executar as tarefas, não se conseguir integrar no grupo de trabalho e na organização do trabalho. Para construção das referidas questões foram tidos em conta os documentos indicados na Tabela 10.

Tabela 10 – Questões Q.21 até Q.30 - Fatores de risco psicossocial

Questão (Q): Q.21 até Q.30	Fatores de Risco: Psicossocial
<p>Diplomas e Normas</p> <p>Código do Trabalho, aprovado pela Lei 7/2009, 12 de Fevereiro: artigos 222.º (trabalho por turnos), 224.º e 225.º (trabalho noturno) e 228.º (trabalho suplementar).</p> <p>Lei 102/2009 de 10 de Setembro, regulamenta o regime jurídico da promoção e prevenção da segurança e da saúde no trabalho:</p> <p>Artigo 15º: d) (...) o empregador deverá assegurar que as exposições aos fatores de risco psicossociais não constituem risco para a segurança e saúde do trabalhador; e) Adaptação do trabalho ao homem (...) atenuar o trabalho monótono e o trabalho repetitivo e reduzir os riscos psicossociais.</p> <p>Artigo 48º - Atividades proibidas ou condicionadas: (...) as atividades que envolvam a exposição a fatores de natureza psicossocial (...).</p>	
<p>Referenciais técnicos</p> <p>Orientação Técnica n.º1, “Gestão dos riscos profissionais em estabelecimentos de saúde” (2010): como agentes psicossociais são referidos os trabalhos por turnos, os elevados ritmos de trabalho, horários rotativos, situações de desgaste emotivo, exposição a situações de agressão verbal e/ou física, condições relacionadas com a organização do trabalho, assim como situações de conflito interpessoais e interinstitucionais.</p>	
<p>Conhecimento científico</p> <p>Estryn-Behar (1996), refere como riscos psicossociais nos profissionais de saúde, a sobrecarga motivada pelo contacto com o sofrimento de pacientes, com a dor e a morte, o trabalho noturno, rodízios de turno, ritmo de trabalho, realização de tarefas múltiplas, fragmentadas e repetitivas, o que pode levar à depressão, insónia, suicídio, tabagismo, consumo de álcool e drogas e fadiga mental.</p> <p>Benavides (1997), o trabalho por turnos, nomeadamente o que inclui o trabalho noturno, é um fator de desregulação dos ritmos biológicos normais, interferindo sobretudo com o ritmo circadiano e obrigando o organismo a esforços de adaptação que inevitavelmente conduzem a situações de desgaste e fadiga.</p>	

Questão (Q): Q.21 até Q.30**Fatores de Risco: Psicossocial**

Caetano, J. & Vala, J. (2002), refere que disfuncionamentos do foro psicossomático, perda de autoestima, problemas familiares e de enquadramento socioprofissional, são declarações evidentes de distúrbios no contexto profissional, apresentando-se como fatores de risco psicossociais e produto dos mesmos, porém invisíveis.

Como anteriormente salientado a revisão de bibliografia contribuiu para a construção das questões do inquérito, quer por intermédio da legislação existente, de referenciais técnicos e do conhecimento científico consultados.

3.3.2 Métodos

Inicialmente foi identificado o local a desenvolver o presente estudo e o respetivo pedido de autorização junto dos responsáveis da organização. De forma a viabilizar a aplicação dos inquéritos foi efetuado um pedido escrito remetido via correio eletrónico (Anexo C), ao Diretor Geral da Instituição com vista à autorização de lançamento dos inquéritos junto dos profissionais. Depois de obtida aquela autorização, foram efetuados contactos pessoais com o Diretor Geral e com a técnica responsável dos recursos humanos explicitando-se as características e objetivos do estudo. Procedeu-se, posteriormente à entrega dos inquéritos à técnica dos recursos humanos, em envelope, que se responsabilizou pela distribuição dos mesmos. Salienta-se que o preenchimento dos inquéritos foi individual e anónimo, com o objetivo de preservar a privacidade dos inquiridos. Após o seu preenchimento, os inquéritos foram colocados em envelope devidamente fechado e entregues de novo à responsável dos recursos humanos. A recolha efetuou-se após quatro semanas da sua entrega, que foi o tempo acordado com os representantes da instituição como o necessário para a distribuição, preenchimento dos inquéritos e recolha.

Numerados de forma aleatória, foram analisadas todas as suas questões, quer individualmente quer realizando correlações para uma melhor perceção da realidade laboral, incidindo-se nos diversos fatores de risco a que este grupo de profissionais estão sujeitos, organização do trabalho a nível de tarefas e turnos, bem como as mudanças ou alterações propostas para a sua profissão.

Posteriormente, apresentaram-se propostas de medidas para o reconhecimento devido do profissional em estudo, mediante soluções individuais e organizacionais promotoras de qualidade de vida no trabalho e satisfação profissional, outorgando a necessária nobreza à profissão.

A população do presente estudo é constituída por profissionais classificados como Ajudantes de Ação Direta, tendo sido selecionados aleatoriamente pela instituição os indivíduos da população que constituíram a amostra de 29 trabalhadores. Os critérios de inclusão no grupo

de amostragem eram apenas ter a categoria profissional de Ajudante de Ação Direta e concordar em participar no estudo.

Relativamente à instituição onde foi aceite e desenvolvido o inquérito, é de referir que “não foi uma seleção”. Na realidade, após contatos com outras instituições, expondo o estudo em causa e a sua finalidade, não foi aceite por nenhuma outra instituição o desenvolvimento do estudo junto dos seus profissionais. Saliente-se que foram contactadas várias instituições pertencentes à União das Misericórdias Portuguesas (UMP) e Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS).

A instituição que aceitou o desenvolvimento do presente estudo, situa-se no concelho de Vale de Cambra, foi criada no ano de 1957. É uma instituição estatutariamente vocacionada para “o apoio a pessoas inválidas e desvalidas de ambos os sexos”, encontrando-se registada na Direção Geral de Ação Social desde 20 de Maio de 1995. Começou a funcionar como Lar de Idosos no ano de 1972 e em 1985 implementou o Serviço de Apoio Domiciliário. Atualmente é constituída por diversas valências: estrutura residencial para idosos, serviço de apoio domiciliário, centro de dia, creche e serviço de apoio à família.

4 TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

O tratamento de dados foi realizado agrupando as questões de caracterização demográfica e profissional da amostra, fatores de risco e outros aspetos que se pretendem analisar.

A análise de dados foi efetuada por intermédio de correlações e ligações possíveis entre os fatores de caracterização e os fatores de risco previamente tratados.

4.1 Tratamento de dados

Para o tratamento da informação obtida foi previamente construído um quadro resumo com todos os inquéritos, onde constam todas as questões ordenadas e respetivas respostas de todos os trabalhadores inquiridos (Anexo D).

Posteriormente, para a caracterização da amostra (demográfica e profissional), tratamento dos aspetos e fatores de risco que se pretendem investigar, foi elaborado um quadro resumo agrupando as questões segundo esses mesmos aspetos (Anexo E).

O tratamento da informação ou dados obtidos nos inquéritos, feito com recurso à análise de conteúdo, seguiu a composição dos mesmos mantendo-se a ordem e teor de todas as questões. Todas as questões foram devidamente tratadas tendo sido elaborado um quadro e gráfico por questão (ver Anexo F).

Os inquéritos estão identificados com a sigla T. (indicando trabalhador) e o número de 1 a 29 corresponde ao número de indivíduos que participaram no estudo.

Tabela 11 – Caracterização demográfica da amostra

Questão (Q)	Resposta	N (Frequência)	% (Percentagem)
Q.1 – Sexo (Género)	Feminino	28	100
	Masculino	0	0
	Total respostas	29	
	R. N. Válida	1	
Q.2 - Idade	20 – 30 anos	7	24
	31 – 40 anos	10	34
	41 – 45 anos	4	14
	46 – 50 anos	4	14
	51 – 55 anos	2	7
	56 – 60 anos	2	7
	> 60 anos	0	0
	Total de respostas	29	
R. N. Válida	0		
Q.3 – Estado Civil	Solteiro	3	10
	Casado	23	79

Questão (Q)	Resposta	N (Frequência)	% (Porcentagem)
	Divorciado	1	3
	Viúvo	2	7
	Outro	0	0
	Total de respostas	29	
	R. N. Válida	0	
Q.4 – N.º de filhos	Nenhum	4	14
	1	13	46
	2	10	36
	3	1	4
	Mais de 3	0	0
	Total de respostas	29	
	R. N. Válida	1	
Q.5 – Grau de escolaridade	4ª classe	7	24
	9º ano	10	34
	12º ano	7	24
	Ensino superior	0	0
	Outro	5	17
	Total	29	
	R. N. Válida	0	

LEGENDA:

R.N.Válida – Resposta Não Válida: são todas as respostas não respondidas, rasuradas ou com mais que uma escolha.

A amostra em estudo é composta por indivíduos do sexo feminino (100%).

Relativamente à idade, o intervalo de idades situa-se entre os 20 e os 60 anos, concentrando-se a maioria na faixa etária dos 31 aos 40 anos.

A maioria dos indivíduos é casada (79%), com um filho (45%) ou dois filhos (34%).

O grau de escolaridade que prevalece é o 9º ano (34%), salientando-se a paridade entre os que possuem a 4ª classe (24%) e o 12º ano de escolaridade (24%). A percentagem do grau de escolaridade classificado como outro (17%), diz respeito às respostas indicadas com o 6º ano de escolaridade. Assim se pode observar na Tabela 11.

Os dados expostos remetem-nos para um grupo profissional jovem adulto, de género feminino, com filhos a seu cargo e em que a maioria possui a escolaridade mínima obrigatória.

Tabela 12 – Caracterização profissional da amostra

Questão (Q)	Resposta	N (Frequência)	% (Percentagem)
Q.6 – Tempo de trajeto casa-trabalho (minutos)	(0-15)	22	76
	(16-30)	5	17
	(31-45)	2	7
	(46-60)	0	0
	Total de respostas	29	
	R. N. Válida	0	
Q.7 – Meio Transporte	Automóvel	25	86
	Com colega	1	3
	A pé	1	3
	Automóvel /a pé	2	7
	Total de respostas	29	
	R.N.Válida	0	
Q.8 –Função que desempenha	Ajudante de Acção Directa	26	90
	Cuidar de idosos	1	3
	Ajudante de lar	1	3
	Auxiliar de serviços gerais	1	3
	Total de respostas	29	
	R.N.Válida	0	
Q.9 – Duplo emprego	Sim	7	25
	Não	21	75
	Total de respostas	29	
	R.N.Válida	1	
Q.10 – Tempo de trabalho na instituição (anos)	(1 – 4)	3	10
	(5 – 8)	20	69
	(9 – 12)	4	14
	> 12	2	7
	Total de respostas	29	
	R.N.Válida	0	
Q.11 –Regime de trabalho	Horário fixo	4	14
	Por turnos	25	86
		0	
	Total de respostas	29	
	R.N.Válida	0	
Q.12 – Anteriormente exerceu esta ou outra profissão noutra local	Sim	17	59
	Não	12	41
	Total de respostas	29	
	R.N.Válida	0	
Q.13 – Exerceu outra profissão nesta instituição	Sim	9	32
	Não	19	68
	Total de respostas	29	
	R.N.Válida	1	

A caracterização profissional engloba questões que pretendem descrever a categoria profissional (função), deslocação casa-trabalho (tempo despendido e meio de transporte utilizado), duplo emprego, tempo de trabalho na instituição, regime de trabalho, outra ocupação na instituição ou noutra local de trabalho. De forma resumida, são apresentados os dados desta caracterização na Tabela 12.

Relativamente aos dados de caracterização profissional salientam-se as respostas relativas à questão Q.8 – “Função que desempenha na instituição”, onde a grande maioria refere categoria profissional Ajudante de Ação Direta (90%), existindo no entanto profissionais que referem as designações de “cuidar de idosos” e “ajudante de lar” como a sua função na instituição.

O tempo de serviço na instituição posiciona-se maioritariamente entre os 5 a 8 anos (69%), salientando-se a existência de trabalhadores que prestam serviço há mais de 12 anos, um há cerca de 19 anos e outro há 25 anos. O trabalho por turnos é o que prevalece com 86%.

Tabela 13 – Informação sobre doenças ou lesão profissionais

Questão (Q)	Resposta	N (Frequência)	% (Percentagem)
Q.14 – Esteve de baixa ou ausente do trabalho	Sim	21	72
	Não	8	28
	Total de respostas	29	
	R. N. Válida	0	
Q.15 – Sofre ou já sofreu de doença ou Lesão por motivos profissionais	Sim	7	25
	Não	21	75
	Total	29	
	R. N. Válida	1	

No que concerne às doenças ou lesões profissionais, dos 29 inquiridos 21 referiram que já estiveram de baixa ou ausentes ao trabalho indicando o motivo de doença como principal causa, não especificando, porém, o tipo de doença.

No entanto, analisando a questão Q.15 relativa a doença ou lesão por motivos profissionais apenas 25% refere que já sofreu de lesão ou doença profissional, subentendendo-se que o motivo doença respondido na questão Q.14 indica outro tipo de doença que não profissional. Assim consta da Tabela 13.

Os tipos de doença ou lesão por motivos profissionais mais mencionados pela amostra foram lesão na coluna, por motivos de “*pegar sozinha no utente que estava na cadeira de rodas*” e “*mau jeito a pegar no idoso*”, seguindo-se o corte no dedo “*a tratar um idoso*”.

Tabela 14 – Informação sobre utilização de EPI's

Questão (Q)	Resposta	N (Frequência)	% (Porcentagem)
Q.16 – Utilização de EPI's durante a realização das tarefas	Sim	26	93
	Não	2	7
	Total	29	
	R. N. Válida	1	
Q.17 – Conhecimento do tipo de proteção efetivada pelos EPI's	Sim	27	100
	Não	0	0
	Total	29	1
	R. N. Válida	2	

Segundo as respostas obtidas relativamente à utilização de equipamentos de proteção individual (EPI's), os trabalhadores demonstram que conhecem os EPI's, bem como o tipo de proteção proporcionada esses equipamentos (100%). Além de que, a grande maioria utiliza os EPI's durante a realização das tarefas (93%). Assim mostra a Tabela 14.

Os tipos de EPI's utilizados pelos trabalhadores mais mencionados são as luvas, máscara e touca, salientando-se um trabalhador que refere que são “*os necessários na função a exercer*”. Motivos como proteção, higiene e segurança e doenças contagiosas são os mais indicados para a sua utilização.

Tabela 15 – Informação sobre MMC

Questão (Q)	Resposta	N (Frequência)	% (Porcentagem)
Q.18 – Carga máxima que costuma levantar ou movimentar sem ajuda (Kg)	(10 – 30)	7	33
	(31 – 60)	4	19
	(61 – 90)	9	43
	(91 – 120)	0	0
	Várias	1	5
	Total de respostas	29	
	R. N. Válida	8	
Q.19 – Utilização de máquinas ou aparelhos quando transporta cargas pesadas	Sim	9	32
	Não	19	68
	Total de respostas	29	
	R. N. Válida	1	

Relativamente à carga máxima que levantam ou movimentam sem ajuda, há indicação de cargas de 80kg, 90kg e até 100kg, evidenciando que os trabalhadores têm de lidar com cargas muito pesadas, além de que a grande maioria refere que não utilizam aparelhos próprios quando efetuam o transporte ou movimentação (68%), como se pode observar na Tabela 15.

Como equipamentos de movimentação e transporte de cargas utilizados são principalmente citados a cadeira de rodas e o elevador.

Tabela 16 – Informação sobre utilização medicamentos/produtos químicos (Químicos)

Questão (Q)	Resposta	N (Frequência)	% (Percentagem)
Q.20 – Lê os rótulos/instruções antes de utilizar medicamentos ou produtos químicos	Sim	28	100
	Não	0	0
	Total de respostas	29	
	R. N. Válida	1	

Verifica-se que todos os trabalhadores têm a preocupação e cuidado de lerem os rótulos ou instruções antes de utilizar os medicamentos ou produtos químicos, de acordo com a leitura da Tabela 16. Como motivos principais referem a sua proteção e segurança principalmente, seguindo-se a dos utentes, havendo também razões de precaução, evitar riscos e para não haver erros e agir dentro da conformidade.

Tabela 17 – Informação relativa a formação

Questão (Q)	Resposta	N (Frequência)	% (Percentagem)
Q.23 – Maneira como faz cada tarefa é da forma que:	Viu os outros trabalhadores fazerem	12	35
	Teve formação prévia de como fazer	15	44
	Um superior ou um técnico explicou com se deve fazer	7	21
	Total	29	
	R. N. Válida	1	

A questão Q.23, demonstra que uma parte dos trabalhadores já usufruiu de formação prévia para a realização das tarefas (44%), existindo um grupo considerável que executa as tarefas da forma que viu os outros trabalhadores fazerem (35%), consoante evidenciado na Tabela 17.

Tabela 18 – Informação sobre carga de trabalho

Questão (Q)	Resposta	N (Frequência)	% (Percentagem)	
Q.27 – Sente alguma dor quando termina o turno:	Manhã	Sim	22	92
		Não	2	8
		Total	29	
	Tarde	R. N. Válida	5	
		Sim	20	87
		Não	3	13
		Total	29	
		R. N. Válida	6	

A carga de trabalho que se pretende aludir diz respeito à dor causada pela sobrecarga de trabalho em cada turno de trabalho devido às inúmeras tarefas que é necessário realizar, ou percurso ou trajetória que o indivíduo efetua até ao final do turno a ritmo elevado.

A dor no final dos turnos de trabalho é evidenciada em determinados locais do corpo, sendo os mais indicados pelos inquiridos a coluna, as pernas e os ombros.

O turno no qual sentem mais dor é o turno da manhã, mas a diferença para o turno da tarde é muito minúscula. Tal se conclui da leitura da Tabela 18.

Tabela 19 – Organização do trabalho: tarefas

Questão (Q)	Resposta	N (Frequência)	% (Percentagem)	
Q.21 – Executa tarefas repetidas	Sim	28	97	
	Não	1	3	
	Total de respostas	29		
	R. N. Válida	0		
Q.24 – Ritmo de trabalho elevado	Sim	19	73	
	Não	7	27	
	Total de respostas	29		
	R. N. Válida	3		
Q.28 – Realizar todas as tarefas em cada turno:	Manhã	Sim	27	100
		Não	0	0
		Total de respostas	29	
		R. N. Válida	2	
	Tarde	Sim	25	100
		Não	0	0
		Total de respostas	29	
		R. N. Válida	4	
Q.29 – Forma como as tarefas estão organizadas é a mais correta	Sim	16	57	
	Não	12	43	
	Total de respostas	29		
	R. N. Válida	1		
Q.30 – Determinadas tarefas se realizadas com mais trabalhadores em equipa seriam mais simples	Sim	27	93	
	Não	2	7	
	Total de respostas	29		
	R. N. Válida	0		

Na temática da organização do trabalho estão abrangidos aspetos diretamente relacionados com as tarefas desenvolvidas e com os turnos de trabalho, designadamente, os tempos de

trabalho, a fadiga física e a fadiga psicológica, a repetitividade e monotonia de tarefas, a organização dos turnos de trabalho a nível do número de indivíduos por equipa e de horários estabelecidos. Para a avaliação da organização do trabalho, identificaram-se duas dimensões: a dimensão tarefas e a dimensão turnos.

Na avaliação da organização do trabalho relativa às tarefas, foram agrupadas as questões relativas à repetitividade de tarefas, ao ritmo de trabalho, realização de todas as tarefas, organização das tarefas e números de trabalhadores por equipa.

A amostra evidencia a repetitividade de tarefas e o ritmo de trabalho elevado, quer no turno da manhã quer no turno da tarde. Não obstante, conseguem realizar todas as tarefas em todos os turnos.

É importante referir que na amostra a opinião maioritária é a de que as tarefas estão organizadas corretamente (57%), mas seria uma maior valia muito importante a inclusão de mais trabalhadores por equipa (93%), segundo resulta da Tabela 19.

Tabela 20 – Organização do trabalho: turnos

Questão (Q)	Resposta	N (Frequência)	% (Percentagem)	
Q.22 – Consegue fazer pausas ou descansar durante o turno	Manhã	Sim	19	76
		Não	6	24
		Total de respostas	29	
	Tarde	R. N. Válida	4	
		Sim	21	84
		Não	4	16
		Total de respostas	29	
		R. N. Válida	4	
Q.25 – Cansaço psicológico no final do turno de trabalho	Sim	25	89	
	Não	3	11	
	Total de respostas	29		
	R. N. Válida	1		
Q.26 – Cansaço físico no final do turno de trabalho	Sim	29	100	
	Não	0	0	
	Total de respostas	29		
	R. N. Válida	0		

Na dimensão turnos foram agrupadas as questões relativas a pausas ou descanso durante um turno de trabalho, e ao cansaço físico e psicológico no final de um turno de trabalho.

A grande maioria dos trabalhadores refere sentir cansaço físico e cansaço psicológico no final do turno de trabalho, mesmo conseguindo fazer pausas ou descansar em todos os turnos de trabalho, conforme se pode visualizar na Tabela 20.

Tabela 21 – Mudanças na profissão

Questão (Q)	Resposta	N (Frequência)	% (Percentagem)
Q.31 – Se pudesse alterava ou mudava alguma coisa na sua profissão	Sim	15	58
	Não	11	42
	Total de respostas	29	
	R. N. Válida	3	
Q.32 – Se pudesse mudava de profissão	Sim	3	10
	Não	26	90
	Total de respostas	29	
	R. N. Válida	0	

A questão relativa a alterações ou mudanças na profissão que exercem, revela que a maioria dos trabalhadores alterava ou mudava algo na sua profissão (58%). No entanto, quando inquiridos sobre mudar para uma outra profissão, só cerca de 10% mudaria de profissão, como se constata da Tabela 21.

4.2 Análise de dados

Os dados anteriormente tratados foram analisados, elaborando-se as correlações e ligações possíveis entre os fatores de caracterização e os fatores de risco já indicados.

Para uma melhor visualização e análise de dados realizada, foi organizado um gráfico onde se elucida o aspeto a ser analisado e com o qual é realizada a possível ou possíveis correlações.

Saliente-se que para cada aspeto a caracterizar ou fator de risco a analisar adotou-se uma cor para diferenciação e melhor apreensão.

4.2.1 Doença ou lesão profissional

Analisando os dados relativos às questões relacionadas com a ausência ao trabalho ou o facto de ter estado de baixa médica, a maioria dos indivíduos (72%) já esteve numa destas situações.

No que respeita a doença ou lesão profissional, apenas 25 % indicou que já esteve numa dessas situações. A doença ou lesão por motivos profissionais mais indicada é a lesão na coluna (43%), seguindo-se o corte no dedo (29%) e a queimadura (14%), de acordo com o exposto na figura 6.



Figura 6 – Tipo de doença ou lesão por motivos profissionais

A idade dos indivíduos que já desenvolveu lesão ou doença profissional centra-se principalmente em dois grupos etários, na faixa etária dos 20 aos 30 anos e na faixa etária dos 46 aos 50 anos, de acordo com a figura 7.

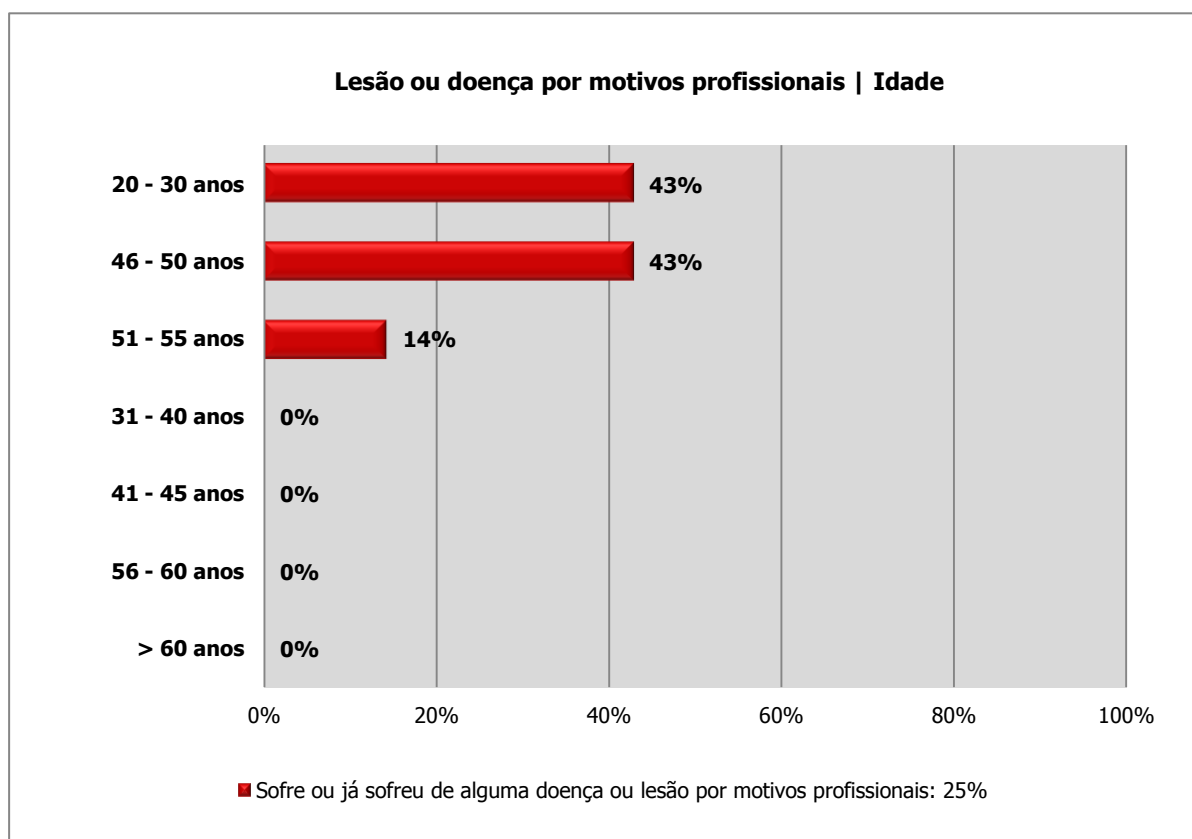


Figura 7 – Idade dos indivíduos sofreram de doença ou lesão por motivos profissionais

Relativamente à correlação entre doença ou lesão profissional e os anos de serviço na instituição, a grande maioria da amostra que já sofreu de doença ou lesão profissional presta

serviço na instituição há cerca de 5 a 8 anos (86%), encontrando-se também indivíduos com 9 a 12 anos de tempo de serviço na instituição (14%), como se constata da análise da figura 8.

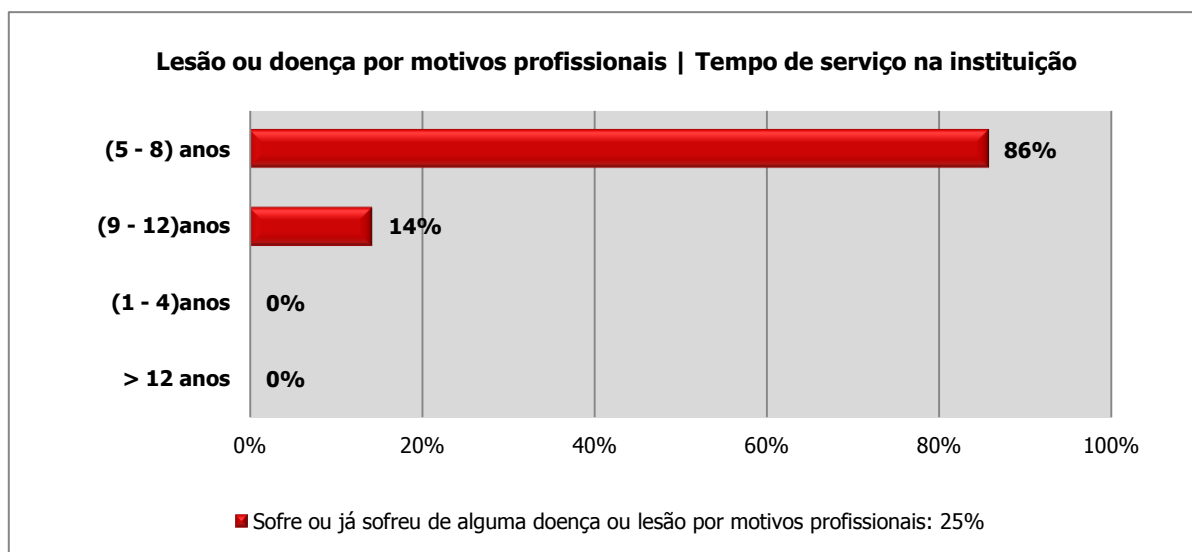


Figura 8 – Doença ou lesão por motivos profissionais e tempo de serviço na instituição

O regime de trabalho por turnos é o que prevalece nesses indivíduos que referiu já ter sofrido de doença ou lesão profissional.

4.2.2 Equipamentos de proteção individual

Os equipamentos de proteção e segurança (EPI's) são utilizados por praticamente todos os trabalhadores da amostra selecionada (93%), existindo apenas uma parcela muito reduzida (7%) que refere não utilizar equipamento de proteção e segurança durante a realização das tarefas.

O tipo de equipamentos de proteção e segurança mais utilizados são as luvas (47%), a máscara (37%) e a touca (9%). Alguns indivíduos também referem a utilização de avental e calçado. Saliente-se a resposta de um dos indivíduos que refere que, “*na realização das tarefas utiliza os necessários na função a exercer*”. Assim consta na Figura 9.

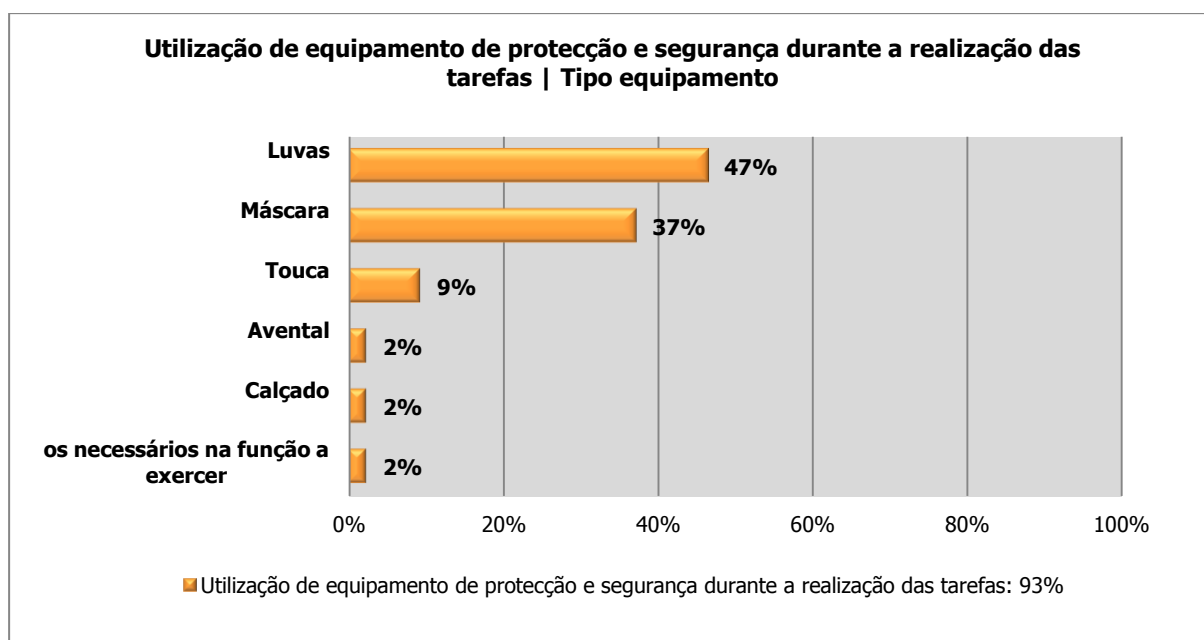


Figura 9 – Tipo de EPI's utilizados durante a realização das tarefas

Os motivos indicados para a utilização dos EPI's aquando da realização das tarefas são diversificados, salientando-se o motivo protecção (44%), seguindo-se a higiene e segurança (22%), a possível existência de doenças contagiosas (22%) e por último a higiene (11%), de acordo com os resultados evidenciados na Figura 10.

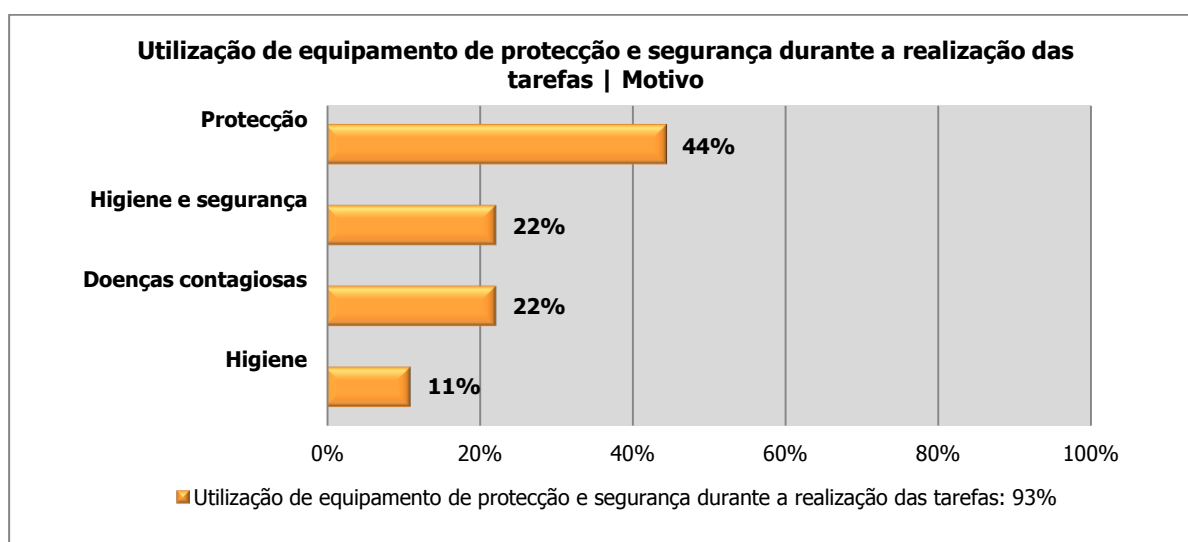


Figura 10 – Motivo para utilização de EPI's

Relativamente à protecção proporcionada pelos equipamentos de protecção e segurança, todos os inquiridos (100%) mencionam saber do que se está a proteger quando utiliza aqueles equipamentos na realização das tarefas.

4.2.3 Movimentação Manual de Cargas

Nas tarefas que incluem a movimentação manual de cargas (MMC), a maioria dos trabalhadores (68%) refere não utilizar máquinas ou aparelhos para realizar o transporte de cargas pesadas, existindo uma parte da amostra (32%) que menciona utilizar máquinas ou aparelhos. No entanto, analisando-se o tipo de máquina ou aparelho que dizem utilizar reportam-se, na maioria, à cadeira de rodas (75%) seguindo-se ao elevador (25%), como demonstra a Figura 11.

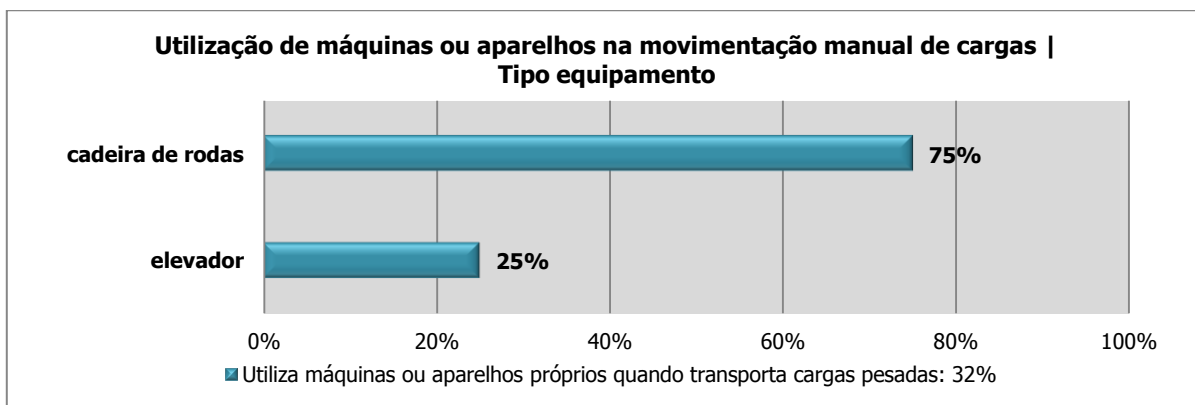


Figura 11 – Tipo de equipamento utilizado

No que diz respeito à questão sobre a carga máxima (Kg) que costuma levantar ou movimentar sem ajuda, é importante realçar o que as respostas dos inquiridos revelam. Na realidade, existem respostas que indicam cargas de 80 e 90 Kg que movimentam sozinhos sem ajuda. Este tipo de respostas evidencia que, os trabalhadores movimentam cargas muito pesadas e não têm noção da carga máxima que devem movimentar ou levantar sem qualquer tipo de ajuda para não sofrerem lesões. Como se visualiza na Figura 12, a maior percentagem de respostas situa-se na carga máxima dos 61Kg aos 90Kg.

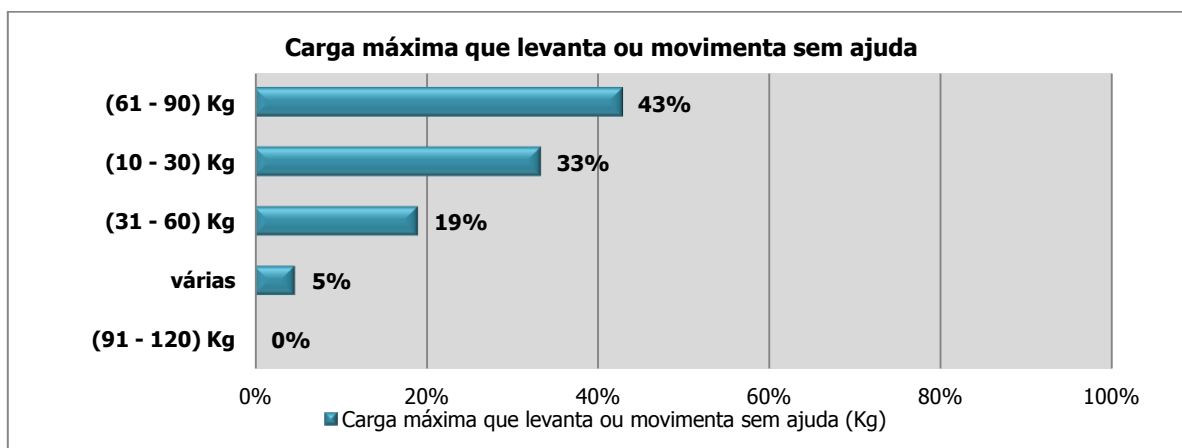


Figura 12 – Indicação da carga máxima (Kg) que levanta ou movimento sem ajuda

4.2.4 Utilização de medicamentos ou produtos químicos

Aquando da utilização de medicamentos ou produtos químicos por parte dos trabalhadores, todos relatam que leem os rótulos ou instruções antes de os usar (100%).

Como motivos principais para previamente consultar os rótulos ou as instruções de medicamentos ou produtos químicos, invocam: minha segurança e dos outros, minha proteção e dos outros, e por precaução. Não tão descritos são os motivos de evitar riscos, para não haver erros e agir dentro da conformidade e para ver as contra indicações e outros, como se pode observar na Figura 13.

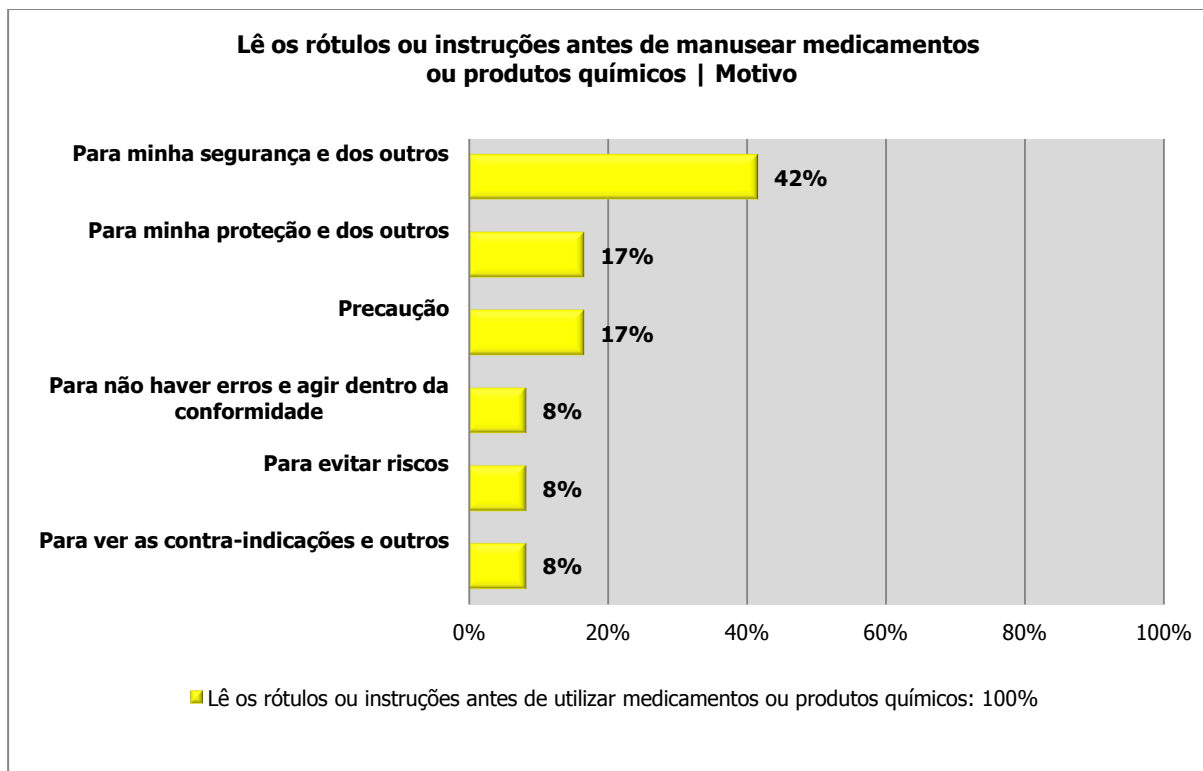


Figura 13 – Motivos para ler rótulos/instruções de medicamentos/produtos químicos

4.2.5 Formação

No que concerne à maneira como é realizada cada tarefa, uma parte dos indivíduos (44%) afirma que, para realização das tarefas, já tiveram formação prévia de como as executar. No entanto, cerca de 35% indica que realiza as tarefas da forma que “*viu os outros trabalhadores fazerem*”, de acordo com o exposto na Figura 14.

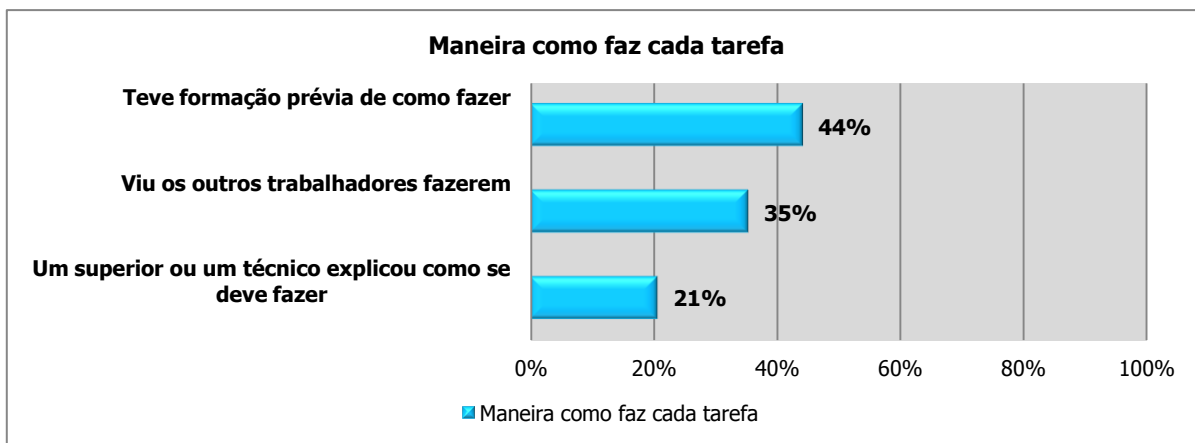


Figura 14 – Justificação do modo como executa cada tarefa

Os trabalhadores que citam que realizam as tarefas da forma como “*viu os outros trabalhadores fazerem*”, já trabalham há algum tempo na instituição. Na realidade, a grande maioria presta serviços na instituição há cerca de 5 a 8 anos, existindo também uma parte dos indivíduos que já trabalha entre os 9 a 12 anos na instituição, segundo o exposto na Figura 15. Talvez fosse expectável que os trabalhadores que respondessem dessa forma estivessem na instituição há pouco tempo, e ainda não tivessem usufruído de formação.

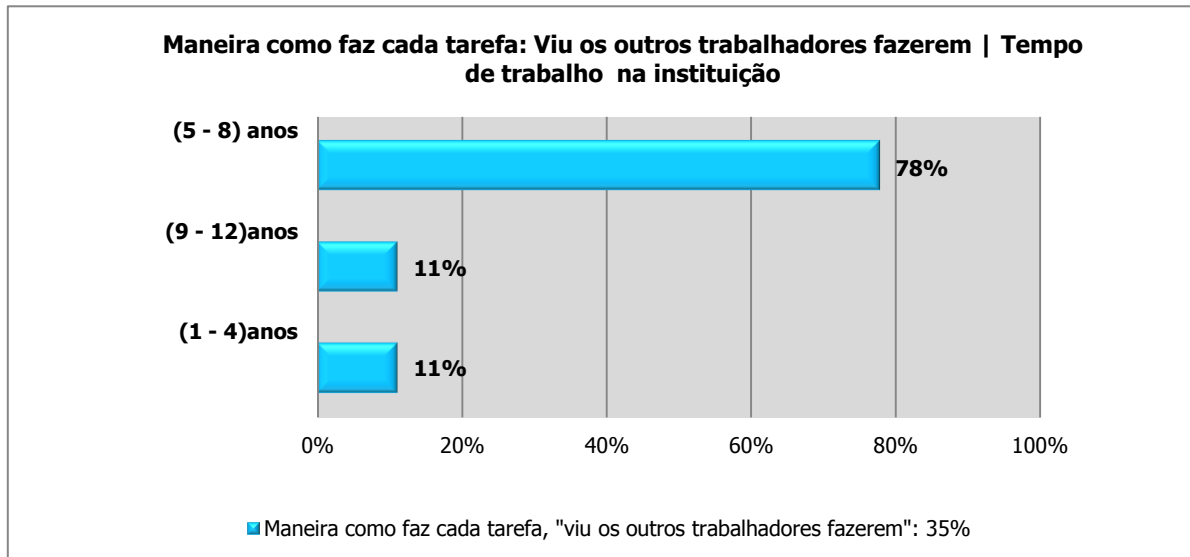


Figura 15 – Tempo trabalho: indivíd. responderam“viu outros trabalhadores fazerem”.

4.2.6 Carga de trabalho

As inúmeras tarefas que o trabalhador tem de realizar diariamente, muitas vezes a ritmos elevados, as elevadas exigências de produtividade, as posturas forçadas para execução das

tarefas, o percurso ou trajetória que o trabalhador efetua até ao final de cada turno de trabalho, conduzem a cargas de trabalho que se refletem na dor sentida em determinados locais do corpo. Na realidade, sentir alguma dor quando termina um turno de trabalho é unânime, quer no turno da manhã (sente alguma dor: 92%), quer no turno da tarde (sente alguma dor: 87%).

Os locais do corpo indicados como sentindo alguma dor quando terminam o turno de trabalho são a coluna, as pernas, os ombros, o pescoço, os braços, a cabeça e os pés. No turno da manhã, a coluna e as pernas são os locais mais frequentemente assinalados onde sentem alguma dor, enquanto no turno da tarde além da coluna e das pernas, também destacam os ombros em igual percentagem às pernas. A cabeça e os pés são locais apontados como tendo alguma dor, mas apenas no turno da tarde. Assim se pode constatar na Figura 16.

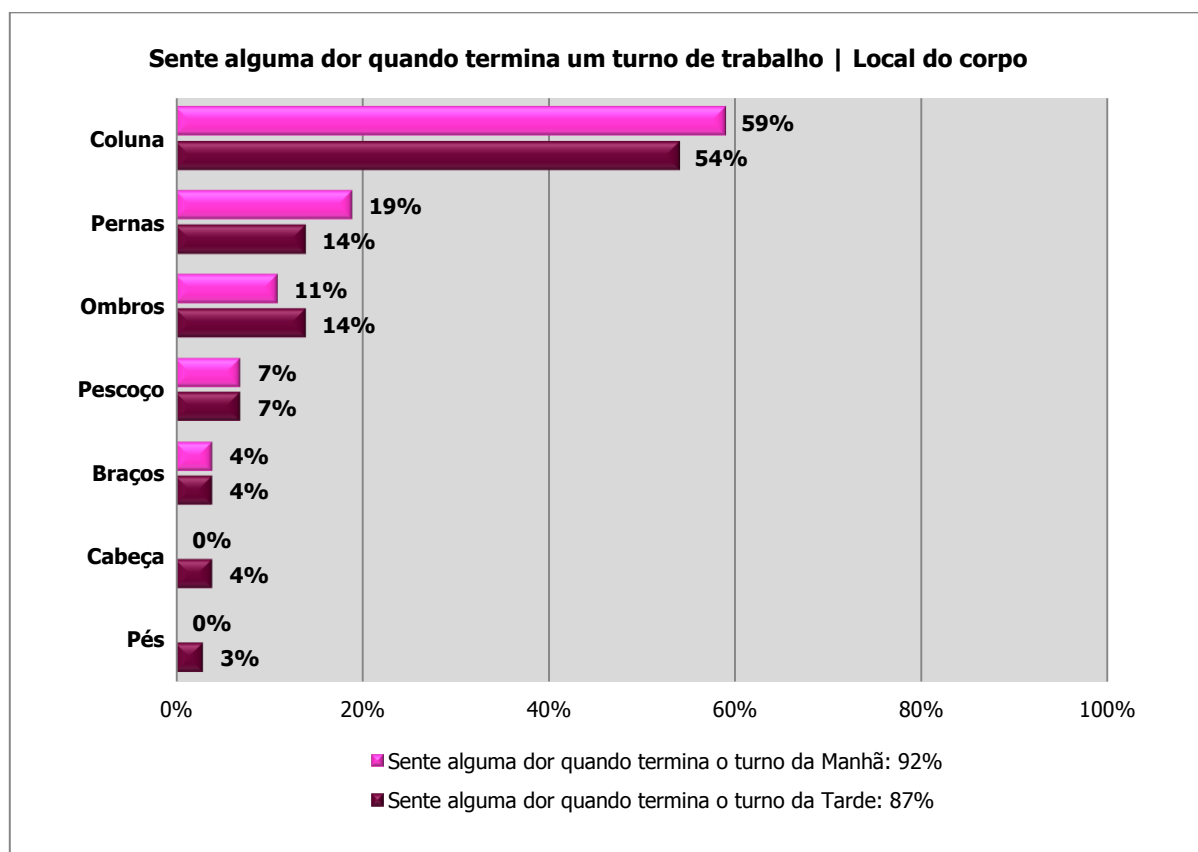


Figura 16 – Locais do corpo onde sentem dor quando terminam o turno de trabalho.

Analisando comparativamente a questão relativa ao ritmo de trabalho exigido em cada turno, retratada na Figura 17, verifica-se que no turno da manhã o ritmo de trabalho é mais elevado que no turno da tarde e, conseqüentemente, o descanso ou a realização de pausas apenas se tornam mais propícias no turno da tarde, razão porque sentir alguma dor no turno da manhã é mais citado que no turno da tarde, o que já seria de prever. Desta forma, poder-se-á concluir que o turno com maior carga de trabalho será o turno da manhã.

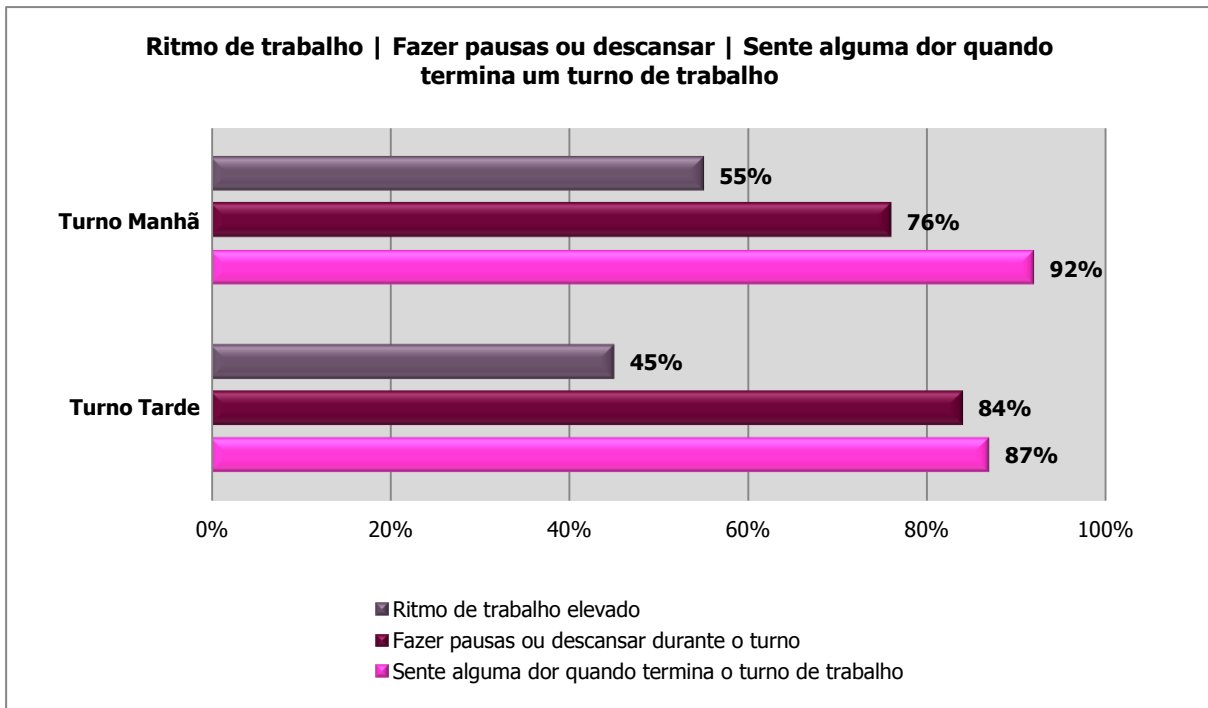


Figura 17 – Turno com maior carga de trabalho.

Analogamente, na repetição de tarefas por turno, exposta na Figura 18, como já assinalado, o turno com maior repetição de tarefas é o da manhã, sendo também nesse turno que os trabalhadores indicam que sentem mais dor em determinados locais do corpo, o que seria expectável. Poder-se-á interligar o evidenciado cansaço físico e psicológico no turno da tarde, com a realização de tarefas mais diversificadas, pois a maior abundância de tarefas repetidas verifica-se no turno da manhã. Por outro lado, é também de salientar que os locais do corpo cabeça e pés são referidos como onde sentem dor apenas no turno da tarde, podendo estar diretamente ligados com o aludido cansaço físico e psicológico interligado com as tarefas mais diversificadas.

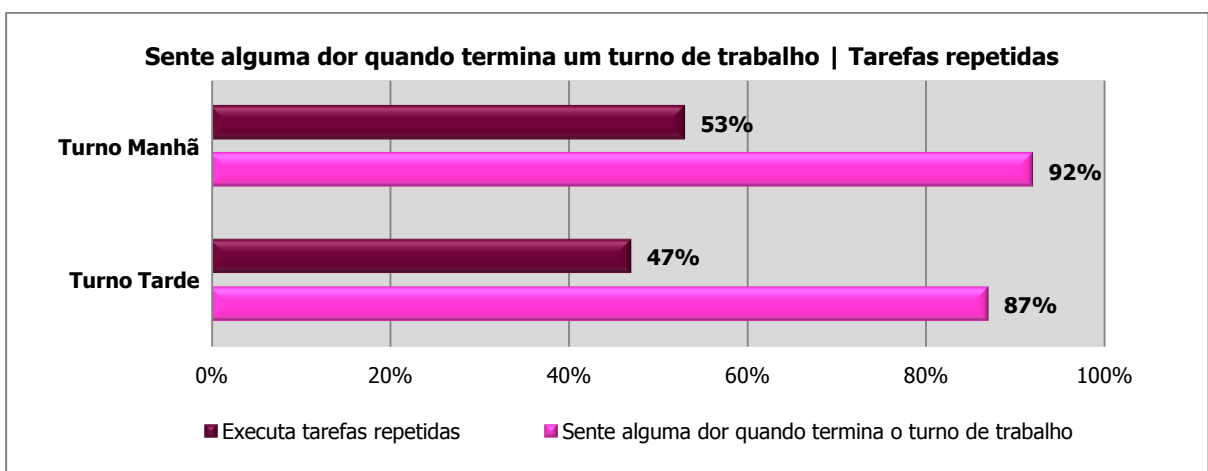


Figura 18 – Turno onde sente mais dor e executa tarefas repetidas.

Relativamente ao cansaço físico e psicológico mencionado pelos inquiridos, assinalado na Figura 19, o turno da tarde é o referenciado como aquele em que sentem maior cansaço, quer físico quer psicológico, apesar de evidenciarem que em alguns locais do corpo sentem mais dor no turno da manhã.

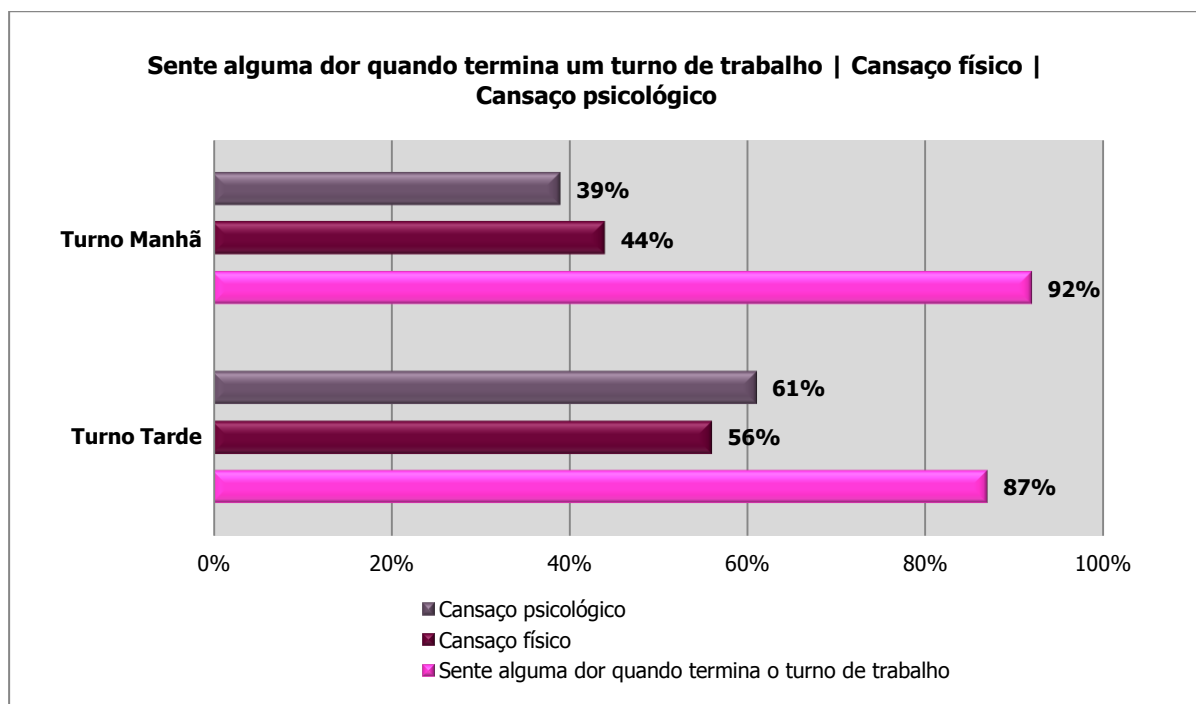


Figura 19 – Turno onde sente mais dor, cansaço físico, cansaço psicológico.

As constatações em matéria de carga de trabalho não se afastam das observadas aquando da realização do trabalho da unidade curricular Estudo de Caso, em que o acompanhamento de uma trabalhadora nos vários turnos de trabalho permitiu apurar que o turno da tarde era sobrecarregado a nível de tarefas diferenciadas que a trabalhadora tinha de executar, enquanto no turno da manhã eram predominantes as tarefas repetidas.

4.2.7 Organização do trabalho: Tarefas

A organização do trabalho ao nível das tarefas abrange questões diretamente relacionadas com as atividades ou tarefas que os trabalhadores realizam ao longo dos seus turnos de trabalho. Assim, agrupam-se as questões relacionadas com a repetitividade de tarefas, o ritmo de trabalho, o modo de organização das tarefas em cada turno.

No que respeita à repetição de tarefas e ao ritmo que têm de inculir ao trabalho, como se pode verificar da observação da Figura 20, os inquiridos referem que o turno da manhã é o que detém mais tarefas repetitivas sendo também neste turno onde têm de inculir um maior ritmo de trabalho. No entanto, quer no turno da manhã quer no turno da tarde os inquiridos referem conseguir realizar todas as tarefas em cada um deles.

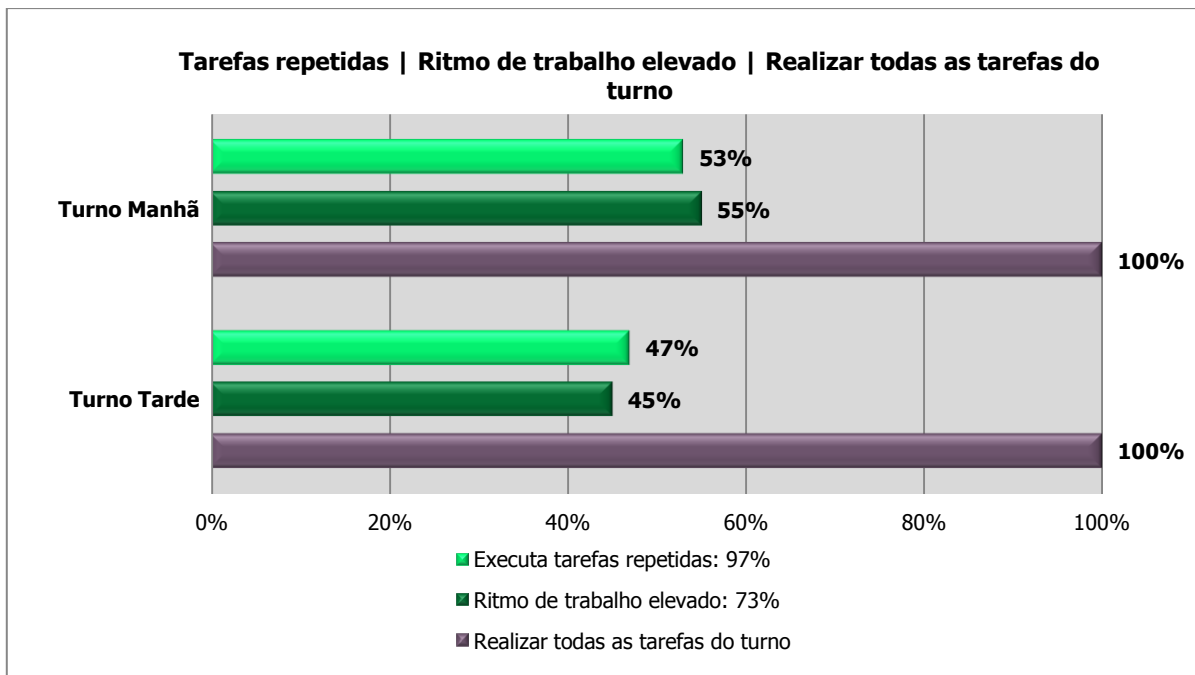


Figura 20 – Repetição tarefas por turno, ritmo de trabalho e tarefas realizadas por turno.

Quanto à questão relativa à forma como as tarefas estão organizadas, a maioria dos trabalhadores refere que a organização das tarefas em cada turno é a mais correta (57%). No entanto, a esmagadora maioria dos trabalhadores por equipa envolvidos na sua realização (93%) concorda que equipas com mais trabalhadores facilitariam uma melhor efetivação das tarefas. Assim se conclui da análise da Figura 21.

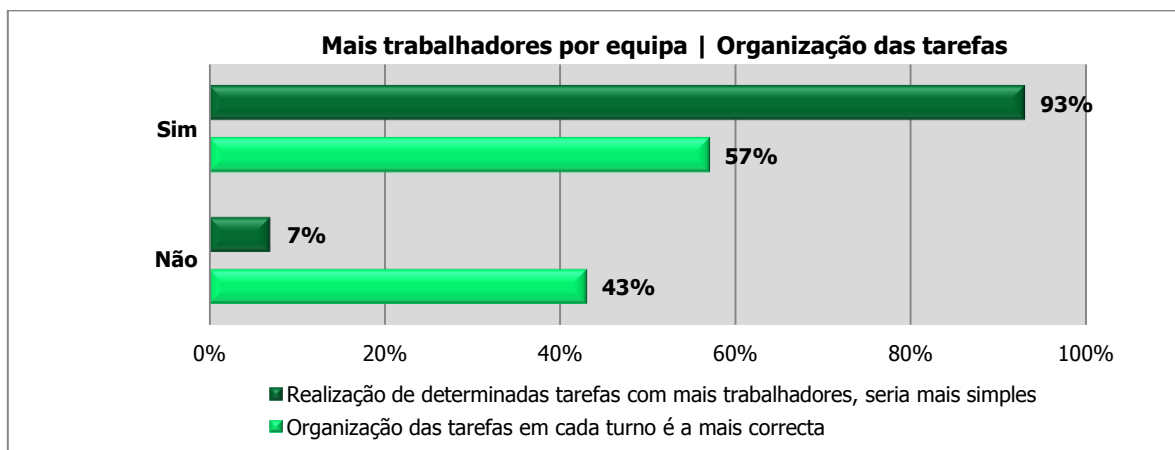


Figura 21 – Organização das tarefas, maior número de trabalhadores por equipa.

Decompondo as idades dos indivíduos que concordam que a organização das tarefas em cada turno é a mais correta, verifica-se que os indivíduos que não concordam com o modo como as tarefas estão organizadas posicionam-se nos grupos etários mais jovens, ao contrário dos

indivíduos com idades a partir dos 51 anos que consideram correta a forma como se encontram organizadas. Assim decorre da Figura 22.

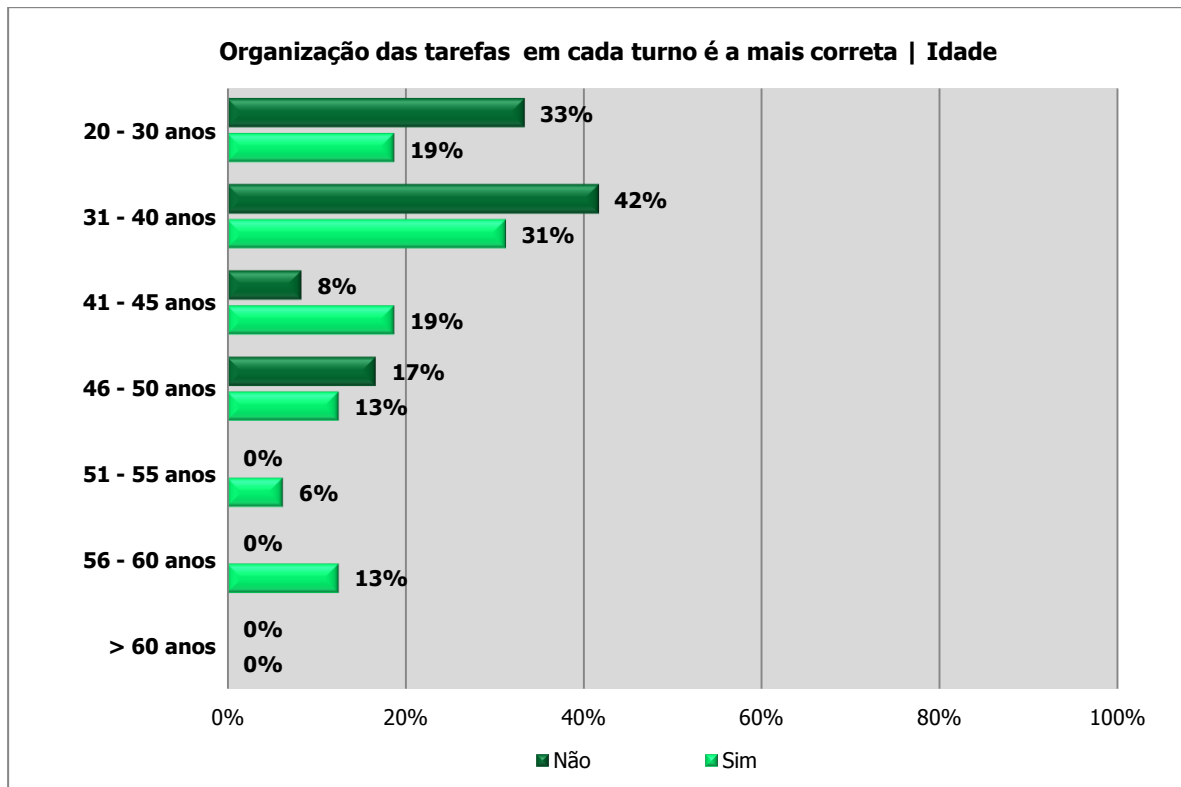


Figura 22 – Distribuição por grupos etários respostas relativas organização das tarefas.

Será importante analisar o pequeno grupo (7%) que discorda da inclusão de mais trabalhadores por equipa. Na verdade, todos os indivíduos inquiridos pertencentes ao grupo etário dos 56 – 60 anos não concordam com a inclusão de mais trabalhadores por equipa, admitindo que não se registará qualquer melhoria pela inclusão de mais trabalhadores nas equipas. Também são da opinião que a forma como as tarefas estão organizadas é a mais correta não modificando nenhum aspeto da sua profissão, como indica a Figura 23.

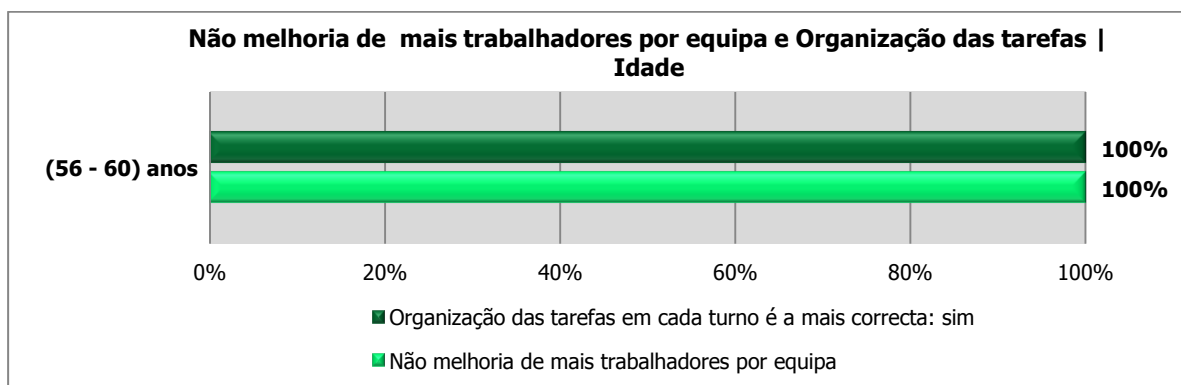


Figura 23 – Grupo etário (56 – 60) anos: não melhoria de mais trabalhadores por equipa.

4.2.8 Organização do trabalho: Turnos

As questões relacionadas com os turnos de trabalho abrangem aspetos ligados com as pausas ao longo dos turnos de trabalho, o descanso durante um turno, o cansaço psicológico e o cansaço físico no final de uma jornada de trabalho. Poder-se-á referir que estes aspetos estão diretamente conectados com as tarefas e a sua organização, nomeadamente no que concerne ao ritmo de trabalho e à repetitividade de tarefas.

A Figura 24 evidencia que a grande maioria dos trabalhadores inquiridos consegue fazer pausas ou descansar em qualquer turno de trabalho. No entanto, verifica-se que o descanso ou a realização de pausas durante o turno da tarde são mais propícios que no turno da manhã, existindo também um grupo considerável que refere conseguir fazer pausas ou descansar durante o turno da manhã.

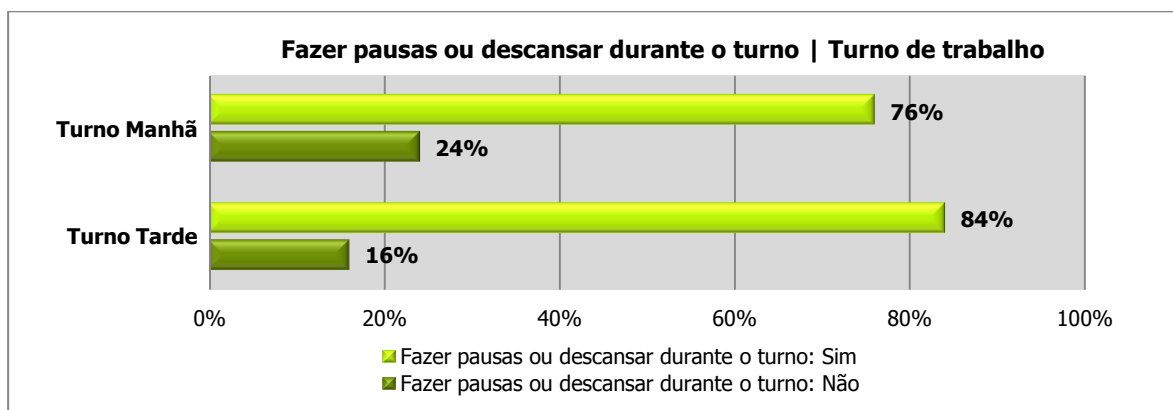


Figura 24 – Descansar ou fazer pausas durante o turno de trabalho

Comparando o ritmo de trabalho elevado em cada turno com a possibilidade de fazer pausas ou descansar, constata-se, como o demonstra a Figura 25, que em ritmo de trabalho mais elevado não se proporciona descansar ou fazer uma pausa.

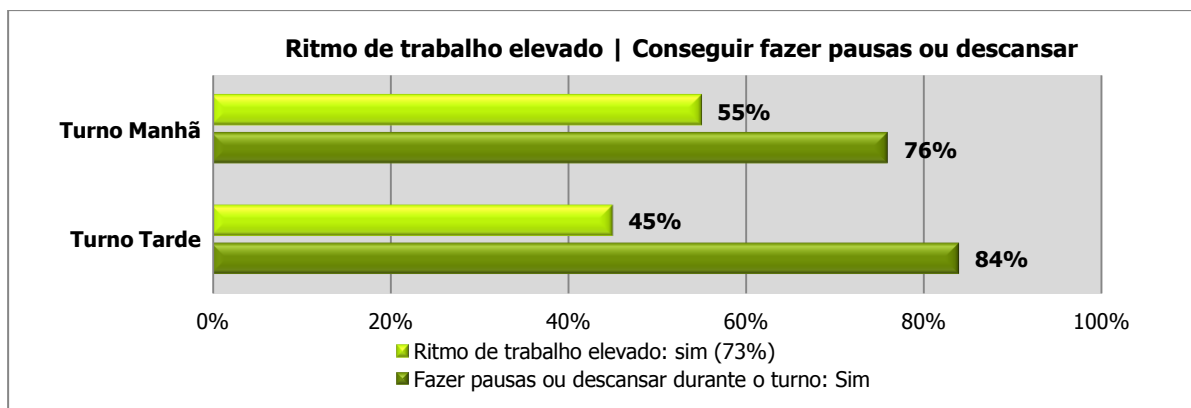


Figura 25 – Ritmo trabalho elevado, descansar/fazer pausas durante turno de trabalho

Relativamente ao cansaço físico e psicológico, estes são mais declarados no turno da tarde, apesar da maior percentagem de descanso ou de pausas se centrar no turno da tarde. Na realidade, aquando da análise da organização do trabalho relativa às tarefas mencionou-se que o evidenciado cansaço físico e psicológico no turno da tarde deverá estar interligado com a realização de tarefas mais diversificadas, apesar de o turno da manhã se caracterizar por uma maior repetitividade de tarefas, como realça a Figura 26.

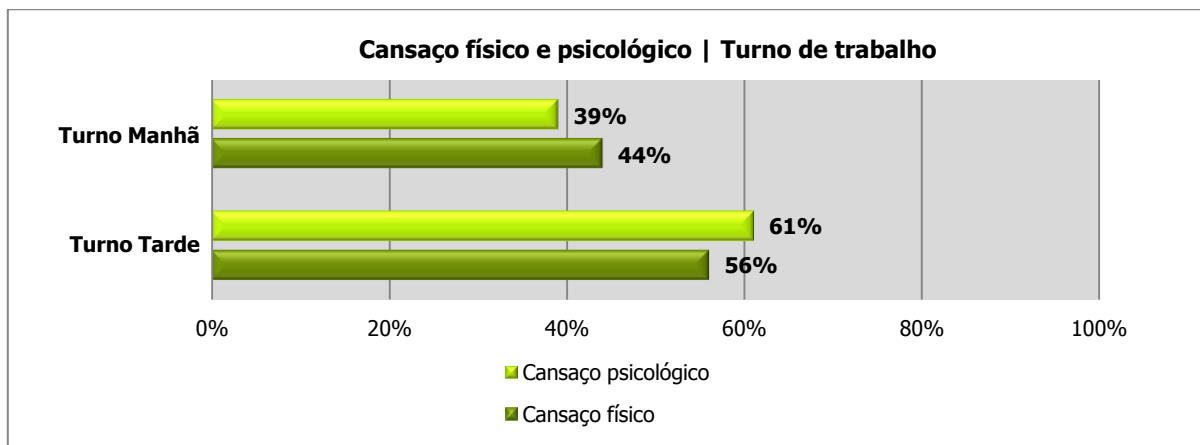


Figura 26 – Cansaço físico e psicológico no final do turno de trabalho.

4.2.9 Mudanças na profissão

As alterações ou mudanças propostas pelos inquiridos na profissão que exercem, estão diretamente aliadas à satisfação profissional dos trabalhadores, sendo reveladoras de importantes fatores muitas vezes escondidos ou dissimulados nas respostas a outras questões. Desta forma, é muito importante analisar mais profunda e criticamente todas as respostas, podendo até detetar-se alguns problemas não menos relevantes.

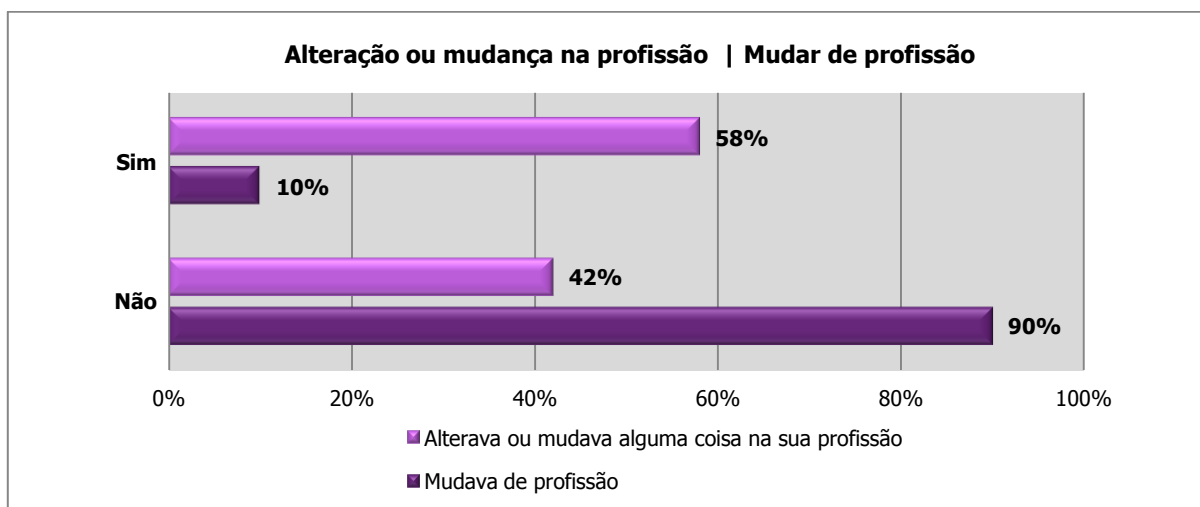


Figura 27 – Alteração ou mudança na profissão, mudar de profissão

Como se verifica na Figura 27, existe uma percentagem considerável de indivíduos (58%) que alteravam ou mudavam algum fator na profissão que exercem. Comparativamente, é bem notório que são poucos os que mudariam de profissão: apenas 10% dos trabalhadores mudavam de profissão.

Da análise da Figura 28, constata-se que o grupo de trabalhadores que mudavam de profissão tem idades compreendidas entre os 20 e 30 anos e o 12º ano de escolaridade. Justificam essa mudança de profissão, por ser “*muito cansativo psicologicamente e fisicamente*” e “*gostar de trabalhar noutra área*”.

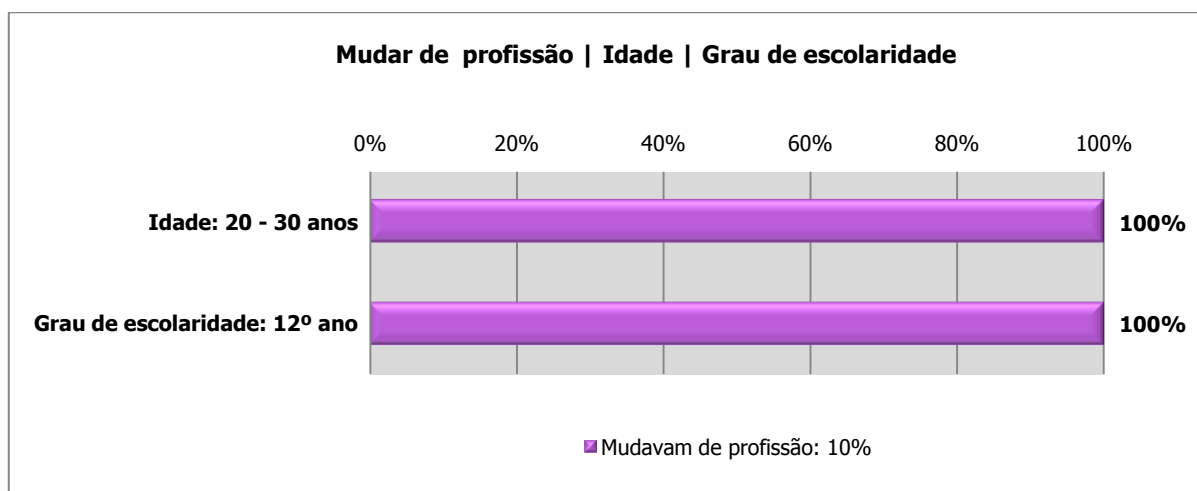


Figura 28 – Caracterização indivíduos mudavam profissão: idade, grau de escolaridade

Contrariamente, os indivíduos que não mudavam de profissão indicam como motivo principal “*gosto do que faço*”, “*gosto da minha profissão*” e “*gosto de trabalhar com idosos*”.

Perante as respostas indicadas pelos trabalhadores inquiridos, é possível destacar que, apesar das dificuldades e contrariedades a que estes trabalhadores estão expostos diariamente, o conhecimento da profissão, o gosto na sua realização, uma menor escolaridade e uma idade limitadoras de perspectivas de mudanças, os profissionais gostam da sua profissão e acima de tudo gostam do que fazem diariamente.

Relativamente às alterações ou mudanças indicadas pelos trabalhadores inquiridos, que a Figura 29 expõe, sobressaem as mudanças nos horários, nos turnos, nos métodos de trabalho, nos equipamentos utilizados e na retribuição que auferem. Menos focados os aspetos relativos ao número de pessoas por equipa, a consideração da entidade empregadora pelos trabalhadores, a união e compreensão entre colegas de trabalho.

É importante compreender e clarificar as principais alterações ou mudanças indicadas pelos trabalhadores, pois poderão ser reveladoras de pontos fulcrais a carecer de intervenção/ponderação.

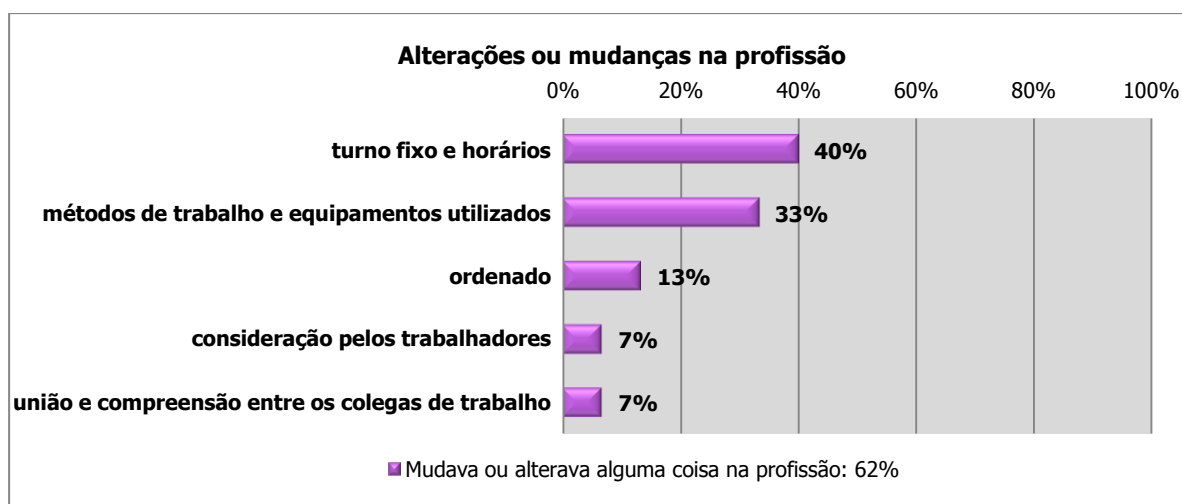


Figura 29 – Alterações ou mudanças na profissão indicadas pelos trabalhadores

Analisando o gráfico da Figura 29 torna-se importante realçar os seguintes pontos:

- Quando citam turno fixo e horários, estão a referir-se a horário de trabalho fixo, propondo a alteração do trabalho por turnos para o trabalho com um horário fixo.
- Os métodos de trabalho e equipamentos utilizados dizem respeito às formas de realização das tarefas, à repetitividade de tarefas a que estão submetidos em alguns turnos de trabalho, ao ritmo de trabalho elevado a que são obrigados a incurrir ao longo dos turnos de trabalho, à quantidade de tarefas que têm de realizar até ao final do turno de trabalho, ao insuficiente número de trabalhadores por equipa para realização das tarefas mais penosas, aos equipamentos disponíveis para realização de determinadas tarefas, nomeadamente na movimentação e manuseamento dos idosos;
- A baixa retribuição que auferem relativamente ao trabalho árduo e penoso que desempenham;
- A consideração pelos trabalhadores, subentende-se a diminuta apreciação e/ou estima por parte do empregador, por não corresponder com o devido valor e reconhecimento.
- A falta de união e compreensão entre os colegas de trabalho poderá revelar incompatibilidades relacionadas com o elevado número de tarefas que cada trabalhador tem de cumprir até ao final do seu turno de trabalho e com o reduzido número de trabalhadores por equipa. De facto, a realização de determinadas tarefas torna indispensável a interajuda entre trabalhadores e a consequente interdependência, pois de contrário colocará em causa a realização do trabalho e simultaneamente poderá gerar quezílias e mau ambiente de trabalho.

Por forma a resumir todos os gráficos anteriormente expostos e analisados, foi organizado um quadro resumo que consta no Anexo G.

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A partir do estudo efetuado, foram evidenciados no tratamento e análise de dados vetores importantes necessários de serem examinados. Por outro lado, reconhece-se a premência de um reconhecimento devido ao profissional outorgando a necessária nobreza à profissão, realçando-se os seguintes aspetos que importa analisar e discutir, i) denominação da profissão, ii) acesso à profissão: formação e certificação, iii) organização do trabalho: equipas e pausas; iv) medidas técnicas: ajudas técnicas ou ajudas mecânicas.

5.1 Denominação da profissão

O tratamento e análise de dados realizados evidenciam que alguns trabalhadores não conhecem a denominação regulamentar da profissão que exercem na instituição. De facto, à questão Q.8 – “Função que desempenha na instituição”, existem profissionais que indicam a denominação correta “ajudante de ação direta” e outros que indicam designações de “cuidar de idosos” e “ajudante de lar”.

Um dos pontos principais que ocasionou alguma incerteza e dúvida residiu na panóplia de designações profissionais para o mesmo trabalhador. Na realidade, apesar das funções serem as mesmas, o profissional detém diferentes denominações dependendo da entidade patronal a que se encontre vinculado. Com efeito, verifica-se que o profissional quando ao serviço de uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) é classificado com a profissão de Ajudante de Ação Direta (BTE, 1ª série, n.º 15 de 22/04/2011); se ao serviço de uma organização associada da União das Misericórdias Portuguesas (UMP), pertence à categoria profissional de Ajudante de Lar e Centro de Dia (BTE, 1ª série, n.º 1 de 08/01/2010), o mesmo profissional é denominado de Assistente Operacional se sujeito ao regime do contrato de trabalho em funções públicas, ou seja, se pertencer aos quadros da função pública (DL n.º 121/2008 de 11 de Junho), conforme detalhe da Tabela 22.

Relativamente à Classificação Portuguesa das Profissões de 2010, abreviadamente designada por CPP/2010, elaborada a partir da Classificação Internacional Tipo de Profissões de 2008 (CITP/2008) pelo Instituto Nacional de Estatística, I.P. (INE, I.P.), previamente aprovada pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) em Dezembro de 2007, o profissional enquadrar-se-á no designado “Grande Grupo 5 – Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores”, mais concretamente no “Subgrupo dos Trabalhadores de cuidados pessoais nos serviços de saúde” e na profissão de Auxiliar de Saúde (codificação atribuída: 5321.0). Saliente-se que a CPP/2010 estabelece o novo quadro das profissões, tarefas e funções mais relevantes, integrado na CITP/2008, classificação recomendada aos Estados-Membros para produzir e divulgar

estatísticas por profissões a nível da União Europeia (UE), pela Recomendação da Comissão de 29 de Outubro de 2008.

Tabela 22 – Denominação do profissional segundo a entidade empregadora

Documento de referência	Entidade patronal	Categoria Profissional: Denominação do profissional	Definição das funções
Inquéritos	IPSS	- Ajudante de ação direta - Cuidar de idosos - Ajudante de lar	_____
Classificação Portuguesa das Profissões (CPP/2010)	_____	Trabalhadores de cuidados pessoais nos serviços de saúde	Compreende as tarefas e funções do auxiliar de saúde, ajudante familiar e outros trabalhadores dos cuidados pessoais e similares nos serviços de saúde, com especial incidência no fornecimento de cuidados pessoais e assistência, apoio na mobilidade e atividades diárias de pacientes, pessoas idosas e incapacitadas, em instalações de saúde e residências.
BTE, 1ª Série, n.º15 de 22/04/2011	IPSS	Trabalhadores de Apoio: Ajudante de Ação Direta	1 - Trabalha diretamente com os utentes, quer individualmente quer em grupo, tendo em vista o seu bem-estar, pelo que executa a totalidade ou parte das seguintes tarefas: a) recebe os utentes e faz a sua integração nos equipamentos ou serviços; b) Proceda ao acompanhamento diurno e noturno dos utentes, dentro e fora dos estabelecimentos e serviços (...); c) Assegura a alimentação regular dos utentes; d) Recolhe e cuida dos utensílios e equipamentos utilizados nas refeições; e) Presta cuidados de higiene e conforto aos utentes e colabora na prestação de cuidados de saúde (...); f) Substitui as roupas de cama e de casa de banho (...); g) Requisita, recebe, controla, e distribui os artigos de higiene e conforto; h) Reporta à instituição ocorrências relevantes no âmbito das funções exercidas. 2 – Caso a instituição assegure apoio domiciliário, compete ao ajudante de ação direta providenciar a manutenção das condições de higiene e salubridade do domicílio dos utentes.
BTE, 1ª Série, n.º1 de 08/01/2010	UMP	Trabalhadores de Apoio: Ajudante de Lar e Centro de Dia	Procede ao acompanhamento diurno e/ou noturno dos utentes, dentro e fora dos serviços e estabelecimentos, colabora nas tarefas de alimentação do utente, participa na ocupação dos tempos livres, presta cuidados de higiene e conforto aos utentes, procede à arrumação e distribuição das roupas lavadas e à recolha de roupas sujas e sua entrega na lavandaria.

Documento de referência	Entidade patronal	Categoria Profissional: Denominação do profissional	Definição das funções
Decreto-lei n.º 121/2008 de 11 de Julho	Estado (Função Pública)	Assistente Operacional	_____
Proposta	Qualquer entidade	Ajudante de Ação Direta	Trabalha diretamente com os utentes, quer individualmente quer em grupo, tendo em vista o seu bem-estar, pelo que executa a totalidade ou parte das seguintes tarefas: cuida diretamente de idosos procedendo ao seu acompanhamento direto diurno e noturno, ministrando cuidados de higiene e conforto, assegurando a alimentação regular dos idosos, colabora na prestação de cuidados de saúde administrando medicamentos nas horas estipuladas, substitui roupas de vestuário, de cama e de casa de banho, recolhe roupas sujas e entrega na lavandaria, procede a limpezas de diversas zonas do local de trabalho.

Proposta: denominação da profissão

A definição das funções atribuídas ao profissional que melhor se enquadra na realidade laboral percecionada, é a definida para Ajudante de Ação Direta. A definição das funções atribuída pela UMP é mais simplificada, não indicando claramente algumas das tarefas que o profissional executa, nomeadamente a administração de medicamentos, requisição e distribuição de produtos de higiene. No que diz respeito à designação Assistente Operacional, salienta-se que esta denominação engloba profissionais dos mais diversos setores, designadamente do setor da saúde, setor da educação, entre outros.

Como anteriormente exposto, é importante a uniformização da denominação da profissão, independentemente da instituição em que o trabalhador exerça funções. Assim, a denominação mais adequada será Ajudante de Ação Direta, uma vez que se trata do profissional que cuida, limpa, alimenta, acompanha, conversa, reconforta diretamente os indivíduos, além de que ajuda em tudo o que é necessário e imprescindível ao bem-estar dos indivíduos.

5.2 Acesso à profissão: formação e certificação

Da análise de dados dos inquéritos realizados, verificou-se que a maioria dos trabalhadores anteriormente à presente profissão exerceu outra profissão diferente, nomeadamente, empregada de balcão, empregada de limpeza, embaladora, empregada fabril (questão Q.12). Por outro lado, a grande maioria desse grupo de trabalhadores aquando da questão Q.23 relativa à maneira como faz cada tarefa, referem ser da forma que viu os outros trabalhadores fazerem, demonstrando a não frequência de formação prévia para

realização das tarefas. Na realidade, cerca de 35% dos trabalhadores inquiridos refere realizar as tarefas da forma que viu os outros trabalhadores fazerem, salientando-se também que a grande maioria desses trabalhadores já presta serviços na instituição há cerca de 5 a 8 anos.

No que diz respeito ao grau de escolaridade (questão Q.5), cerca de 24% dos inquiridos refere ter a 4ª classe, salientando-se que alguns desses trabalhadores exercem funções há cerca de um ano na instituição, revelando a não imposição da escolaridade mínima obrigatória (9º ano de escolaridade) para exercerem funções na instituição.

Formação

De acordo com o citado no referencial de formação para Técnico Auxiliar de Saúde do Catálogo Nacional de Qualificações (CNQ) da Agência Nacional para a Qualificação (ANQ), a área da Saúde convive atualmente com uma situação paradoxal, que se poderia resumir numa frase: “encontram-se ou trabalhadores licenciados ou trabalhadores desqualificados”. Na realidade, às profissões que tradicionalmente já exigiam a licenciatura, como por exemplo a área da medicina, da farmácia, da medicina dentária, vieram juntar-se outras áreas que também o exigem, sejam elas advindas de novas profissões, ou sejam profissões que emergiram de uma formação média para uma superior, designadamente na área da enfermagem, da fisioterapia ou mesmo os técnicos de farmácia. No entanto, nas várias instituições de apoio social, como lares de idosos, centros de dia, não trabalham só licenciados, porque a par destes profissionais há um sem-número de outros profissionais que não detêm qualificação adequada à atividade que desenvolvem, sendo disso exemplo o pessoal auxiliar, assistentes operacionais.

Pimentel (2001), na perspetiva de formação dos vários profissionais que trabalham com as pessoas idosas, afirma que essa é uma das condições básicas para promover a humanização dos serviços, impondo-se uma (in)formação permanente quer sobre o processo de envelhecimento, quer sobre os diversos aspetos que lhe estão associados e as suas várias dimensões, isto é, o envelhecimento é um processo que tem dimensões biológicas, psíquicas e sociais e que ocorre de forma diversa nas pessoas, em função de determinados fatores, não sendo exequível definir parâmetros pré-determinados, comuns a todos os indivíduos. Tal argumento implica que os vários profissionais tenham de estar conscientes dessa diversidade, o que passa necessariamente pela aquisição de conhecimentos adequados para tal.

Segundo a *Carta dos Direitos e Liberdades da Pessoa Idosa Dependente*, no seu artigo 10º, relativo à qualificação dos intervenientes, os cuidados que uma pessoa idosa dependente requer devem ser prestados por intervenientes formados e em número suficiente. A este propósito, e conhecedora do contexto português, Paula Guimarães (1995), reitera a necessidade de definição de um rácio adequado de funcionários adequado de utentes por equipa.

Também na II Assembleia Mundial Sobre o Envelhecimento (2002) realizada em Madrid, foi defendido que: *“As pessoas idosas têm direito, entre outros, a cuidados de saúde qualificados, a prestadores de cuidados com formação específica (nas áreas da geriatria e da gerontologia), à prevenção da doença, à reabilitação, ao acesso a serviços e equipamentos de apoio, a cuidados de saúde ao domicílio com formação dos prestadores de cuidados informais.”*

Em relação aos profissionais de trabalho direto com pessoas idosas, na perspectiva da Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia (SEGG, 1997), para que possam desempenhar com competência a sua profissão deverão essencialmente: possuir conhecimentos gerais sobre as características das pessoas idosas, ter suficiente formação prática para a realização de tarefas materiais (trabalho doméstico, mobilização de pessoas dependentes, cuidados gerais e especiais), dispor de estratégias e habilidades para saber comunicar com as pessoas idosas e manter uma atitude de escuta ativa e de observação atenta das necessidades não formuladas pelas pessoas idosas, ser capaz de valorizar as possibilidades de melhoria, de perceber as mudanças durante a prestação do serviço e encaminhar toda esta informação para a entidade responsável.

Certificação Profissional

Com a publicação do Decreto-Lei n.º 92/2011 de 27 de Julho (DL 92/2011) foi criado o Sistema de Regulação do Acesso a Profissões (SRAP), sistema que visa simplificar e eliminar barreiras no acesso a profissões e atividades profissionais. A publicação deste diploma veio alterar normas de certificação e revogou, entre outras, a legislação relativa à emissão de Certificados de Aptidão Profissional e Carteiras Profissionais. O referido decreto-lei simplifica o acesso a diversas profissões através da eliminação de cursos de formação obrigatória, certificados de aptidão profissional e carteiras profissionais, facilitando o acesso a determinadas profissões. No entanto, de acordo com o ponto 2 do artigo 3º do referido diploma, *“...podem ser impostos requisitos de qualificações profissionais específicas, bem como requisitos específicos adicionais para o acesso e exercício de determinada profissão”*, requisitos esses definidos no Catálogo Nacional de Qualificações (CNQ) para o acesso a determinadas profissões ou atividades económicas.

O acesso à certificação profissional, de acordo com o artigo 10º do Decreto-lei n.º 92/2011 de 27 de Julho, poderá ser obtido por modalidades de formação do Sistema Nacional de Qualificações (SNQ), ou por reconhecimento, validação e certificação de competências profissionais, comprovada mediante a emissão de um diploma ou de um certificado de qualificações, pelo qual terão acesso à profissão, de acordo com o exposto na Tabela 23.

Tabela 23 – Formação e Certificação para acesso à profissão

	Documento de referência	Informação
Formação	Inquéritos	- 35% dos trabalhadores inquiridos não frequentaram formação prévia; - 24% dos trabalhadores com grau de escolaridade 4ª classe e a exercer funções à cerca de 1 ano.
	Carta dos Direitos e Liberdades da Pessoa Idosa Dependente	Artigo 10º - Qualificação dos intervenientes: Os cuidados que uma pessoa idosa dependente requer devem ser prestados por intervenientes formados (...).
	II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento (2002)	“As pessoas idosas têm direito (...) a prestadores de cuidados com formação específica (nas áreas da geriatria e da gerontologia), (...)”
	Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia (SEGG, 1997)	Os profissionais de trabalho direto com pessoas idosas (...), deverão ter suficiente formação prática para a realização de tarefas materiais (trabalho doméstico, mobilização de pessoas dependentes, cuidados gerais e especiais (...)).”
	Pimentel (2001)	(...) a formação dos vários profissionais que trabalham com pessoas idosas é uma condição básica para promover a humanização dos serviços, impondo-se uma (in)formação permanente (...).
Certificação	Decreto-lei n.º 92/2011 de 27 de Julho - Sistema de regulação do acesso a profissões (SRAP)	Artigo 10º - O acesso à certificação profissional poderá ser obtido por modalidades de formação do Sistema Nacional de Qualificações (SNQ) ou por reconhecimento, validação e certificação de competências profissionais, comprovada mediante a emissão de um diploma ou de um certificado de qualificações, pelo qual terão acesso à profissão
Proposta	_____	Formação de qualificação inicial , com o objetivo de adquirir competências técnicas, sociais e relacionais, indispensáveis no exercício de uma profissão qualificada, promotora de aumento de empregabilidade e facilitadora no processo de integração na vida ativa. A formação deveria incidir sobre matérias da realidade laboral com as quais os profissionais se confrontem diariamente. Assim, seria relevante formação nas seguintes áreas: a) cuidados básicos de higiene e saúde, b) nutrição e dietética, c) segurança e prevenção de acidentes, d) técnicas de posicionamento, mobilização, transferência e transporte (MMC), e) primeiros socorros, segurança contra incêndios e evacuação, f) socialização e lazer. Certificação: Obtenção de certificado ou diploma de qualificações, para acesso à profissão

Proposta: acesso à profissão e formação de certificação

Presentemente o acesso à profissão é demasiadamente facilitado, permitindo que mão-de-obra barata e pouco qualificada continue a ser base de recrutamento. Existem apenas como condições necessárias a escolaridade mínima obrigatória e idade mínima de 18 anos. Formação prévia, pré-conhecimento das tarefas a desenvolver, aptidão profissional para lidar com indivíduos muitas vezes doentes com doenças terminais, não são requeridos.

Aos profissionais em estudo seria indispensável impor a pré-existência de uma certificação profissional comprovada por um certificado ou diploma de qualificações, para a qual teriam de frequentar formação inicial teórico-prática previamente ao exercício da profissão.

Segundo o evidenciado anteriormente, reconhece-se a necessidade de elevar as competências técnicas e a qualificação dos profissionais para um melhor desempenho das suas funções, pelo que urge desenvolver formação adequada, conferindo aos profissionais a qualificação necessária. A formação de qualificação inicial, isto é, a formação que tem como objetivo a aquisição de competências técnicas, sociais e relacionais, indispensáveis no exercício de uma profissão qualificada, promotora de aumento de empregabilidade e facilitadora no processo de integração na vida ativa, seria da maior importância para este grupo de profissionais com repercussões na qualidade dos cuidados prestados.

A formação deveria incidir sobre matérias da realidade laboral com as quais os profissionais se confrontem diariamente. Assim, seria relevante formação nas seguintes áreas: a) cuidados básicos de higiene e saúde, b) nutrição e dietética, c) segurança e prevenção de acidentes, d) técnicas de posicionamento, mobilização, transferência e transporte (MMC), e) primeiros socorros, segurança contra incêndios e evacuação, f) socialização e lazer.

Posteriormente à formação para a qualificação inicial e obtenção do certificado ou diploma de qualificações, entende-se ser indispensável a criação de programas de formação anuais, de frequência mensal com o objetivo de habituar as pessoas e as organizações no sentido da formação ser encarada como uma atividade regular. Devido a dificuldades de sustentabilidade económica dos diversos equipamentos sociais, de forma a não ser necessária a dispensa dos trabalhadores ou o pagamento de horas de compensação para formação, a formação realizar-se-ia no final dos turnos requerendo algum tempo ao formando e à Instituição.

5.3 Organização do trabalho: equipas e pausas

Como sobressai da análise aos inquéritos, dois pontos fulcrais merecem/impõem intervenção por forma a reduzir a problemática ou constrangimento dos ritmos de trabalho: a constituição das equipas de trabalho com mais trabalhadores em cada turno e a

organização das tarefas por forma permitir a existência de maior número de pausas ao longo de um turno de trabalho e a redução da repetitividade de tarefas.

Analisando as respostas à questão Q.30 – “Determinadas tarefas se realizadas com mais trabalhadores em equipa seriam mais simples”, cerca de 93% dos inquiridos responderam afirmativamente, comprovando e reconhecendo que o número de trabalhadores por equipa é insuficiente perante a quantidade de tarefas que têm de realizar até ao final de um turno de trabalho. Saliente-se que os indivíduos que não concordam com a inclusão de mais trabalhadores por equipa são do grupo etário dos 56-60 anos, sendo também da opinião que não mudavam nenhum aspeto na sua profissão.

Correlacionando e analisando as questões do inquérito relativas à repetição de tarefas ao longo do turno de trabalho (Q.21), ritmo de trabalho elevado (Q.24) e realização de todas as tarefas do turno (Q.28), verifica-se que apesar de todos os trabalhadores referirem realizar todas as tarefas de um turno de trabalho, a grande maioria refere a repetitividade de tarefas ao longo do turno e o ter de inculir um ritmo de trabalho elevado para realização de todas as tarefas. Relativamente a conseguir usufruir de momentos de descanso ou de pausa durante um turno de trabalho (questão Q.22), a grande maioria refere conseguir fazer pausas ou descansar em todos os turnos de trabalho, mas revelam também uma elevada percentagem de cansaço físico e psicológico no final de cada turno de trabalho, como se pode observar na Tabela 24.

Os movimentos repetitivos são tão antigos quanto o próprio trabalho, pois já na antiguidade existiam tarefas altamente repetitivas, quer na agricultura, quer no comércio. Em 1713, o médico italiano Bernardino Ramazzini, considerado o “pai” da medicina, considera os movimentos repetitivos das mãos, as posturas corporais contraídas e a fadiga/stress mental como causas das lesões musculares por esforços repetitivos no trabalho (LMERT).

Segundo Silverstein (1985), considera-se que existe repetitividade numa situação de trabalho sempre que se reconhece a realização de movimentos idênticos, realizados mais de duas a quatro vezes por minuto, acima de 50% do tempo de ciclo de trabalho, em ciclos de duração inferior a 30 segundos ou realizados durante mais de 4 horas, no total de 8 horas correspondente a um usual dia de trabalho.

De acordo com Loff (1994), o trabalho em equipa é a atividade sincronizada e coordenada de diversos profissionais, de categorias diferentes para cumprir um objetivo comum, sendo que o produto final é diferente da soma das partes, ou seja, o trabalho desenvolvido por cada trabalhador isoladamente é diferente daquele realizado pela equipa.

Graça (1992) salienta que as equipas falham por falta de capacidades de relações humanas, por falta de saber-ser e saber-estar em grupo, por falta de liderança eficaz e por falta de heterogeneidade das competências e papéis.

Tabela 24 – Organização do trabalho: equipas e pausas

	Documento de referência	Informação
Equipas: número de trabalhadores	Inquéritos	- 93% dos trabalhadores inquiridos afirmam que o número de trabalhadores por equipa é insuficiente perante a quantidade de tarefas a realizar; - Ritmo de trabalho elevado em qualquer turno de trabalho; - Cansaço físico e psicológico no final da cada turno de trabalho muito elevado (>80%);
	Loff (1994)	O trabalho em equipa é a atividade sincronizada e coordenada de diversos profissionais, de categorias diferentes (...).
	Graça (1992)	As equipas falham por falta de capacidade de relações humanas, por falta de saber-ser e saber-estar em grupo, por falta de liderança eficaz e por falta de heterogeneidade das competências e papéis.
	Bernardino Ramazini (1713)	Os movimentos repetitivos das mãos, as posturas corporais contraídas e a fadiga/stress mental são causas das lesões musculares por esforços repetitivos no trabalho.
Proposta	_____	Equipas de dois trabalhadores: Realização das tarefas por dois trabalhadores que se ajudam mutuamente, tornando as tarefas menos cansativas e desgastantes, e executáveis com maior rapidez. Pausas ao longo de cada turno: Implementação de mais pausas ao longo de cada turno, reduzindo o cansaço físico e psicológico no final da cada turno de trabalho.

Proposta: equipas e pausas

Na realidade, a maioria dos trabalhadores executa as tarefas de cada turno completamente sozinho, a um ritmo de trabalho elevado, muitas vezes colocando de parte a sua segurança e saúde, não existindo interajuda entre colegas de trabalho, que podem convergir em graves problemas de segurança e saúde para os trabalhadores e utentes

Desta forma, seria importante atuar ao nível do número de trabalhadores afetos à realização das tarefas, principalmente aquelas em que existe interação direta com o idoso, deveriam ser realizadas por dois trabalhadores que se ajudam mutuamente e não apenas por um, pois além desse tornar mais rápida a realização das tarefas, não é tão cansativa nem desgastante para os trabalhadores.

Importante também seria implementar mais pausas em cada turno. Como referido anteriormente existe um enorme cansaço físico e psicológico no final de cada turno de trabalho, além de um ritmo de trabalho excessivo acompanhado de uma enorme repetitividade de tarefas.

5.4 Medidas técnicas: ajudas técnicas ou ajudas mecânicas

Analisando as respostas às questões relacionadas com a movimentação manual de cargas (MMC), Q.18 – “Carga máxima que costuma levantar ou movimentar sem ajuda” e Q.19 – “Utilização de máquinas ou aparelhos quando transporta cargas pesadas”, verifica-se que nas tarefas que incluem a movimentação manual de cargas a maioria dos trabalhadores (68%) refere não utilizar máquinas ou aparelhos para realizar o transporte de cargas pesadas, e quando referem utilizar reportam-se, na maioria, para a cadeira de rodas seguindo-se ao elevador. No que diz respeito à carga máxima que movimentam sem ajuda, há indicação de cargas de 80kg, 90kg e até 100kg, evidenciando que os trabalhadores movimentam cargas muito pesadas sozinhos e não têm a noção da carga máxima que devem movimentar ou levantar sem qualquer tipo de ajuda para não sofrerem lesões.

Averiguando as respostas à questão relativa à doença ou lesão por motivos profissionais (questão Q.15), o tipo de doença ou lesão mais mencionado foi lesão na coluna (43%), por motivos de *“pegar sozinha no utente que estava na cadeira de rodas”* e *“mau jeito a pegar no idoso”*.

A movimentação manual de cargas (MMC) é uma das mais frequentes atividades levadas a cabo em locais de trabalho e, em consequência, é também uma das causas mais comuns de lesões derivadas do trabalho, sendo apontada como responsável por grande parte dos acidentes ocupacionais e lesões a estes associadas. A título de exemplo, em contextos ocupacionais que implicam a manipulação de doentes e acamados, existem estudos que indicam que a MMC poderá ser responsável por cerca de 40% de todos os acidentes ocorridos, sendo que destes 80% correspondem a acidentes que implicam cerca de 4 semanas de absentismo por doença ou lesão (Davies et al., 2003).

De realçar, que o conceito de MMC, segundo o artigo 3º do Decreto-Lei nº 330/93, de 25 de Setembro, que transpõe a Diretiva Europeia nº 90/269/CEE, define-se como sendo qualquer operação de transporte e sustentação de uma carga, por um ou mais operadores, que, devido às suas características ou condições ergonómicas desfavoráveis, pode comportar riscos para os mesmos, particularmente para a região dorso-lombar. De realçar é também o artigo 5º, relativo à avaliação de referência de risco, onde são indicadas as características da carga, considerando carga demasiado pesada a superior a 30 kg em operações ocasionais e superior a 20 kg em operações frequentes. Por outro lado o ponto 3 do mesmo artigo, refere que o empregador deve tomar medidas apropriadas quando a

atividade implique esforços físicos que solicitem, nomeadamente, a coluna vertebral e sejam frequentes ou prolongados, e quando implique período insuficiente de descanso fisiológico ou de recuperação, de acordo com o detalhe da Tabela 25.

Segundo Heran-Le Roy et al., (1999), existem alguns estudos epidemiológicos que sugerem, de forma inequívoca, que uma elevada prevalência de dores na zona dorso-lombar se deve, essencialmente, à necessidade de se efetuarem manipulações de cargas.

Em muitas atividades (enfermagem, hospitais, embalagem, expedição, transportes e logística), a existência de elevações de pesos frequentes, a manipulação de cargas elevadas, assim como a necessidade de adoção de posturas incorretas, são elementos presentes no dia-a-dia dos trabalhadores. Assim, as cargas elevadas e a frequência com que as mesmas são manipuladas fazem com que surjam lesões críticas, e por vezes crónicas, ao nível da coluna vertebral (Johanning, 2000).

No documento técnico adotado pela Inspeção Geral do Trabalho, denominado “*Alivie a Carga – Prevenção das Lombalgias no Sector dos Cuidados da Saúde*” (2007), são indicadas medidas de prevenção possíveis para a redução do risco de lombalgias, nomeadamente a utilização de ajudas mecânicas por intermédio de elevadores para pessoas, ajudas para transferência de pacientes como pranchas de transferência, disco rotativo.

Outras recomendações e exemplos destinados ao pessoal de enfermagem por forma a reduzir o número e gravidade das lesões músculo-esqueléticas resultantes da atividade de mobilização de doentes, são indicados no documento intitulado “*Técnicas de mobilização de doentes para prevenir lesões músculo-esqueléticas na prestação de cuidados de saúde*” (E-FACTS 28 - EU-OSHA, 2009). Saliente-se as diferentes técnicas indicadas para mobilização de doentes, bem como a indicação da técnica adequada à situação em causa. Não menos importantes são os princípios a aplicar às técnicas de mobilização de doentes que os profissionais de saúde deveriam ter conhecimento por formação teórico-prática anteriormente ao início da sua atividade profissional.

Tabela 25 – Medidas técnicas para MMC: ajudas técnicas ou mecânicas

	Documento de referência	Informação
Movimentação manual de cargas (MMC)	Inquéritos	<ul style="list-style-type: none"> - 68% dos trabalhadores referem não utilizar máquinas ou aparelhos na realização de tarefas que incluem a MMC; - 43% dos trabalhadores referem movimentar cargas entre os (61-90)Kg sem ajuda; - Tipo de máquina ou aparelho que utilizam para movimentar cargas pesadas: cadeira-de-rodas (75%) e elevador (25%); - Tipo de lesão por motivos profissionais mais mencionado: lesão na coluna (43%).

	Documento de referência	Informação
	Decreto-lei 330/93 de 25 de Setembro	<p>Artigo 3º: Movimentação manual de cargas é qualquer operação de transporte e sustentação de uma carga, por um ou mais operadores, que, devido às suas características ou condições ergonômicas desfavoráveis, pode comportar riscos para os mesmos, particularmente para a região dorso-lombar.</p> <p>Artigo 5º: Ponto 1: Carga demasiado pesada – superior a 30 kg em operações ocasionais, e superior a 20 kg em operações frequentes.</p> <p>Ponto 3 - O empregador deverá tomar medidas apropriadas quando a atividade implique esforços físicos que solicitem a coluna vertebral e sejam frequentes ou prolongados</p>
	Davies et. al. (2003)	(...) em contextos ocupacionais que implicam a manipulação de doentes e acamados, existem estudos que indicam que a MMC poderá ser responsável por cerca de 40% de todos os acidentes ocorridos, sendo que destes 80% correspondem a acidentes que implicam cerca de 4 semanas de absentismo por doença ou lesão.
	Johanning (2000)	(...) as cargas elevadas e a frequência com que as mesmas são manipuladas fazem com que surjam lesões críticas, e por vezes crónicas, ao nível da coluna vertebral.
	Documento técnico: “Alivie a Carga – Prevenção das Lombalgias no Setor dos Cuidados da Saúde” (2007)	São indicadas medidas de prevenção possíveis para a redução do risco de lombalgias, nomeadamente a utilização de ajudas mecânicas, como elevadores para pessoas, ajudas para transferência de pacientes, pranchas de transferência, disco rotativo.
	Documento técnico: Técnicas de mobilização de doentes para prevenir lesões músculo-esqueléticas na prestação de cuidados de saúde” (E-FACTS 28)	São indicadas diferentes técnicas para mobilização de doentes, indicação da técnica adequada à situação em causa, princípios a aplicar às técnicas de mobilização de doentes que os profissionais de saúde deveriam ter conhecimento por formação teórico-prática anteriormente ao início da sua atividade profissional.
Proposta	_____	<p>Ajudas técnicas ou mecânicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prancha de transferência; - Disco giratório no pavimento; - Estruturas de transferência. <p>Formação teórico-prática:</p> <p>Informação das técnicas de mobilização dos utentes, dos conhecimentos necessários para o correto uso dos meios e dos equipamentos auxiliares.</p>

Proposta: ajudas técnicas e mecânicas

Segundo o evidenciado anteriormente, reconhece-se a necessidade de implementação de algumas ajudas técnicas ou mecânicas importantes aliviando e facilitando a movimentação manual de cargas, nomeadamente:

- Prancha de transferência: permitem as transferências do paciente de uma cama para outra, de uma cama para uma cadeira de rodas, através de deslizamento e não de elevação (Figura 30);



Figura 30 – Pranchas de transferência

Fonte: Manual de Prevenção denominado “Alivie a Carga – Prevenção das Lombalgias no Setor dos Cuidados de Saúde – CARIT, 2007

- Disco giratório no pavimento: é um tipo de instrumento que facilita a deslocação da pessoa respeitando as suas capacidades físicas e reduzindo o esforço para suportar o paciente, existindo discos giratórios para o pavimento e outros para facilitar a entrada e saída de um veículo (Figura 31);



Figura 31 – Discos giratórios: para o pavimento e para os veículos

Fonte: Manual de Prevenção denominado “Alivie a Carga – Prevenção das Lombalgias no Setor dos Cuidados de Saúde – CARIT, 2007

- Estruturas de transferência: são estruturas em tecido sólido, com coeficiente de fricção baixo que permitem a transladação ou o simples reposicionamento do paciente em vez de o levantar (Figura 32).



Figura 32 – Estruturas de transferência

Fonte: Manual de Prevenção denominado “Alivie a Carga – Prevenção das Lombalgias no Setor dos Cuidados de Saúde – CARIT, 2007

Importante seria igualmente a realização de ações de formação teórico-práticas dirigidas aos profissionais que realizem tarefas de movimentação manual de cargas no dia-a-dia, de forma a:

- Treinar as técnicas adequadas a aplicar na mobilização e transferência dos utentes, informando qual a técnica mais adequada a cada situação e quais os princípios básicos a ter em conta;
- Adquirir competências e conhecimentos necessários para o correto uso dos meios e dos equipamentos auxiliares que se pretendem implementar.

5.5 Síntese das propostas apresentadas

Por forma a uma melhor perceção das propostas apresentadas anteriormente, foi elaborada a Tabela 26, onde se expõem as propostas com uma breve descrição de cada uma delas.

Tabela 26 – Síntese das propostas apresentadas

Proposta	Descrição	
Denominação da profissão	Denominação (qualquer entidade patronal)	Ajudante de Ação Direta
	Definição das funções	Trabalha diretamente com os utentes, quer individualmente quer em grupo, tendo em vista o seu bem-estar, pelo que executa a totalidade ou parte das seguintes tarefas: cuida diretamente de idosos procedendo ao seu acompanhamento direto diurno e noturno, ministrando cuidados de higiene e conforto, assegurando a alimentação regular dos idosos, colabora na prestação de cuidados de saúde administrando medicamentos nas horas estipuladas, substitui roupas de vestuário, de cama e de casa de banho, recolhe roupas sujas e entrega na lavandaria, procede a limpezas de diversas zonas do local de trabalho.
Acesso à profissão	Formação de qualificação inicial	Formação inicial para adquirir competências técnicas, sociais e relacionais, indispensáveis no exercício de uma profissão qualificada, promotora de aumento de empregabilidade e facilitadora no processo de integração na vida ativa. A formação deveria incidir sobre matérias da realidade laboral com as quais os profissionais se confrontem diariamente. Assim, seria relevante formação nas seguintes áreas: a) cuidados básicos de higiene e saúde, b) nutrição e dietética, c) segurança e prevenção de acidentes, d) técnicas de posicionamento, mobilização, transferência e transporte (MMC), e) primeiros socorros, segurança contra incêndios e evacuação, f) socialização e lazer.
	Certificação	Obtenção de certificado ou diploma de qualificações, para acesso à profissão.
Organização do trabalho: equipas e pausas	Equipas de dois trabalhadores	Realização das tarefas por dois trabalhadores que se ajudam mutuamente, tornando as tarefas menos cansativas e desgastantes, e executáveis com maior rapidez.
	Pausas ao longo de cada turno	Implementação de mais pausas ao longo de cada turno, reduzindo o cansaço físico e psicológico no final de cada turno de trabalho.
Ajudas técnicas ou mecânicas incluindo formação teórico-prática	Ajudas técnicas ou mecânicas	Prancha de transferência, disco giratório no pavimento; estruturas de transferência.
	Formação teórico-prática	Informação das técnicas de mobilização dos utentes, dos conhecimentos necessários para o correto uso dos meios e dos equipamentos auxiliares.

6 CONCLUSÕES

Com o presente trabalho pretendeu-se contribuir para o estudo de um grupo de profissionais insuficientemente reconhecidos, mas imprescindíveis pelo trabalho que executam em diversos estabelecimentos de apoio social. O itinerário prosseguido envolveu a seleção da instituição onde se desenvolveu o estudo, a construção de um inquérito suportado na revisão bibliográfica, a implementação do inquérito construído a um grupo de trabalhadores, o tratamento e análise de dados, a discussão dos resultados com indicação de medidas importantes a serem implementadas ao nível do profissional, da organização e ao nível dos equipamentos de trabalho.

Inicialmente foi complicada a seleção da instituição onde desenvolver o presente trabalho. Na realidade, foram efetuados vários contatos com diversos estabelecimentos de apoio social, tendo sido sempre negada permissão para a realização de qualquer tipo de estudo ou abordagem.

No que concerne à amostra do presente estudo, assume-se a reduzida dimensão percecionada aquando do tratamento e análise de dados, não obstante da metodologia de estudo de caso utilizada, reconhecendo-se a necessidade das conclusões serem extrapoladas permitindo uma melhor perceção da realidade laboral e dos problemas que afetam este grupo de profissionais.

Neste contexto, o inquérito implementado evidenciou algumas fragilidades, nomeadamente aspetos menos conseguidos e a carecerem de melhoria. De facto, aquando do tratamento e análise de dados verificou-se que a forma como algumas perguntas estavam elaboradas conduziu a hesitações na resposta por parte do trabalhador. Como exemplo, à questão Q.9 – “Juntamente faz outro trabalho ou serviço”, existiram respostas considerando outro local de trabalho, que era o que se pretendia, mas também existiram respostas considerando o mesmo local de trabalho.

A análise de dados permitiu percecionar a necessidade de outras questões pertinentes, como por exemplo “se realiza todas as tarefas sozinho ou se em algum momento tem ajuda de algum colega”, “se teve algum tipo de formação aquando da admissão, se realizou exames médicos de admissão”.

Sem prejuízo do referido anteriormente, seria curioso implementar as medidas propostas no Capítulo 5 – Discussão dos resultados, na instituição objeto do presente estudo e observar *in loco* os resultados dessa implementação, bem como aferir a descrição de cada trabalhador relativa a cada proposta de melhoria, isto é se na realidade se se trata de uma boa proposta de melhoria ou não.

Inquirir outros trabalhadores com a mesma profissão de outras instituições semelhantes seria também muito enriquecedor, permitindo realizar a comparação de resultados, obter informações relevantes para os profissionais em estudo e eventualmente perspetivar novas propostas de melhoria a ser implementadas.

Relativamente às propostas indicadas, um outro conjunto de medidas igualmente relevantes poderiam ter sido citadas, como medidas de engenharia para criar dimensões mais ajustadas das instalações (nomeadamente corredores, casas de banho, quartos) de modo a evitar limitações de espaço durante a realização das tarefas e vigilância médica mais precoce deste grupo de profissionais permitindo controlar alterações importantes ao nível da saúde do trabalhador.

Finalmente importará salientar que a indefinição do tema abordado, a dispersão regulamentar que a caracteriza, uma revisão bibliográfica mais detalhada, permitiriam ponderar novas propostas adicionais geradoras de novas perceções da realidade laboral deste grupo profissional.

7 PERSPECTIVAS FUTURAS

O estudo anteriormente apresentado, teve o mérito de apontar áreas objeto de estudo futuro, importantes para o grupo de profissionais em observação.

Seria importante realizar investigações similares em contexto real de trabalho, incidindo em diferentes profissões, como por exemplo outros trabalhadores do setor da saúde (enfermeiros, técnicos auxiliares de saúde) e trabalhadores do setor de limpeza.

Analisar a mesma profissão efetuando estudos análogos em outros locais idênticos, seria fundamental no sentido de melhorar os resultados obtidos no trabalho ora apresentado.

Testar algumas das medidas propostas, seria relevante, de forma a aferir a sua eficácia em contexto real de trabalho, quer ao nível dos trabalhadores quer ao nível dos locais de trabalho.

A criação de uma associação centrada na defesa do exercício da própria profissão e na sua condição social enquanto cidadãos permitiria o reconhecimento e a capacidade negocial de junto dos empregadores de defesa dos seus próprios interesses, mas também do desenvolvimento da própria sociedade.

Desejável a reconfiguração de quadro normativo integrado com a previsão de uma única denominação profissional cujos atributos em termos de natureza, organização do trabalho e valores conduzissem a um processo de profissionalização e identificassem a sua relevância social e económica e o seu reconhecimento na sociedade.

8 BIBLIOGRAFIA

A

ALEXANDRE, N.M.C.; MORAES, N.A.; MAHARI, N. – Acidentes de trabalho afectando a coluna vertebral: um estudo realizado com trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 6: nº 2 (1998), p. 65-72.

ALBUQUERQUE, P. C. (2003) - Doenças Profissionais: A Formação na Prevenção Das lesões Músculo-Esqueléticas, Lisboa: Universidade Aberta, tese de Mestrado Comunicação em Saúde.

B

BARROSO, M.F.P.; COSTA, L.F.G.; CARNEIRO, P.M.S. – Importância da aplicação da ergonomia em contexto hospitalar. In Arezes, P. [et al] – Segurança e Higiene Ocupacionais – SHO 2006. Guimarães: SPOSHO, 2006. ISBN 972-99504-1-5. p. 33-39.

BENAVIDES, F.G. [et al] - Salud laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. 2ª ed. Barcelona: Masson, 2000. p. 213-501.

BENAVIDES, F.G; FRUTOS, C.R.; GARCIA, A.M.G. – Salud laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. *Rev. Esp. Salud Publica* [Em linha]. Vol. 71: nº 4 (1997), p. 267-280.

BEZOLD, C.; CARLSON, R.J. & PECK, J. C (1986) - The future of Work and health. Institute for Alternative futures Dover, Ma: Auburn house,

BREVIDELLI, MM. (1997) - Exposição ocupacional aos vírus da AIDS e da hepatite B: análise da influência das crenças em saúde sobre a prática de recapsular agulhas. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP.

BRITO, J. C. & PORTO, M. F. S., (1991) - Processo de Trabalho, Riscos e Cargas à Saúde. Rio de Janeiro: Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde pública, Fundação Oswaldo Cruz.

BOLICK, D. (2000) - Segurança e controle de infecção, Rio de Janeiro, Reichmann e Affonso Editores. ISBN 85-87148-400

BTE, 2010 - Boletim do Trabalho e Emprego, n.º1 de 08/01/2010

BTE, 2011 - Boletim do Trabalho e Emprego, n.º15 de 22/04/2011

BULHÕES, I. – Riscos do trabalho de enfermagem. – 2ª ed. Rio de Janeiro: Folha Carioca, 1998. 278 p.

C

Caetano, A., & Vala, J. (Coord.) (2002) - *Gestão de recursos humanos: contextos, processos e técnicas*. Lisboa: RH Editora.

CAMPOS, Vicente Falconi (1992) - TQC - Controle de qualidade total. 2.ed. São Paulo: Bloch Editores.

CARVALHO, F.P. – Exposição Ocupacional às Radiações Ionizantes. Porto: Ordem dos Engenheiros – Região Norte, 2004. p. 25-33.

CONTE, António (2003) - QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO. Funcionários com qualidade de vida no trabalho são mais felizes e produzem mais . Rev F A E B U S I N E S S , n.7, Nov.

CORTE, A.M.A. [et al] – Os riscos na enfermagem. Rev. Nursing. Nº 196 (2005), p. 36-41.

CORREIA, J. Martins (2003) - *Introdução à Gerontologia*, Lisboa, Universidade Aberta.

COTRIM, T. – A Ergonomia em contexto hospitalar. In Arezes, P. [et al] – Segurança e Higiene Ocupacionais – SHO 2006. Guimarães: SPOSHO, 2006. ISBN 972-99504-1-5. p. 41-43.

D

DAVIES, et. al. (2003) - Manual handling injuries and long term disability. Safety Science, 41(7).

DEJOURS, C - Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, n. 54, v.14, abr./maio/jun. (1986).

DI LASCIO, Raphael Henrique Castanho (2003) - Model for Analysis of the life quality in the professionals' of the nursery services work in pediatric hospital, 2003, 129t. Dissertation (Master's degree in Engineering of Production) - Program of Masters degree. UFSC, Florianópolis.

E

ESTRYN-BEHAR M. (1996) - Ergonomia hospitalar: teoria e prática. 7º Encontro Nacional de Enfermagem do Trabalho. Rio de Janeiro, Brasil, Agosto 1996. p. 96-105.

F

FEIGENBAUM, Armand V. (1994). - Controle de qualidade total. 40.ed. São Paulo: Makron Books,. v.1 e v.2.

Fernandes, A. A. (1997) - *Velhice e Sociedade: Demografia, Família e Políticas Sociais*. Oeiras: Editora Celta Oeiras

FERNANDES, A. T., FERNANDES, M. O., FILHO, N. R. (2000) - *Infeção Hospitalar e suas interfaces na área da saúde*, S. Paulo, Editora Atheneu, 2 volumes

FERREIRA, M. M. (2005) - Riscos de Saúde dos Enfermeiros no Local de Trabalho. "Sinais Vitais", nº 59; p.29-35, Março.

FONSECA, A. – Higiene e Segurança no Trabalho - Ficha técnica PRONACI. Leça da Palmeira: AEP/CATIM, 2002.40p.

FUNDEN. (1996). El riesgo profesional. In: Manual de Salud Laboral. Madrid; p.93-8. (Serie enfermería)

G

GUIMARÃES, Paula (1995) - *O Tempo Não Tem Idade*, Lisboa, Montepio Geral.

GRAÇA (1992), Luís – Trabalho em equipa uma nova lógica da organização do trabalho e de participação da gestão. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Lisboa. Vol. 10, n.º 1 (Jan./Mar. 1992), p. 5-18.

GRAHAM, K. J (1991) - Quality of life in the Working Environment. *Public health Nursing*, 8 (2).

GRAY-TOFT, P.; & ANDERSON, J. (1981) - Stress among hospital nursing staff: its causes and effects. *Social Sciences Medicine*, 15a, 639-647.

H

Heran-Le Roy, O.; Niedhammer, I.; Sandret, N. & Leclerc, A. (1999) - Manual materials handling and related occupational hazards: a national survey in France. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 24(4), pp.: 365-377.

I

IPSS: Instituição Particular de Solidariedade Social

INE: Instituto Nacional de Estatística

J

JANSEN, AC. (1997) - Um novo olhar para os acidentes de trabalho na enfermagem: a questão do ensino. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP;

Johanning, E. (2000) - Evaluation and management of occupational low back disorders. *American Journal of Industrial Medicine*, 37(1), pp.: 94-111.

L

LINO (2004) - Qualidade de vida e satisfação profissional de enfermeiros da UCI São Paulo

LOFF (1994), Ana Margarida – Relações Interpessoais. *Enfermagem em foco*. Lisboa: SEP. N.º 13, Ano IV (Nov./Jan. 1994), p. 56-63.

M

MAIA, P. – Contributos para a caracterização da actividade profissional dos enfermeiros com vista à justificação da idade e tempo de serviço para aposentação. *Rev. Ecos da Enfermagem*. Ano XXXVI: nº 243/6 (2005), p. 24-29.

MANZANO, M.J. – Riscos dos agentes biológicos nos Centros de Saúde e Hospitais. In SOUSA, J.P. [et al] – Riscos dos agentes biológicos: Manual de prevenção. Lisboa: IDICT, 1999. ISBN 972-8321-29-5. p. 221-231.

MARTINS, J. (2003) - *Introdução à Gerontologia*. Lisboa: Universidade Aberta

MARZIALE MHP, CARVALHO EC. (1998) - Condições ergonómicas do trabalho da equipe de enfermagem em unidade de internamento de cardiologia. *Rev Latino-am Enfermagem* jan; 6(1):99)

MENDES, R. & DIAS, E. C., 1991 - Da Medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de saúde pública, São Paulo*, 25 (5): 341-349.

MIGUEL, A.S.S.R. – Manual de Higiene e Segurança do Trabalho. 10ª ed. Porto: Porto Editora, 2007. 558 p.

MOREIRA, P. (edit.) – Doentes exigem melhor ambiente. *Rev. Teste Saúde*. N.º 58 (2005), p. 9-12.

N

NUNES, F.O. – Avaliação Ambiental de Espaços em Contenção de Estabelecimentos de Saúde. Porto: Ordem dos Engenheiros – Região Norte, 2004. p. 153-156.

O

OLIVEIRA, B.R.G.; MUROFUSE, N.T. – Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 9: nº 1 (2001), p. 109-115.

OTERO, J.J.G. – Riesgos Biológicos. In BENAVIDES, F.G.; FRUTOS, C.C.; GÁRCIA, A.M. – SALUD LABORAL: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. Barcelona: Masson, 1997. ISBN 8445805045. p. 303-316.

P

PIMENTEL, Luísa (2001), *O Lugar do Idoso na Família - Contextos e Trajectórias*, Coimbra, Quarteto.

PIZZOLI, L. (2005) - Qualidade de vida no trabalho: um estudo de caso das enfermeiras do Hospital Heliópolis. *Ciência Saúde Colectiva* vol.10 n°4 Rio de Janeiro Out. /Dez, 1054-1062.

R

RIBEIRO, R. – Acidentes de Trabalho: Ocorrências nas instituições dependentes do Ministério da Saúde no período 1992-1994. Lisboa: Ed. Departamento de Recursos Humanos da Saúde (DRHS), 1997. 90 p.

RISO, S. – The impact of work changes on the resurgence of musculoskeletal problems. *Magazine of the European Agency for Safety and Health at Work*. N° 10 (2007), p. 3-7.

RODRIGUES, A. [et al] – Exposição a Agentes Biológicos. *Rev. Divulgação Segurança e Saúde no Trabalho*. N° 12 (2003), p. 4-47.

RODRIGUES MVC. (2002) - Qualidade de Vida no Trabalho: evolução e análise no nível gerencial. 9ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Vozes;.

S

SANTOS, C.; CORREIA, I.; CASTRO, M. (1999) - Manual de Saúde ocupacional e Condições de trabalho. Lisboa: (s.n.).

SEGG, SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA (1997) - *El Servicio de Ayuda a Domicilio - Programación del Servicio. Manual de Formación para Auxiliares*, Madrid, Médica Panamericana.

SILVERSTEIN, B. - Evaluation of interventions for control of cumulative trauma disorders: ergonomic interventions to prevent musculoskeletal injuries in industry. Edtion ed. Michigan: Lewis Publishers, 1985.

STONE, D., ARMSTRONG, W., MACRINA, D., PANKAU, J. (1999) - Introdução à Epidemiologia, Alfragide, McGraw-Hill Companies, Inc.

UVA, A.; FARIA, M. – Exposição profissional a substâncias químicas: diagnóstico das situações de risco. *Rev. Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. 18: n° 1 (2000), p. 5-10.

U

UMP, União das Misericórdias Portuguesas

X

XELEGATI, R. [et al] – Riscos ocupacionais químicos identificados por Enfermeiros que trabalham em ambiente hospitalar. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem* [Em linha]. Vol. 14: n° 2 (2006), p. 214-219.

ANEXOS

ANEXO A – Breve síntese histórica da legislação das instituições e dos profissionais em estudo

As instituições

No ano de 1968, deparou-se com a primeira legislação sobre lares de idosos, emitida pelo designado Ministério da Saúde e Assistência cujo ministro era o advogado Joaquim de Jesus Santos do último governo presidido por Oliveira Salazar, e que colocou a sua assinatura no primeiro decreto-lei sobre lares de idosos: o Decreto-Lei nº 48 580 de 14 de Setembro de 1968, de referir que se tratou de um sábado.

No referido Decreto-Lei, redigido de forma simples, salienta-se a interessante introdução. Desenvolvida em dois parágrafos, como se pode verificar na Figura 1, é defendida a importância da sua publicação pelo motivo da “(...) criação de elevado número de estabelecimentos destinados a receber, a título oneroso e lucrativo, crianças antes da idade escolar e pessoas idosas (...)”, bem como a preocupação com “instalações que não oferecem o mínimo de condições de higiene e sem pessoal técnico que assegure um funcionamento satisfatório, apresentando aspetos de gravidade, até no campo moral.”.

No que diz respeito aos profissionais necessários em cada estabelecimento para concessão do Alvará passado pela Direcção-Geral da Assistência, apenas refere no seu Artigo 3º que será necessário “(...) o pessoal técnico e auxiliar julgado suficiente para o seu bom funcionamento.”, não existindo a definição da classificação nem do número de profissionais.

MINISTÉRIO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA

Decreto-Lei n.º 48 580

Tem-se verificado nos últimos anos a criação, sobretudo nas cidades e áreas industriais, de elevado número de estabelecimentos destinados a receber, a título oneroso e lucrativo, crianças antes da idade escolar e pessoas idosas, situação que resulta naturalmente da crescente ocupação das mulheres fora do lar.

Estes estabelecimentos prosseguem as suas actividades livremente, por vezes em instalações que não oferecem o mínimo de condições de higiene e sem pessoal técnico que assegure um funcionamento satisfatório, apresentando aspectos de gravidade, até no campo moral.

Importa, portanto, tomar medidas legislativas adequadas, regulamentando o exercício destas actividades.

Art. 3.º O alvará só será passado a requerimento de pessoas de reconhecida idoneidade, e desde que se verifique que se dispõe de instalações adequadas e do pessoal técnico e auxiliar julgado suficiente para o seu bom funcionamento.

Art. 12.º As instruções necessárias à execução deste diploma constarão de portaria a publicar pelo Ministro da Saúde e Assistência.

Figura 1 - Extratos do Decreto-Lei n.º 48 580 de 14 de Setembro de 1968: Introdução, Artigo 3º e 12º

Saliente-se o Artigo 12º do citado diploma que realça uma portaria a ser publicada pelo Ministro da Saúde e Assistência onde definirá as instruções necessárias à execução do Decreto-Lei n.º 48 580 de 14 de Setembro de 1968.

Continuando o trabalho de pesquisa, deparou-se com a Portaria n.º 24 214 de 31 de Julho de 1969, que aprova as instruções para a instalação e funcionamento de lares para pessoas idosas e diminuídas, nos termos do Artigo 12º do Decreto-Lei n.º 48 580 de 14 de Setembro de 1968. No entanto, analisando a referida Portaria, não existe qualquer definição quer da categoria dos profissionais quer do número de profissionais a afetar a cada estabelecimento, como se pode observar na Figura 2.

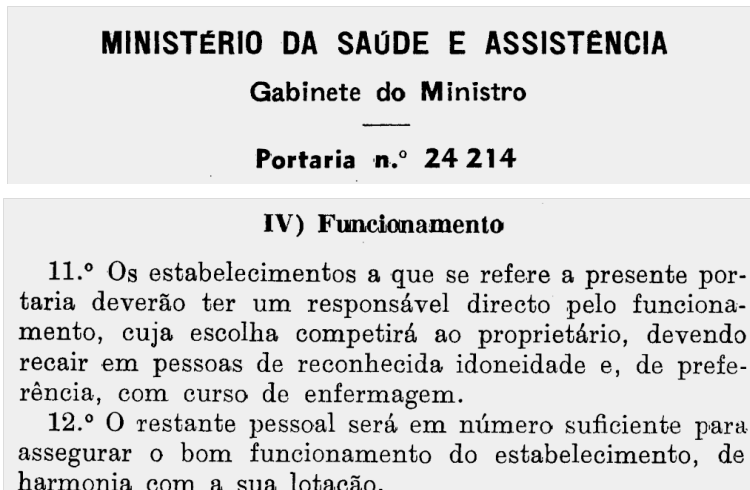


Figura 2 - Extrato da Portaria n.º 24 214 de 31 de Julho de 1969

De forma resumida, o Decreto-Lei n.º 48 580 de 14 de Setembro de 1968 e a Portaria n.º 24 214 de 31 de Julho de 1969, foram os primeiros diplomas nacionais a estabelecer a sujeição dos equipamentos que se destinam a apoiar pessoas idosas e diminuídas, a licenciamento prévio e à fiscalização do Ministério da Saúde e Assistência, visando assim garantir a qualidade dos serviços prestados, atentos os fins sociais prosseguidos e o seu reflexo no bem-estar social da população. No entanto, o carácter centralizador do referido

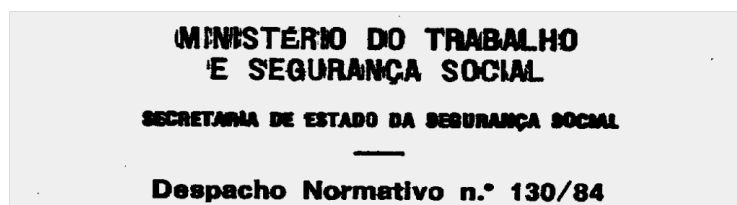
diploma retirou-lhe, desde logo, muita da sua eficácia, enquanto o decurso do tempo e a modificação estrutural do sector da segurança social levaram ao desfasamento das suas normas da realidade social que pretendiam regular.

Em 1975, ao determinar-se o cancelamento dos pedidos de abertura de novos lares por Despacho do Secretário de Estado da Segurança Social de 9 de Setembro de 1975, publicado no Diário do Governo, 2ª Série, n.º 216 de 18 de Setembro de 1975, conduziu-se indiretamente ao aumento do número de estabelecimentos clandestinos destinados a idosos e diminuídos, que funcionavam, a maioria das vezes, sem as condições necessárias ao exercício das atividades. Por esse motivo, foi revista a legislação referente ao licenciamento e fiscalização desses equipamentos, e em 1981 constituiu-se o Decreto-Lei n.º 350/81 de 23 de Dezembro que repôs a obrigatoriedade do licenciamento prévio de equipamentos sociais, regulamentado pelo Decreto-Regulamentar n.º 69/83 de 16 de Julho que estabelece as formalidades a cumprir para abertura do estabelecimento, bem como as coimas a aplicar em caso de violação das disposições legais remetendo para o regime previsto no Decreto- Lei n.º 433/82 de 27 de Outubro.

Complementando os citados diplomas, foram aprovadas em 1984 as normas reguladoras das condições mínimas de instalação e funcionamento de lares de apoio a idosos por publicação do Despacho Normativo n.º 130/84 de 22 de Junho.

Opulento em diferentes regras, salientam-se as indicadas para localização e instalação dos lares para idosos, compartimentos necessários com indicação das áreas e outras dimensões, revestimentos de pavimentos e paredes, sistemas de iluminação, sinalização e telefones, condições de segurança, mobiliário necessário, regulamento interno obrigatório, condições de alimentação, higiene e cuidados de saúde aos utentes, bem como o pessoal necessário para os estabelecimentos.

Segundo a Norma XIX do referido despacho, no que concerne ao número de trabalhadores permanece a não especificação referindo que deve ser em número suficiente, existindo a indicação do tipo de trabalhos que lhes compete executar e princípios de admissão, como se pode visualizar na Figura 3.



Norma XIX

(Pessoal dos estabelecimentos)

1 — Sem prejuízo do que se encontrar estabelecido no respectivo instrumento de regulamentação colectiva de trabalho, as unidades de pessoal necessárias ao normal funcionamento dos estabelecimentos, para assegurar níveis adequados na qualidade da prestação de serviço, serão definidas pelos centros regionais de segurança social, de harmonia com normas gerais aprovadas pelo Ministro do Trabalho e Segurança Social.

2 — Enquanto não forem divulgadas as normas a que se refere o número anterior, nos lares com lotação igual ou superior a 30 utentes observar-se-á o seguinte:

- a) A direcção do lar deverá ser assegurada por um técnico com habilitações adequadas, do âmbito das ciências sociais e humanas;
- b) O restante pessoal técnico e auxiliar deverá ser em número suficiente para assegurar os cuidados necessários aos utentes nas 24 horas e a manutenção da higiene e limpeza do estabelecimento, bem como o funcionamento da cozinha e demais serviços;
- c) O pessoal auxiliar a admitir neste tipo de estabelecimento deve ser seleccionado tendo em atenção a existência de anteriores experiências de trabalho com idosos ou a motivação demonstrada para esse tipo de trabalho.

Figura 3 - Extrato do Despacho Normativo n.º 130/84 de 22 de Junho: Norma XIX

Seguiu-se, em 1989, a publicação do Decreto-Lei n.º 30/89 de 24 de Janeiro, com o qual se pretendeu reforçar a capacidade fiscalizadora dos centros regionais e sujeitar obrigatoriamente a um regime de licenciamento prévio a instalação e o funcionamento dos estabelecimentos de apoio social, procedendo-se a uma rigorosa tipificação das infrações, contraordenações e coimas cujos montantes foram elevados consideravelmente, revogando os precedentes Decreto-Lei n.º 350/81 de 23 de Dezembro e o Decreto Regulamentar n.º 69/83 de 16 de Julho, bem como todos os diplomas complementares. Assim, para regulamentar o Decreto-lei n.º 30/89 de 24 de Janeiro foi publicado o Despacho Normativo n.º 67/89 de 26 de Julho com indicação das normas a verificar pelos lares para idosos.

Analisando o citado diploma, em muito idêntico ao anterior Despacho Normativo mantendo os requisitos de localização, implantação, compartimentos e áreas obrigatórias, foi muito inovador em requisitos do pessoal dos estabelecimentos e introduzindo um novo requisito relativo à organização dos quadros de pessoal na sua Norma XIX. Na realidade, como se pode verificar pela Figura 4, qualquer trabalhador auxiliar a recrutar deve ter idade mínima de 18 anos e escolaridade mínima obrigatória. Outra inovação refere-se ao dever da entidade empregadora organizar e facultar o acesso à frequência de ações de formação, bem como a observação médica do trabalhador no mínimo uma vez por ano e com a elaboração de um documento comprovativo do seu estado sanitário.

MINISTÉRIO DO EMPREGO E DA SEGURANÇA SOCIAL

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA SOCIAL

Despacho Normativo n.º 67/89

NORMA XVIII

Pessoal dos estabelecimentos

1 — Sem prejuízo do que se encontrar estabelecido no respectivo instrumento de regulamentação colectiva de trabalho, as unidades de pessoal necessárias ao normal funcionamento dos estabelecimentos para assegurar níveis adequados na qualidade da prestação de ser-

viços serão definidas pelos centros regionais de segurança social, observados os seguintes requisitos:

- a) A direcção técnica do lar deverá ser assegurada por um elemento com formação técnica adequada, a quem competirá, designadamente:**

Dirigir o estabelecimento, assumindo a responsabilidade pela programação de actividades e a coordenação e supervisão de todo o pessoal, atendendo à necessidade de estabelecer o modelo de gestão adequada ao bom funcionamento do estabelecimento;

Promover reuniões técnicas com os utentes e com o pessoal do estabelecimento;

Sensibilizar todo o pessoal face à problemática da pessoa idosa;

- b) O pessoal técnico e auxiliar deverá ser em número suficiente para assegurar os cuidados necessários aos utentes nas 24 horas, a manutenção da higiene e limpeza do estabelecimento, bem como o funcionamento da cozinha e demais serviços, de acordo com os indicadores referidos no n.º 2;**

- c) O pessoal auxiliar deverá ser recrutado com a idade mínima de 18 anos e possuir a escolaridade mínima obrigatória.**

2 — Os estabelecimentos facultarão o acesso ao seu pessoal técnico e auxiliar à frequência de acções de formação organizadas pelas entidades competentes.

3 — Os estabelecimentos devem promover a observação médica do pessoal, no mínimo, uma vez por ano, obtendo dessa informação médica documento comprovativo do seu estado sanitário.

Figura 4 – Extrato do Despacho Normativo n.º 67/89 de 26 de Julho: Norma XVIII

Relativamente à organização dos quadros de pessoal, são indicados os profissionais necessários ao bom funcionamento de um estabelecimento de idosos. Entre outros profissionais, salienta-se um(a) ajudante de lar por cada cinco idosos não dependentes ou um(a) ajudante de lar por cada três utentes dependentes, com se pode verificar na Figura 5.

NORMA XIX

Organização dos quadros de pessoal

1 — Consideram-se necessários ao bom funcionamento de um estabelecimento de idosos os seguintes indicadores de pessoal:

- Um(a) director(a) técnico(a) por estabelecimento;
- Um(a) enfermeiro(a) por cada 30 utentes não dependentes;
- Um(a) ajudante de lar por cada cinco idosos não dependentes;
- Um(a) encarregado(a) de serviços domésticos em estabelecimentos com capacidade igual ou superior a 30 utentes;
- Um(a) cozinheiro(a) por estabelecimento;
- Um(a) ajudante de cozinheiro(a) por cada vinte utentes;
- Um(a) empregado(a) auxiliar por cada vinte utentes.

2 — Sempre que o estabelecimento acolha idosos dependentes, os indicadores serão alterados da seguinte forma:

- Um(a) enfermeiro(a) por cada dez utentes dependentes;
- Um(a) ajudante de lar por cada três utentes dependentes;
- Um(a) empregado(a) auxiliar por cada dez utentes dependentes.

3 — Sempre que o estabelecimento não preencha a lotação para a qual foi licenciado, o quadro de pessoal poderá ser ajustado de acordo com as orientações técnicas do centro regional de segurança social respectivo.

Figura 5 – Extrato do Despacho Normativo n.º 67/89 de 26 de Julho: Norma XIX

Em 1997, de forma a simplificar a regulamentação do processo de licenciamento e das condições da respetiva concessão, clarificando-se conceitos e simplificando-se procedimentos, atualizando valores de coimas considerados desatualizados, foi implementado o Decreto-Lei n.º 133-A/97 de 30 de Maio, revogando o anterior diploma. Posteriormente, em 1998, dá-se a aprovação do Despacho Normativo n.º 12/98 de 25 de Fevereiro, ao abrigo do Artigo 46º do Decreto-Lei 133-A/97 de 30 de Maio, estabelecendo as normas a que devem obedecer a instalação e o funcionamento dos lares para idosos tendo-se em consideração que o exercício de uma atividade desta natureza deve ser propiciador de um ambiente de convívio e de participação gerador de bem-estar social e de uma vivência saudável nos estabelecimentos.

Analisando o Despacho Normativo n.º 12/98 de 25 de Fevereiro, no que concerne às normas de admissão e gestão de pessoal mantêm-se as mesmas que no anterior Despacho Normativo, alterando-se o número de utentes a cargo de cada profissional. De facto,

aumentou-se o número de idosos não dependentes de 5 para 8 a cargo de cada ajudante de lar, e de 3 para 5 idosos dependentes por cada ajudante de lar. Realça-se também a nova imposição de um ajudante de lar para vigilância noturna por cada 20 utentes, como se verifica na Figura 6. A título de curiosidade, este Despacho Normativo apenas é revogado em Março de 2012, como se indica mais à frente.

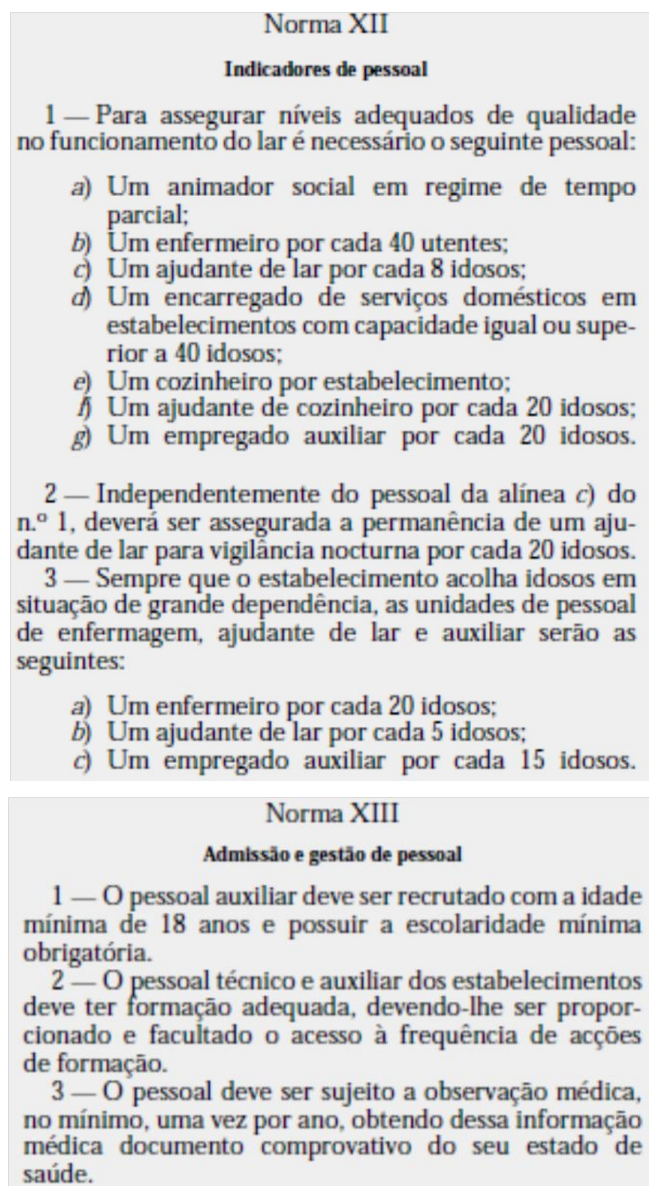


Figura 6 – Extrato do Despacho Normativo n.º 12/98 de 25 de Fevereiro: Norma XII e Norma XIII

Em 2006, verificou-se a apresentação por parte de entidades com fins lucrativos de projetos de construção de estruturas residenciais para pessoas idosas com características próprias. Na realidade, embora se enquadrem em termos de pressupostos e finalidades nas condições reguladoras dos lares de idosos, apresentavam tipologia distinta referente à capacidade, amplitude e modelo de organização. Assim, foi publicado o Despacho

Normativo n.º 30/2006 de 8 de Maio, alterando o Despacho Normativo n.º 12/98 de 13 de 25 de Fevereiro no que se refere à capacidade dos estabelecimentos correspondentes a estruturas residenciais e à capacidade dos respetivos quartos, mantendo-se os demais requisitos técnicos constantes da anterior legislação em vigor.

Diversas dificuldades verificadas, lacunas existentes, procedimentos complexos e muito burocráticos, impuseram a alteração substancial do regime em vigor (Decreto-Lei 133-A/97 de 30 de Maio). Por conseguinte, em 2007 foi publicado o Decreto-Lei n.º 64/2007 de 14 de Março que definiu o regime de licenciamento e fiscalização da prestação de serviços e dos estabelecimentos de apoio social em que são exercidas atividades e serviços do âmbito da segurança social relativos a pessoas idosas, entre outros, revogando o anterior diploma com exceção do respetivo Capítulo IV – Regime sancionatório. Este novo diploma, elaborado segundo a vertente da simplificação e desburocratização dos procedimentos, definiu um interlocutor único para o licenciamento dos estabelecimentos de apoio social geridos por entidades privadas, a realização de vistorias conjuntas das entidades competentes, a eliminação da exigência da apresentação de vários documentos, a redução de prazos e a divulgação no sítio da Internet da segurança social dos atos sujeitos a publicação do Diário da República.

No ano de 2010, com a publicação do Decreto-Lei n.º 92/2010 de 26 de Julho foram estabelecidos princípios e regras para simplificar o livre acesso e exercício das atividades de serviços realizadas em território nacional, tendo o citado diploma efetuado a transposição para a ordem jurídica interna da Diretiva n.º 2006/123/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 12 de Dezembro de 2006, relativo aos serviços no mercado interno. Tendo em conta que a citada Diretiva é de aplicação inequívoca aos estabelecimentos de apoio social, por força da menção que consta do anexo ao citado Decreto-Lei, a que alude o n.º 1 do Artigo 3º, foi necessário operar a correspondente conformação do Decreto-Lei n.º 64/2007 de 14 de Março.

Considerando que, quer no que se refere aos estabelecimentos denominados lares para idosos quer aos estabelecimentos designados por estruturas residenciais para idosos, ambos se destinam a desenvolver atividades de apoio social a pessoas idosas, tornou-se necessário uniformizar os requisitos técnicos relativos à percentagem de quartos individuais, através da publicação do Despacho Normativo n.º 3/2011 de 16 de Fevereiro.

Posteriormente, foi publicado o Decreto-Lei n.º 99/2011 de 28 de Setembro, atualmente em vigor, que procedeu à revisão do Decreto-Lei n.º 64/2007 de 14 de Março e republicação do mesmo diploma, onde foram aprofundados os princípios de simplificação e agilização do regime de licenciamento, designadamente no que concerne à autorização de utilização,

eliminação da forma documental especial e a referência expressa ao balcão único eletrónico para a tramitação desmaterializada dos procedimentos. Esta revisão veio permitir uma simplificação e agilização dos regimes de licenciamento das respostas sociais.

As normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento dos lares de idosos continuavam a ser reguladas pelo Despacho Normativo n.º 12/98 de 25 de Fevereiro. Contudo, desajustamentos legislativos faziam com que entidades e instituições se servissem do Guião Técnico para Lar de Idosos, aprovado por Despacho do Secretário de Estado da Inserção Social em 1996, quando pretendiam iniciar atividade neste setor. De forma a uniformizar a legislação existente, garantindo mais e melhores respostas que correspondam às necessidades das pessoas e das famílias, nomeadamente através do aumento do número de vagas sem prejuízo das condições de qualidade e de segurança das pessoas, foi publicada a Portaria n.º 67/2012 de 21 de Março que define as condições de organização, funcionamento e instalação a que devem obedecer as estruturas residenciais para pessoas idosas, revogando o Despacho Normativo n.º 12/98 de 25 de Fevereiro, o Despacho Normativo n.º 30/2006 de 31 de Março e o Despacho Normativo n.º 3/2011 de 16 de Fevereiro.

No que diz respeito a um dos elementos fundamentais de funcionamento destas estruturas residenciais, o pessoal, este novo diploma não foi muito inovador. Na realidade, de acordo com o estipulado no Artigo 12º - Pessoal, é mantido o número de idosos a cargo de cada trabalhador designado de ajudante de ação direta e não foi incluído nenhum item relativo a obrigatoriedade de formação do pessoal como já constava nos anteriores diplomas, situação que deveria estar explícita no citado diploma.

ANEXO B – Inquérito

O PROFISSIONAL

1 - Sexo: Feminino Masculino

2 - Idade: 20 – 30 anos 31 – 40 anos 41 – 45 anos 46 – 50 anos
51 – 55 anos 56 – 60 anos > 60 anos

3 – Estado civil: solteiro casado divorciado viúvo outro

4 – Nº de filhos: nenhum 1 2 3 mais de 3

5 – Grau de escolaridade: 4ª classe 9º ano 12º ano Ensino superior Outro: _____

6 – Tempo que demora a chegar ao local de trabalho: _____ minutos

7 – Meio de transporte que utiliza para se deslocar ao local de trabalho: _____

8 – Função que desempenha nesta instituição: _____

9 – Juntamente, faz outro trabalho ou serviço? Sim Não Qual? _____

10 – Há quanto tempo trabalha nesta instituição? _____

11 – Regime de trabalho: Horário fixo Por turnos Quantos turnos? _____

12 – Anteriormente, exerceu esta profissão ou outra diferente noutro local de trabalho?

Sim Não Qual? _____ Durante quanto tempo? _____

13 – Nesta instituição já exerceu outra profissão?

Sim Não Qual? _____

14 – Já esteve alguma vez de baixa ou ausente do trabalho?

Sim Não Quantos dias? _____ Motivo: _____

15 – Sofre ou já sofreu de alguma doença ou lesão por motivos profissionais?

Sim Não Qual? _____ Motivo: _____

O TRABALHO

16 – Durante a realização das tarefas usa equipamento de protecção e segurança?

Sim Não Quais? _____ Motivo: _____

17 – Quando utiliza os equipamentos de protecção e segurança, sabe do que se está a proteger?

Sim Não

18 – Qual a carga máxima (Kg) que costuma levantar ou movimentar, sem ajuda? _____ Kg

19 – Quando transporta cargas pesadas, utiliza máquinas ou aparelhos próprios?

Sim Não Quais? _____

20 – Quando lida com medicamentos ou produtos químicos, lê os rótulos ou instruções antes de os utilizar?

Sim Não Porquê? _____

21 – Executa tarefas repetidas?

Sim Não Em que turno(s) ? _____

22 – Consegue fazer pausas ou descansar durante o turno?

Turno Manhã: Sim Não

Turno Tarde: Sim Não

Turno Noite: Sim Não

23 – A maneira como faz cada tarefa, é da forma que:

Viu os outros trabalhadores fazerem;

Teve formação prévia de como fazer ;

Um superior ou um técnico explicou como se deve fazer ;

24 – O ritmo do trabalho tem de ser elevado?

Sim Não Em que turno(s)? _____

25 – Quando termina um turno de trabalho, sente-se cansado psicologicamente?

Sim Não Em que turno(s)? _____

26 – Quando termina um turno de trabalho, sente-se cansado fisicamente?

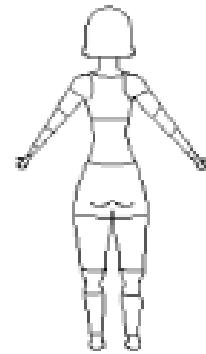
Sim Não Em que turno(s)? _____

27 – Quando termina um turno de trabalho, sente alguma dor?

Turno Manhã: Sim Não Indique na figura o local com a letra M

Turno Tarde: Sim Não Indique na figura o local com a letra T

Turno Noite: Sim Não Indique na figura o local com a letra N



28 – Consegue realizar todas as tarefas em cada turno ?

Turno Manhã: Sim Não

Turno Tarde: Sim Não

Turno Noite: Sim Não

29 – Acha que a forma como as tarefas estão organizadas em cada turno é a mais correcta?

Sim Não

30 – Acha que determinadas tarefas, se fossem realizadas com mais trabalhadores, em equipa, seriam mais simples?

Sim Não

31 – Se pudesse alterava ou mudava alguma coisa na sua profissão?

Sim Não O quê? _____

32 – Se pudesse mudava de profissão?

Sim Não Porquê? _____

Depois de responder a todas as questões, coloque dentro do envelope e feche-o.

ANEXO C – Pedido de autorização para realização dos inquéritos

Ex.mo Sr.

.....

Arouca, 25 de Janeiro de 2012.

Maria Salomé Soares Saavedra da Silva, aluna do Mestrado em Engenharia de Segurança e Higiene Ocupacionais da Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto (FEUP), no âmbito da **Tese de Mestrado** sobre os profissionais “Ajudantes de Lar e Centros de Dia”, vem por este meio solicitar a V. Ex.a a digníssima permissão para o desenvolvimento do inquérito em anexo às referidas profissionais do Lar de Idosos.

Mais se informa que, o referido **inquérito** será totalmente **confidencial e anónimo**, **não sendo** sequer **revelada a instituição** onde o mesmo será realizado.

Cordialmente,

ANEXO D – Quadro resumo de todos os inquéritos com questões ordenadas

ANEXO E – Quadro resumo de todos os inquéritos com questões agrupadas

ANEXO F – Tratamento de dados

ANEXO G – Resumo dos gráficos da análise de dados