

Inês Lopes Serrão Soares da Costa

**As Condições de Trabalho, os Riscos Gerais e os Riscos
Psicossociais nos Profissionais de Saúde: Um estudo no Pólo de
Valongo do Centro Hospitalar São João do Porto**

Universidade Fernando Pessoa (UFP)

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2017

Inês Lopes Serrão Soares da Costa

**As Condições de Trabalho, os Riscos Gerais e os Riscos
Psicossociais nos Profissionais de Saúde: Um estudo no Pólo de
Valongo do Centro Hospitalar São João do Porto**

Universidade Fernando Pessoa (UFP)

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2017

Inês Lopes Serrão Soares da Costa

Assinatura: _____

**As Condições de Trabalho, os Riscos Gerais e os Riscos
Psicossociais nos Profissionais de Saúde: Um estudo no Pólo de
Valongo do Centro Hospitalar São João do Porto**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
da Universidade Fernando Pessoa,
por Inês Lopes Serrão Soares da Costa, como
parte dos requisitos para a obtenção do grau de
Mestre em Psicologia do Trabalho e das Organizações,
sob a orientação da Professora Doutora Carla Barros-Duarte
Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2017

Resumo

Este estudo teve como ponto de partida a constatação, junto do SSO, da não existência de alguma investigação com os profissionais do Pólo de Valongo do CHSJ.

Os profissionais de saúde encontram-se em situações de vulnerabilidade física e emocional. Nesse sentido, tornou-se necessário compreender os processos envolvidos na análise das condições de trabalho, dos riscos gerais e psicossociais, bem como dos seus factores, com o intuito de serem tomadas medidas que auxiliem o desenvolvimento e melhoria da qualidade de vida, da saúde e do bem-estar destes trabalhadores. Desta forma, o objectivo geral deste estudo é analisar as condições de trabalho, os riscos gerais e psicossociais, bem como dos seus factores, dos/nos profissionais de saúde do Pólo de Valongo do CHSJ.

Para isso, foi realizado um estudo de caso de metodologia mista, onde, para análise quantitativa, foi administrado o INSAT (N=62), tendo sido lançadas as respostas recolhidas e codificadas no SPSS. Com o intuito de compreender realmente os dados obtidos, procedeu-se a uma análise qualitativa através da realização de entrevistas, de *focus groups* e, à permanência, acompanhamento e observação do real contexto de trabalho dos sujeitos dos diferentes serviços hospitalares desta organização.

Os resultados mostraram que estas diferentes categorias profissionais se encontram expostas a diferentes riscos, tendo-se demonstrado alguns mais significativos ($N(\%) > \text{ou} = a 0,5$), tais como: ao nível do ambiente físico (a ruído nocivo/incómodo, a calor/frio intensos, a agentes biológicos e químicos); ao nível dos constrangimentos físicos (terem de estar muito tempo de pé sem deslocamentos, adoptar posturas penosas e fazer esforços físicos intensos); ao nível do factor de intensificação do trabalho (terem de trabalhar a um ritmo intenso, serem frequentemente interrompidos, serem hipersolicitados e terem de ultrapassar o horário normal de trabalho); e ao nível do factor das exigências emocionais do contacto com o público (terem contacto com o público, terem de lidar com as exigências, queixas e reclamações, terem de lidar com situações de tensão, estarem expostos ao risco de agressão verbal e física, bem como terem de dar resposta às dificuldades e sofrimento das pessoas).

Estes resultados sugerem a necessidade de serem tomadas e implementadas medidas que minimizem a exposição destes profissionais a estas situações e a estes riscos.

Palavras-chave: profissionais de saúde; condições de trabalho; riscos profissionais; riscos psicossociais; factores de risco; factores de risco psicossociais

Abstract

This study began with the acknowledgement, together with the SSO, that no investigation whatsoever existed regarding the Valongo's CHSJ Center professionals.

The health professionals are in situations of physical and emotional vulnerability. In this sense, it became necessary to understand the processes involved in the analysis of working conditions, general and psychosocial risks, as well as their factors, with the aim of taking measures in order to help the development and improvement of the quality of life and well being of workers in the health sector. Thus, the general objective of this study is to analyze the working conditions, their general and psychosocial risks, as well as their factors, regarding the health professionals belonging to the Valongo CHSJ Center.

For this, a case study of mixed methodology was carried out, where, for quantitative analysis, the INSAT (N=62) was administered, being the responses collected and coded in SPSS. In order to really understand the data obtained, a qualitative analysis was carried out by means of interviews, focus groups, and the permanence, monitoring and observation of the real work context of the subjects within the different hospital services.

The results showed that these different professional categories are exposed to different occupational risks, with some more significant ($N(\%) > \text{or} = a 0,5$) than others, such as: at the level of the physical environment (noxious/uncomfortable noise, intense heat/cold, biological and chemical agents); at the level of physical constraints (having to stand for a long time without displacement, having to adopt painful postures and having to make intense physical exertions); at the level of the labor intensification factor (they have to work at an intense pace, are frequently interrupted, are hyper selected and have to go beyond normal working hours); and at the level of the emotional demands of the human contact (having contact with the public, dealing with demands, complaints and objections, having to deal with stressful situations, being exposed to the risk of verbal and physical aggression, and how to respond to people's worries and suffering).

These results suggest the need to take and implement measures that minimize the exposure of these professionals to these situations / risks.

Key-words: health professionals; work conditions; professional risks; psychosocial risks; risk factors; psychosocial risk factors

Agradecimentos

A finalização desta dissertação marca o final de uma etapa muito importante da minha vida, pois concluindo este capítulo de estudos, irei poder dar entrada num novo mundo, o de trabalho, aquele onde pretenderei lançar-me em novos desafios, fazendo sempre por alcançar novas conquistas e, podendo pôr em prática aquilo que com tanto gosto aprendi ao longo deste curso. Como tal, não poderia deixar de agradecer a todos aqueles que fizeram parte destes últimos anos, contribuindo de forma positiva e ajudando-me não só para aquilo em que me constituí enquanto futura profissional mas, também, enquanto pessoa.

Em primeiro lugar, agradeço aos meus pais, pelo apoio, força, paciência, compreensão e amor incondicional que sempre demonstraram desde o meu primeiro dia de vida, demonstrando-me sempre o melhor exemplo que poderei seguir e estando sempre presentes nos bons e maus momentos! Se não fossem eles, nunca estaria aqui a agradecer-lhes pela conclusão de mais uma fase da minha vida, tal como contribuíram e sempre estiveram presentes em todas as outras! Em especial, ao meu pai, que teve um papel fundamental enquanto excelente profissional de saúde que é, para me encaminhar neste sector e fazendo sempre todos os possíveis para que tudo corresse da melhor forma.

Aos meus irmãos, em especial, e restantes familiares, que de uma forma ou outra, se encontraram sempre presentes e com uma palavra de incentivo para que tudo chegasse a bom porto.

À Professora Doutora Carla Barros, orientadora de tese e professora, pela exigência e motivação, pelo profissionalismo e conhecimento, pelo reforço positivo, bem como pelas correcções e dicas ao longo da realização deste trabalho. Espero continuar a realizar destes trabalhos de investigação consigo!

Ao Centro Hospitalar São João, mais concretamente aos profissionais do Pólo de Valongo e respectivos Directores dos Serviços estudados, por me terem recebido e colaborado neste estudo, tendo-me demonstrado sempre um *feedback* positivo relativamente à problemática que pretendia explorar.

Ao Serviço de Saúde Ocupacional do Centro Hospitalar São João do Porto, por me ter aberto a porta para a realização deste estudo, mais concretamente ao Doutor Pedro Norton, à Doutora Cláudia Vieira e ao Doutor Joel Teixeira, por me terem recebido e integrado neste contexto; e à “Tia” Isabel Sousa Carvalho por ter feito de ponte para o estabelecimento de contacto com os responsáveis deste Serviço.

À Universidade Fernando Pessoa (UFP) e a todo o corpo docente que me acompanhou, por me ter acolhido enquanto estudante, contribuindo para a aquisição de conhecimento e desenvolvimento de competências, tendo muito orgulho em fazer parte da comunidade “Pessoana”.

À Maria Reina, à Ânia Sá, à Diana Sousa e ao Nuno Pinto, por me terem acompanhado enquanto colegas e amigos ao longo destes anos, contribuindo de alguma forma para aquilo que sou hoje, tanto a nível académico e profissional, como pessoal.

À Marina Matos e à Francisca Toscano pela amizade, preocupação, apoio e carinho demonstrados, tendo sido, como sempre, dois pilares importantes na minha vida, em especial nos momentos em que parece que “tudo vai a baixo”.

Por último, mas não menos importante e especial, ao meu querido Gonçalo, por me ter apoiado e estado ao meu lado, por me ter incentivado e nunca deixado desistir, pelos concelhos, pela ajuda, pela força, pela paciência e por todo o carinho.

A todos vocês, o meu mais sincero, OBRIGADA!

Ah! Gostava de fazer um último “agradecimento” aos dois rapazes que me partiram o vidro do carro e me roubaram o computador, onde tinha a primeira versão finalizada desta longa e trabalhosa dissertação. Infelizmente, contribuíram para que ficasse sem, pelo menos, meia tese e muitas horas de esforço e trabalho... No entanto, aprendi com o meu grande erro e, ainda conseguiram contribuir para que me tornasse numa pessoa mais forte, capaz de ultrapassar aquele que foi um dos piores momentos da minha vida e capaz de superar todos os obstáculos!

Como já dizia Fernando Pessoa:

*“Posso ter defeitos, viver ansioso
e ficar irritado algumas vezes mas
não esqueço de que minha vida é a
maior empresa do mundo,
e posso evitar que ela vá à falência.
Ser feliz é reconhecer que vale
a pena viver apesar de todos os
desafios, incompreensões e períodos de crise.
Ser feliz é deixar de ser vítima dos
problemas e se tornar um autor
da própria história.
É atravessar desertos fora de si,
mas ser capaz de encontrar um oásis
no recôndito da sua alma.
É agradecer a Deus a cada manhã
pelo milagre da vida.
Ser feliz é não ter medo dos próprios sentimentos.
É saber falar de si mesmo.
É ter coragem para ouvir um “não”.
É ter segurança para receber uma
crítica, mesmo que injusta.*

***Pedras no caminho?
Guardo todas, um dia vou construir
um castelo...”***

Índice

1. Introdução	1
2. Medicina do Trabalho, Saúde Ocupacional, Psicologia da Saúde Ocupacional e Psicologia do Trabalho	6
2.1. O Trabalho	13
2.1.1. Trabalho prescrito vs Trabalho real	18
2.1.2. A função psicossocial do trabalho	26
2.2. As condições de trabalho	30
2.3. As condições de trabalho no meio hospitalar	34
3. Os Riscos e os Factores de Risco no meio laboral.....	38
3.1. A Identificação, a Avaliação, o Controlo e a Prevenção dos Riscos laborais	51
4. Os Riscos Psicossociais	59
4.1. Factores de Risco Psicossociais	67
4.2. Consequências, Avaliação e Prevenção dos Riscos Psicossociais.....	73
4.3. Os Riscos Psicossociais e os Factores de Risco Psicossociais nos Profissionais de Saúde	81
Pertinência do Estudo.....	89
1. O Hospital: a sua história e as suas funções	91
2. O Centro Hospitalar São João (CHSJ) – Porto.....	93
2.1. Caracterização do Serviço de Saúde Ocupacional do CHSJ – Porto.....	95
2.2. O Pólo de Valongo do CHSJ	97
2.3. Caracterização dos diferentes Serviços do Pólo de Valongo do CHSJ	98
2.3.1. Serviço de Cirurgia de Ambulatório	98
2.3.2. Serviço de Medicina Física e Reabilitação	99
2.3.3. Serviço da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental	100
3. Os Profissionais de Saúde/do meio Hospitalar	102
4. Apresentação dos Objectivos de Investigação.....	103
5. Método	104
5.1. Material.....	104

5.1.1. INSAT (2013)	104
5.1.2. Consentimento Informado	107
5.1.3. Informação ao Participante	108
5.1.4. Guião da Entrevista.....	108
5.2. Procedimento.....	109
5.3. Caracterização da Amostra	112
6. Resultados e Discussão	114
6.1. Análise Geral dos riscos, situações e características a que estão expostos os Profissionais de Saúde do Pólo de Valongo do CHSJ.....	114
6.2. Análise dos Riscos e Factores de Risco Psicossociais a que estão expostos os Profissionais de Saúde do Pólo de Valongo do CHSJ	141
Conclusão.....	167
Referências Bibliográficas.....	172
ANEXOS.....	198
Anexo A – Caracterização das diferentes categorias profissionais presentes no Pólo de Valongo do CHSJ	199
Anexo B – Documentos para pedido da realização do estudo à Comissão de Ética do CHSJ	210
Anexo C – Declaração de Consentimento Informado	219
Anexo D – Informação ao Participante.....	221
Anexo E – Guião da Entrevista.....	223
Anexo F – Autorização de Gravação da Entrevista.....	226
Anexo G – Transcrição das Entrevistas.....	227
Anexo H – Pedido de Autorização para utilização do INSAT.....	283

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Distribuição da Amostra.....	112
Tabela 2 – Distribuição da Amostra.....	113
Tabela 3 – Ambiente Físico - Ruído Nocivo ou Incómodo	115
Tabela 4 – Ambiente Físico - Calor ou Frio Intenso.....	116
Tabela 5 – Ambiente Físico - Agentes Biológicos.....	119
Tabela 6 – Ambiente Físico - Agentes Químicos.....	121
Tabela 7 – Constrangimentos Físicos - Muito tempo de pé com deslocamentos	134
Tabela 8 – Constrangimentos Físicos - Adoptar posturas penosa.....	136
Tabela 9 – Constrangimentos Físicos - Fazer esforços físicos intensos.....	137
Tabela 10 – Características do Trabalho	139
Tabela 11 – Intensificação do Trabalho - Trabalhar a um ritmo intenso	141
Tabela 12 – Intensificação do Trabalho - Ser frequentemente interrompido.....	144
Tabela 13 – Intensificação do Trabalho - Situações de Hipersolicitação.....	146
Tabela 14 – Intensificação do Trabalho - Ultrapassar o horário normal de trabalho	148
Tabela 15 – Exigências Emocionais do Contacto com o Público	150
Tabela 16 – Exigências Emocionais do Contacto com o Público - Exigências/Queixas.....	151
Tabela 17 – Exigências Emocionais do Contacto com o Público - Tensão	153
Tabela 18 – Exigências Emocionais do Contacto com o Público - Agressão Verbal.....	155
Tabela 19 – Exigências Emocionais do Contacto com o Público - Agressão Física	157
Tabela 20 – Exigências Emocionais do Contacto com o Público - Dificuldades	159
Tabela 21 – Autonomia e Iniciativa	162
Tabela 22 – Relações de Trabalho	164

Índice de Quadros

Quadro 1 – Ambiente Físico - Ruído Nocivo ou Incómodo.....	115
Quadro 2 – Ambiente Físico - Calor ou Frio Intenso	118
Quadro 3 – Ambiente Físico - Agentes Biológicos	120
Quadro 4 – Ambiente Físico - Agentes Químicos	122
Quadro 5 – Constrangimentos Físicos - Muito tempo de pé com deslocamento	135
Quadro 6 – Constrangimentos Físicos - Adotar posturas penosas.....	136
Quadro 7 – Constrangimentos Físicos - Fazer esforços físicos intensos	138
Quadro 8 – Características do Trabalho.....	140
Quadro 9 – Intensificação do Trabalho - Trabalhar a um ritmo intenso.....	143
Quadro 10 – Intensificação do Trabalho - Ser frequentemente interrompido	145
Quadro 11 – Intensificação do Trabalho - Situações de Hipersolicitação	147
Quadro 12 – Intensificação do Trabalho - Ultrapassar o horário normal de trabalho	149
Quadro 13 – Exigências Emocionais do Contacto com o Público.....	151
Quadro 14 – Exigências Emocionais do Contacto com o Público - Exigências.	152
Quadro 15 – Exigências Emocionais do Contacto com o Público - Tensão.....	154
Quadro 16 – Exigências Emocionais do Contacto com o Público - Agressão Verbal.....	156
Quadro 17 – Exigências Emocionais do Contacto com o Público - Agressão Física.....	157
Quadro 18 – Exigências Emocionais do Contacto com o Público - Dificuldades	160
Quadro 19 – Autonomia e Iniciativa.....	163
Quadro 20 – Relações de Trabalho.....	166

Siglas e Abreviaturas

ACT – Autoridade para as Condições de Trabalho

CARIT – Comitê dos Altos Responsáveis da Inspeção do Trabalho

CECHSJ – Comissão de Ética do Centro Hospitalar São João

CHSJ – Centro Hospitalar São João

DETEFP – Departamento de Estatística do Trabalho, Emprego e Formação

Profissional

EAOHP – European Academy of Occupational Health Psychology

EU-OSHA – European Agency for Safety and Health at Work

HST – Higiene e Segurança no Trabalho

INSAT – Inquérito Saúde e Trabalho

NIOSH – National Institute Occupational Safety and Health

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial de Saúde

SCA – Serviço de Cirurgia de Ambulatório

SCPSM – Serviço da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental

SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

SMFR – Serviço de Medicina Física e de Reabilitação

SSO – Serviço de Saúde Ocupacional

SST – Segurança e Saúde no Trabalho

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

UE – União Europeia

USO – Unidade de Saúde Ocupacional

VHB – Vírus de Hepatite B

Parte I – Teórica

1. Introdução

Se o trabalho e o emprego conhecem hoje diversas formas de expressão, constituindo-se como conceitos complexos, que oferecem um vasto campo para análise, as condições em que esse trabalho é exercido são determinantes nas reconfigurações que ele vai assumindo (Cunha & Barros-Duarte, 2013).

Isto deve-se à evolução dos tempos, que fez com que o trabalho tivesse a necessidade de se organizar de forma diferente, havendo uma redefinição dos processos produtivos e de todos os factores envolventes do mesmo (Leitão, Fernandes & Ramos, 2008).

Temos assistido a profundas transformações que se têm dado nas últimas décadas no mundo laboral, nas condições de trabalho e na vida profissional, devido à liberalização económica, ao comércio livre, à globalização e ao desenvolvimento das tecnologias de informação (Paim, Travassos, Almeida, Bahia, & Macinko, 2013).

Neste sentido, as organizações passaram também a estar muito dependentes das novas tecnologias e a dar mais valor às competências pessoais e profissionais dos colaboradores. Nesta sequência, tem-se gerado uma maior flexibilidade no mercado de trabalho e mudanças organizacionais mais frequentes que, por sua vez, têm levado a reestruturações e à subcontratação, criando insegurança laboral e implicações importantes na forma como o trabalho passou a ser organizado e, sobretudo, na saúde e segurança dos trabalhadores. O desenvolvimento tecnológico não veio apenas alterar a natureza do trabalho mas, também o seu próprio conteúdo. Isto porque com a utilização dos computadores, se tem modificado a forma de trabalhar e, por outro lado, as competências têm-se tornado cada vez mais exigentes (Silva, Silva & Nelson, 2015).

Nos dias de hoje, as sociedades são as mais qualificadas de sempre, dando-se mais importância às qualificações e à formação contínua dos trabalhadores. Estes são impulsionados para adquirirem ou actualizarem as suas competências, de forma a poderem responder à nova perspectiva do mundo laboral, onde o trocar de área de actividade ou até mesmo de emprego se torna cada vez mais frequente, podendo daqui surgir tanto aspectos positivos como negativos para o meio laboral, bem como para os próprios trabalhadores, pois com as constantes mudanças a que o ambiente de trabalho está sujeito, leva a que aqueles que nele exercem tenham de lidar com as diferentes intervenções, motivações e interesses, que tanto podem ter uma vertente

positiva (como, por exemplo, no desenvolvimento de competências) mas, também uma vertente negativa, podendo levar a que estes se encontrem expostos a possíveis situações de risco (Branco, 2015).

Desta forma, a sociedade confronta-se, diariamente, com desafios e dificuldades para entender, acompanhar e controlar os riscos derivados do trabalho, que é crescentemente complexo, invisível e, por vezes, perigoso. As novas formas de organização da produção, apoiadas em tecnologias de informação, aceleram o ritmo e tornam o trabalho mais intenso e exigente. Cuidar da força de trabalho é importante tanto para as organizações em geral como para a própria sociedade (Mesquita, Santos, Machado, Ramos & Macedo, 2016).

As condições de trabalho, a própria organização e as relações sociais de trabalho são indicadores que exercem um papel fundamental para a saúde dos trabalhadores, de acordo com o confronto entre os trabalhadores e o seu contexto laboral. Os aspectos desse confronto contribuem para a ocorrência de vivências de bem ou mal-estar e o risco de adoecimento dos profissionais (Braga, 2007).

Desta forma, as condições de trabalho têm influência na saúde dos trabalhadores, podendo levar a riscos laborais (como é também o caso dos riscos psicossociais que serão os que terão maior destaque nesta dissertação) que têm a capacidade de afectar a saúde, o bem-estar, o desempenho e o desenvolvimento pessoal de forma adversa, pois não estivessem os mesmos relacionados com a forma como o trabalho é concebido, organizado e gerido, assim como o contexto económico e social onde ele ocorre (Furtado & Júnior, 2010).

A origem das doenças profissionais e dos acidentes de trabalho está frequentemente vinculada a várias causas relacionadas com os factores organizacionais, físicos e humanos. No conjunto de causas estão incluídos os riscos ocupacionais, os quais envolvem toda e qualquer possibilidade de algum elemento ou situação presente, num dado processo e ambiente de trabalho, que possam causar danos à saúde. A exposição dos profissionais aos riscos associados à sua actuação laboral representam ameaças à sua segurança e saúde (Mesquita, Santos, Machado, Ramos & Macedo, 2016).

Desta forma, assume-se que o estudo da saúde no trabalho deve adoptar uma abordagem dirigida ao bem-estar, mais centrada na pessoa, e revelador de novas relações, mais discretas, entre a saúde e o trabalho. As dimensões pessoal, interpessoal e transpessoal da actividade de trabalho testemunham estes efeitos menos

visíveis do trabalho na saúde e a necessidade de importar para o estudo da saúde ocupacional uma dimensão mais subjectiva, que facilita a identificação e a clarificação de um conjunto de infra-patologias (e não apenas as doenças profissionais) associadas ao exercício de uma actividade profissional (Barros-Duarte & Cunha, 2014).

Com isto, os riscos psicossociais relacionados com o trabalho são considerados um dos grandes problemas para a saúde e segurança dos trabalhadores, devendo então o combate desses riscos ser uma prioridade, porque um melhor ambiente psicossocial no trabalho pode contribuir para uma melhor saúde e um melhor desempenho dos trabalhadores e das empresas (Branco, 2015).

As questões relativas à segurança e saúde no trabalho mantêm-se actuais e pertinentes por razões tão diversas que vão da não solução, ou da solução pouco eficaz, de problemas há muito identificados, até ao surgimento de novas questões por via de alterações, mais ou menos recentes, na esfera social e do trabalho (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2010).

As mudanças significativas ocorridas no mundo do trabalho resultam em riscos, ditos emergentes (riscos novos e em crescimento), entre eles, os riscos psicossociais, que têm sido objecto de um recente e crescente interesse em virtude do seu aumento e do incremento da sua visibilidade, sendo cada vez mais frequentes e desenvolvidas as diversas iniciativas e campanhas neste campo. A análise das razões que podem justificar o aumento dos riscos psicossociais permite identificar que são múltiplas e estão, essencialmente, ligadas às tendências de alteração no mundo do trabalho, às suas novas formas de organização, às alterações socioeconómicas e à alteração dos espaços, do conteúdo e da natureza do trabalho. A esta realidade acrescem as exigências de maior esforço mental, maior ritmo e sobrecarga de trabalho (Costa & Santos, 2013).

As alterações no conceito de saúde, que passou a ser definida como sendo algo global, conquistável e dependente de todos os aspectos da vivência do ser humano, são, também, um contributo para o aumento deste tipo de riscos. De facto, ao enfatizar a análise das relações entre saúde e trabalho, a actividade humana e o vivido subjectivo no meio laboral, emergem outras questões, nomeadamente, o impacto dos factores psicossociais de risco na saúde e no bem-estar no trabalho (Barros-Duarte & Cunha, 2014).

De acordo com Costa e Santos (2013) quando se fala da dimensão psicossocial no trabalho, estamos a referir-nos aos sentimentos, pensamentos, atitudes, comportamentos e à interacção social em contexto laboral, envolvendo os efeitos que as condições de trabalho podem ter na preservação do equilíbrio e qualidade destes componentes, bem como as repercussões que estas duas dimensões podem ter na manutenção da segurança e bem-estar de todos os trabalhadores da operacionalidade de equipamentos e demais matérias de trabalho.

Na verdade, uma orientação para a saúde e o bem-estar coloca no centro de análise e preocupação o trabalhador que, ao desenvolver a sua actividade, põe em acção diferentes dimensões do uso da saúde. Não se trata apenas do uso da dimensão física, da dimensão mental e mesmo da dimensão afectiva mas, do uso de si, de uma mobilização integral de si mesmo na resposta às exigências da actividade de trabalho (Barros-Duarte & Cunha, 2014).

Assim, a análise do trabalho *vs* saúde, bem como destes riscos é extremamente importante para que se possa trabalhar em boas condições, a todos os níveis, sem que haja um impacto negativo sobre os trabalhadores e, de forma a que estes possam ser um real valor acrescido para as organizações onde exercem. Deste modo, a análise, identificação e avaliação dos mesmos é algo que tem de ser tido cada vez mais em conta para o bem dos profissionais e, conseqüentemente, dos locais onde estes actuam.

Esta dissertação tem como foco os riscos psicossociais nos profissionais de saúde, mais concretamente nos profissionais do Pólo de Valongo do Centro Hospitalar São João do Porto (CHSJoão – Porto), tendo como objectivo a análise das condições de trabalho dos mesmos e a identificação dos riscos psicossociais presentes.

Desta forma, na primeira parte deste trabalho, pretendo fazer uma revisão da literatura existente relativamente à temática dos riscos a que os profissionais estão expostos e, mais concretamente, aos riscos psicossociais nos profissionais de saúde. Inicialmente, farei uma análise das diferentes áreas e disciplinas que servem de base teórica para podermos abordar este tema, uma vez que são elas que se preocupam com a saúde dos trabalhadores, que são aqueles que estão sujeitos a este tipo de riscos. Seguidamente, focar-me-ei no trabalho propriamente dito, na função psicossocial que este tem, nas condições de trabalho e, ainda, nas condições de trabalho no meio hospitalar, pois é neste meio que se realizou o estudo que irei apresentar na parte prática desta tese. A razão que me levou a abordar o trabalho foi o facto de, para

percebermos realmente os riscos a serem explorados, é necessário saber-se todos os aspectos que estão inerentes aos mesmos, como é o caso dos pontos que referi que irei abordar até então.

Ainda na parte teórica, seguem-se os riscos e os factores de risco do meio laboral. Nesta análise, irei referir aspectos gerais mas, irei dar maior destaque aos factores de risco que se verificaram como sendo os mais significativos na parte prática, como por exemplo, o ruído ou as mudanças extremas de temperatura. Para além disso, ainda irei fazer referência à importante questão da avaliação, do controlo e da prevenção destes mesmo riscos. Por último, nesta parte, irei abordar os riscos psicossociais. Na análise destes farei referência à sua definição, falarei da abordagem disciplinar, dos princípios gerais para a sua prevenção e, ainda, dos factores de risco psicossociais. No último ponto e, por forma a fazer a ponte com a parte empírica, abordarei os riscos psicossociais e os factores de risco psicossociais nos profissionais de saúde.

Na segunda parte deste trabalho, farei a apresentação do estudo empírico, como já referido, realizado no Pólo de Valongo do CHSJoão – Porto, com uma amostra de 62 profissionais de saúde (como: Médicos, Enfermeiros, Psicólogos, Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais, Assistentes Operacionais, Assistentes Técnicos e Assistentes Sociais), dando a conhecer os resultados obtidos e fazendo a discussão dos mesmos.

2. Medicina do Trabalho, Saúde Ocupacional, Psicologia da Saúde Ocupacional e Psicologia do Trabalho

Com o passar do tempo, a preocupação com o impacto do trabalho na saúde dos profissionais levou a que novas questões surgissem, bem como que novas perspectivas fossem desenvolvidas e aplicadas, procurando minimizar o mesmo. Desta forma, foram surgindo diferentes abordagens, áreas e disciplinas que procuravam e continuam a procurar as melhores formas de dar as respostas necessárias, tendo este tema como o seu foco de estudo e aplicação. Assim, neste capítulo, procuro fazer uma análise à Medicina do Trabalho, à Saúde Ocupacional, à Psicologia da Saúde Ocupacional e à Psicologia do Trabalho, com o intuito de compreendermos melhor alguns dos ramos que se preocupam com esta questão do trabalho vs saúde, de que forma surgiram, evoluíram e, ainda, como aplicam as suas finalidades, visando sempre proporcionar as plenas condições de desenvolvimento humano para e durante a realização do trabalho.

Os registos mais antigos que existem da Medicina associada ao trabalho remontam aquele que é considerado o fundador da Medicina do Trabalho, o médico italiano Bernardo Ramazzini (1633-1714), que foi o primeiro a tratar sistemática e exaustivamente as doenças relacionadas com a actividade laboral (Silva, 2014).

Esta surgiu no século XIX como prática da relação entre saúde vs trabalho e, inicialmente, não como uma especialidade médica. A sua intenção era melhorar a produtividade por actos médicos dirigidos às patologias dos trabalhadores, podendo ser conceituada como a especialidade médica voltada primordialmente para o tratamento da doença, a recuperação da saúde, o tratamento dos efeitos ou diminuição de sequelas causadas pelos acidentes e doenças (Mattos & Másculo, 2011).

Foi em 1959 que o tema da protecção da saúde dos trabalhadores foi tido realmente em conta pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), quando surge o primeiro documento normativo de âmbito internacional sobre serviços de Medicina de Trabalho, segundo o qual um serviço desta especialidade deve ser organizado no local de prática laboral ou num local próximo, com vista a proteger os trabalhadores contra os riscos para a saúde, contribuindo para a adequação do trabalho às aptidões de cada um e para a manutenção do bem estar físico e mental no posto de trabalho (Gonçalves, 2009).

Hoje em dia, a Medicina do Trabalho caracteriza-se por um serviço centrado na reparação e prevenção das doenças profissionais e na avaliação das aptidões dos trabalhadores para o exercício da sua profissão, orientada para a exposição aos riscos específicos das profissões em questão. É, ainda, uma das especialidades médicas mais abrangentes, pois é uma especialidade que está simultaneamente direccionada para a prevenção e gestão dos acidentes de trabalho, doenças profissionais e incapacidades resultantes, bem como para a promoção da saúde e da produtividade dos trabalhadores e das comunidades (Leitão, Fernandes & Ramos, 2008).

Esta área vai além da agregação de informação complementar relativamente às doenças profissionais. Implica também o reconhecimento das questões éticas, legais e económicas que envolvem os doentes, adequando as soluções ao melhor resultado possível, sendo orientações fundamentais para uma boa prática/actuação clínica. Deste modo, não se trata somente de saber identificar uma doença profissional mas, também, de adequar a orientação clínica no enquadramento dos interesses do trabalhador/doente, respeitando o seu trabalho, a estrutura organizacional e a lei do próprio país (Macedo, 2012).

A Medicina do Trabalho é afectada não só pelos avanços da ciência e da descoberta de novas formas de tratamento mas, também, pelas mudanças das estruturas componentes do meio de trabalho. A utilização de novas tecnologias, como em especial a automatização e a informatização, geram novos riscos para a saúde, decorrentes da organização do trabalho. Acrescentando ainda a esta mudança, os elevados níveis de exigência produtiva que obrigam a constantes esforços máximos, que levam a doenças profissionais e originam acidentes mais precocemente (Almeida, 2015).

Da mesma forma, é imposta uma rápida acção terapêutica e uma implementação de medidas preventivas. A alteração dos processos de trabalho comandados por valor económico, têm vindo a causar um deslocamento do perfil da morbilidade causada pelo trabalho, provocando um desaparecimento progressivo e lento das doenças profissionais clássicas e o aparecimento de outras doenças relacionadas com o trabalho, como por exemplo, a hipertensão, perturbações mentais, stress, entre outras, para as quais, se confirma cada vez mais a importância da sua prevenção (Gonçalves, 2009).

Já a Saúde Ocupacional, é outra disciplina que surgiu como especialidade médica no século XIX com a Revolução Industrial. Foi o industrial inglês Robert Derham, em

1830, que detectou pela primeira vez a necessidade de um serviço médico na sua empresa, tendo formado um com a ajuda do médico Robert Baker (1803-1880), pois preocupava-se com a repercussão que a ausência de assistência médica adequada aos seus trabalhadores tinha na produtividade da sua empresa. Mas, a preocupação com esta especialidade continuou a evoluir ao longo dos tempos (Mattos & Másculo, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a OIT, em 1950, definiram Saúde Ocupacional como uma área de saberes multidisciplinares e multiprofissional, que tem como objectivos promover e manter o mais elevado bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores em todas as profissões; prevenir qualquer dano causado à sua saúde pelas condições de trabalho; proteger os trabalhadores no seu emprego contra os riscos resultantes da presença de agentes prejudiciais à sua saúde; colocar e manter o trabalhador num emprego adaptado às suas aptidões fisiológicas e psicológicas; em suma, adaptar o trabalho ao homem e cada homem ao seu trabalho (Coelho, 2013).

Em 1989 foi publicada uma Directiva – Quadro da União Europeia sobre Segurança e Saúde no Trabalho, que agregou um novo paradigma de Saúde Ocupacional, resultando a obrigatoriedade legal, em toda a União Europeia, de prevenção dos riscos psicossociais no trabalho. Daqui advém que a prevenção dos riscos ocupacionais deve ser feita segundo um sistema coerente que integre a técnica, a organização do trabalho, as condições de trabalho, as relações sociais e a influência dos factores ambientais, cabendo, ao empregador, assegurar a segurança e a saúde dos trabalhadores em todos os aspectos relacionados com o trabalho. Perante isto, a prevenção deixou de se reportar por e simplesmente aos riscos que são objecto de normas técnicas específicas, passando-se a utilizar um método de abordagem global, onde todos os aspectos das condições e do meio de trabalho, bem como os aspectos da vida fora do trabalho em relação ao trabalhador são tidos em conta (Martins, 2014).

Com o passar do tempo, esta especialidade passou a ser vista como uma concepção moderna e aceite pelos dois principais organismos internacionais de referência (a OMS e a OIT), que engloba a totalidade das intervenções que visam a gestão dos riscos profissionais, a vigilância, a protecção e a promoção da saúde dos trabalhadores nos locais de trabalho. É, deste modo, uma área importante na intervenção da saúde e, tem como objectivos fundamentais e estratégicos não só assegurar a saúde dos trabalhadores mas, também, motivá-los para que realizem um trabalho produtivo e contribuir para a sua realização profissional. Desta forma,

pretende, essencialmente, melhorar a qualidade de vida dos mesmos e da sociedade, promover ambientes de trabalho saudáveis e favorecer a produtividade e o desenvolvimento económico das comunidades, dos países e do mundo (Coelho, 2008).

Com isto, esta área é uma das que procura promover e preservar a integridade física do trabalhador durante o exercício da sua função, por meio de detecção dos factores que interfiram na sua saúde. Para que se possa detectar os mesmos, é necessário fazer-se a avaliação, o controlo e a prevenção dos problemas de saúde associados ao trabalho, para além da constatação da existência de casos de doenças profissionais ou danos irreversíveis para a saúde do trabalhador (Silva, 2014).

A Saúde Ocupacional tem ainda, para além do referido, a função de educação na saúde com a promoção de novos hábitos e atitudes na alimentação, higiene, estilo de vida, exercício físico, consumo de álcool, tabagismo e outros comportamentos de risco. Deste modo, este ramo da ciência visa a protecção da saúde dos trabalhadores contra os riscos, incluindo a adequação do trabalho às suas faculdades, defesa do bem-estar físico e mental no estabelecimento profissional em que se insere de forma geral e no seu posto de trabalho em particular, contribuindo para uma adaptação ao meio e às suas funções (Macedo, 2012).

É sabido que para além da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, também existem outras disciplinas chamadas a intervir quando nos referimos à saúde no trabalho, como é o caso da Psicologia da Saúde Ocupacional e a Psicologia do Trabalho (Martins, 2014).

A Psicologia da Saúde Organizacional, segundo a National Institute of Occupational Health (NIOSH), é o ramo da Psicologia que visa promover a qualidade de vida no trabalho, proteger e promover a segurança, a saúde e o bem-estar dos trabalhadores. Por sua vez, a European Academy of Occupational Health Psychology (EAOHP) define a Psicologia da Saúde Ocupacional como a aplicação dos princípios e práticas da Psicologia aos objectivos da Saúde Ocupacional, estudando os aspectos psicológicos, sociais e organizacionais da relação dinâmica entre o trabalho e a saúde, acrescentando ainda que, o fim dos investigadores, professores e práticos deste campo é desenhar organizações e sistemas de trabalho saudáveis, protegendo e promovendo a saúde, a segurança e a bem-estar dos trabalhadores (Mattos & Másculo, 2011).

São conhecidos os contributos da Psicologia para a área de prevenção de riscos ocupacionais, de natureza psicológica, como foi o caso de Maslow, primeiro em 1943 e, depois, em 1965, que referia que só os indivíduos psicologicamente são poderiam

estar motivados para trabalhar e que, ambientes repressivos, incluindo os ambientes de trabalho, poderiam inibir os indivíduos a atingir o seu potencial máximo de capacidade produtiva (Coelho, 2013).

Desta forma, esta é a área que procura actuar, em especial, sobre os aspectos específicos da saúde psicológica no trabalho, isto é, compete-lhe promover o bem-estar psicológico ou subjectivo no trabalho, a qualidade de vida psicológica, prevenir os riscos psicológicos e sociais, aplicar teorias, enfoques e conceitos psicológicos e recorrer a métodos e técnicas de natureza psicológica (Macedo, 2012).

O conceito de bem-estar psicológico interessa-se, fundamentalmente, pelos aspectos psicossociológicos do trabalho como, a autoaceitação (ter uma atitude positiva perante si próprio e a sua vida passada), relacionamentos positivos (possuir vínculos de afecto e confiança com os outros), a autonomia (estar apto a seguir as suas próprias convicções), as habilidades e competências (competências relacionadas com a manipulação e controlo de ambientes complexos e identificação de oportunidades, e as habilidades físicas e mentais para modificar, de forma criativa ou pró-activa, um mundo cada vez mais complexo), os objectivos de vida (ter metas e objectivos que confirmem significado à vida) e o crescimento pessoal (ter um sentido de desenvolvimento contínuo e auto-realização) (Mattos & Másculo, 2011).

Quanto à Psicologia do Trabalho, o seu aparecimento foi no final do século XIX e levou à sua institucionalização como uma especialidade das ciências comportamentais, tendo crescido e tendo-se tornado numa das contribuições mais significativas para o desenvolvimento dos negócios e da administração, desde os trabalhos de Munsterberg, no início do século XX. Hoje, num contexto que procura e/ou exige mais qualidade de desempenho, a Psicologia do Trabalho ocupa uma posição chave nos recursos de gestão. Ajuda a organizar e legitimar a compreensão que as pessoas e as instituições sociais requerem para funcionar (Zanelli, Borges-Andrade & Bastos, 2004).

Durante muito tempo, a Psicologia do Trabalho era vista como parte integrante da Psicologia Aplicada. Os estudos sobre o trabalho vieram a constituir progressivamente um campo autónomo que, não pertence apenas ao domínio da aplicação. No entanto, começou por se definir a partir dos objectivos das suas aplicações. Foi assim que Munsterberg apresenta a sua finalidade: Como encontrar o melhor trabalhador possível, como produzir o melhor trabalho possível, como chegar aos melhores resultados possíveis? (Leplat & Cuny, 1997).

Estudando problemas tais como o desempenho, a saúde do trabalhador, os seus padrões de qualidade de vida, o impacto do emprego e das condições de trabalho sobre a vida humana, tanto sob o ponto de vista de actividade pessoal como de actividade institucionalizada, a Psicologia do Trabalho criou uma massa de conhecimentos que, embora controvertida em vários aspectos, tais como, a sua base epistemológica e os valores a ela associados, fez-se presente em toda a história de gestão de pessoas, através de vários tipos de contribuição. Os conhecimentos produzidos pela Psicologia do Trabalho tornaram viáveis tanto a utilização de tecnologias sofisticadas, por parte de grupos de trabalho constituídos por pessoas simples, como a formação e a adaptação de equipas interdependentes aptas para o desempenho eficaz de múltiplas actividades sofisticadas (Bendassolli, 2012).

A rápida evolução das tecnologias de produção tem colocado novas demandas na missão da Psicologia do Trabalho. Particularmente, a alteração na sintaxe do contexto de trabalho fomentada pela implementação das novas tecnologias e pelas novas formas de contrato de trabalho, ao longo dos últimos anos, reformulou elementos significativos dos meios e das condições de trabalho. Esta nova sintaxe é caracterizada pelo crescimento da automação e da dependência de informação, pela complexidade da intersecção de múltiplos processos na produção do desempenho e a incerteza e ambiguidade dos eventos. Perante isto, a Psicologia do Trabalho, é mais uma vez solicitada a aprofundar a sua produção de conhecimentos para colaborar com a compreensão do desempenho e da realização do trabalhador, dentro de um contexto de condições singulares que frequentemente procura adaptações que superam os limites da condição humana (Leão, 2012).

A história da Psicologia do Trabalho explicita porque é que o trabalho não é apenas uma transformação da matéria mas, também da vida psíquica, económica, social, cultural e política (Fisher & Tarquinio, 2010).

Por isto tudo, não foi por acaso que a Psicologia do Trabalho foi consolidada como uma aliada estratégica da gestão dos negócios pela sua potencialidade de ser fonte fértil de informação para a administração e para a compreensão da relação do homem vs trabalho (Bendassolli, 2012).

O estudo da fadiga, que era um sério obstáculo ao desempenho e grave causa de sofrimento do trabalhador, revelou a potencialidade do conhecimento sobre o desempenho como um recurso indispensável à gestão dos negócios e ao desenvolvimento da qualidade de vida do trabalhador. Desde então, a Psicologia do

Trabalho, como uma área do conhecimento que estuda as relações do homem com o trabalho, tem sido uma fonte contínua de conceitos e teorias que subsidiam o equacionamento da eficácia e os meios de evolução da qualidade de vida no trabalho (Gaillard, 1997).

Assim, o conhecimento sobre os processos psicológicos implicados no trabalho tornou-se um instrumento identificado como silogismo da eficiência nas organizações (Macedo, 2012).

2.1. O Trabalho

Depois desta abordagem das disciplinas que se preocupam com a saúde vs trabalho, torna-se pertinente abordar o trabalho propriamente dito, com o intuito de compreender realmente o que este é e implica, podendo este ser analisado numa vertente positiva mas, também, negativa. Para além disso, para que a compreensão deste tema seja a melhor possível, também se torna necessário analisar o trabalho prescrito e o trabalho real, bem como a função psicossocial que este assume.

O trabalho é uma prática transformadora da realidade que viabiliza a sobrevivência e a realização do ser humano. Por meio do acto e do produto do seu trabalho, o ser humano percebe a sua vida como um projecto, reconhece a sua condição ontológica, materializa e expressa a sua dependência e poder sobre a natureza, produzindo os recursos materiais, culturais, institucionais que constituem o seu ambiente e, desenvolve o seu padrão de qualidade de vida (Zanelli et al., 2004).

Trabalho é toda a actividade humana que resulta em bens ou serviços. As actividades de um vendedor numa loja, de um operário numa fábrica, como as de um professor numa escola ou as de um médico num hospital, são consideradas trabalho. Como denominou Karl Marx (1818-1883), o trabalho é uma actividade por meio da qual o ser humano produz a sua própria existência, reforçando a ideia de que não é o ser humano que existe em função do trabalho mas, é por ele que produz os meios para se manter vivo. Refere ainda que o impacto do trabalho e do seu contexto exercem uma grande influência na construção do sujeito, considerando que o trabalho, ou as actividades dos trabalhadores, são também uma das “forças produtivas” essenciais para a manutenção da própria sociedade, pois as nossas estruturas sociais também são alteradas de acordo com a forma como se estruturam as nossas relações sociais, posições hierárquicas e aspectos culturais, erguidos em torno das relações de trabalho (Merlo & Lapis, 2007).

Desta forma, mantendo-se uma análise do trabalho por uma vertente positiva, este é considerado como um dos elementos da “felicidade humana”, onde esta é consequente da satisfação de necessidades psicossociais, de prazer e do sentido de contribuição de desempenho da actividade profissional. Consiste também numa interacção complexa de tarefas, papéis, responsabilidades, relações, incentivos e recompensas num certo contexto físico e social, de modo que a satisfação no trabalho,

tem que ser analisada em termos dos seus elementos constituintes (Silva, Silva & Nelson, 2015).

Alguns autores definem o trabalho como um comportamento adquirido por aprendizagem e que deve adaptar-se às exigências de uma tarefa, variando, essas mesmas exigências, ao nível técnico ou sócio-económico da organização na qual a tarefa se insere (Arnold, Robertson, Cooper, Silvestre, Patterson & Burne, 2005).

Do ponto de vista empírico, o trabalho consiste na aplicação de conhecimentos e habilidades ao desenho de processos de produção dentro de uma sintaxe constituída por condições económicas, tecnológicas, sociais, culturais e políticas (Kessler & Krug, 2012).

O trabalho, como forma de comportamento, pode também caracterizar-se pela sua complexidade e pelo facto de, em geral, dizer respeito apenas aos adultos. Assim, o trabalho é criador de riquezas e de fontes de lucro (Gaillard, 1997).

Assim, em relação à sociedade e às suas actividades, o estudo do trabalho transformou-se num campo fértil para o desenvolvimento das ciências sociais e comportamentais e, transformou-se numa arena transdisciplinar que facilitou o diálogo entre essas ciências. Compreender a relação entre os processos sócio-comportamentais e os processos de produção ganhou o *status* de uma necessidade crescente desde a implementação da tecnologia do vapor, em meados do século XVIII. A adaptação do desempenho humano a fluxos racionalizados de produção demandava o domínio mais profundo e sistematizado sobre a relação entre os fluxos de produção e o contexto (Centeno, 2016).

No entanto, quando se fala em trabalho, surge a questão de mas, porque é que as pessoas trabalham? Durante séculos, essa pergunta, que parecia ser simples, tem sido debatida sob várias perspectivas, como a económica, a psicológica, a filosófica ou a religiosa (Muchinsky, 2003).

Numa perspectiva economicista, o trabalho é aquilo que nos proporciona os recursos financeiros para sustentarmos a vida e a aspiração para melhorarmos a qualidade da nossa vida material. A definição de trabalho mais comumente aceite, a de troca de trabalho por pagamento, reflecte claramente um ponto de vista económico (Arnold et. al, 2005).

O trabalho também tem um significado psicológico, dando-nos uma fonte de identidade e união com outros indivíduos, além de ser uma fonte de realização pessoal. Tem também um efeito de conferir um ritmo temporal às nossas vidas, dando-nos

uma estrutura de tempo (quando precisamos de ir trabalhar e quando não estamos a trabalhar, podemos dedicar a outras actividades) (Schwartz, 2011).

Este também oferece uma explicação filosófica sobre a nossa missão na vida, extraíndo significado de criar e de dar trabalho aos outros. Como pode ser observado, não existe uma resposta concreta para a pergunta porque trabalhamos mas, os seus múltiplos significados oferecem-nos uma base para compreendermos porque é que o trabalho é tão importante (Centeno, 2016).

Alguma doutrina religiosa ensinou que o trabalho era uma forma de punição por nosso pecado original. O trabalho era uma obrigação ou dever de constituir o reino de Deus, logo, era bom e, quando árduo, ainda melhor. O trabalho era nobre por causa da sua natureza opressiva e por ser uma provação que fortalece o nosso carácter. Também ensinamentos religiosos enfatizavam o trabalho como um meio de controlar ou reprimir as nossas paixões. A falta de trabalho ou o ócio promove impulsos doentios, que nos desviam dos propósitos mais admiráveis. Assim, o trabalho é considerado um processo árduo, deliberadamente carregado de dificuldades mas, também um meio de facilitar o nosso desenvolvimento pessoal (Peiró, Prieto & Roe, 2004).

Assim, o trabalho é um elemento importante na vida de um indivíduo, quer este o encare de modo meramente instrumental ou lhe atribua maior significado (Teixeira, 2014).

Numa sociedade tão dinâmica como a que vivemos, há também um dinamismo nas necessidades de determinadas forças de trabalho. Por isso, historicamente, vimos aparecer e desaparecer categorias e/ou funções profissionais, que, de tempos em tempos, criam-se, recriam-se, aparecem e desaparecem numa inconstância que só é justificada por essa dinâmica social e económica (Macedo, 2012).

Cada trabalhador tem uma visão diferente sobre o que pretende do seu trabalho, de modo que, enquanto para uns consiste numa parte muito importante da vida, para outros, consiste num aspecto da vida que existe para prover outras necessidades (Silva, Silva & Nelson, 2015).

O trabalho é um fenómeno complexo e multifacetado que tem sido abordado por âmbitos disciplinares tão diversos como a economia, o direito, a história, a antropologia, a cultura, a biomecânica, a fisiologia, a medicina, a ergonomia, a psicologia, entre outras disciplinas científicas. No âmbito das ciências psicológicas têm sido diversas as abordagens disciplinares e as suas contribuições para uma

compreensão e explicação cada vez mais rigorosa deste fenómeno e para a intervenção profissionalizada sobre múltiplas facetas do mesmo (Peiró, Prieto & Roe, 2004).

Podemos também considerar o trabalho como um fenómeno cujo estudo não se esgota na análise da actividade de uma pessoa num determinado ambiente. Trata-se, também, de uma realidade social fruto da interacção e da vida humana em sociedade. O seu significado amplia-se e fica mais completo no âmbito da cultura e da sociedade em que se produz, embora o seu significado concreto nesses âmbitos influencie e condicione a vida humana e as condutas das pessoas que constituem essa sociedade e dos grupos sociais que a constituem (Kessler & Krug, 2012).

Com isto, os aspectos mais relevantes do trabalho não se limitam à análise da interacção e ao estudo das actividades de grupo. Tão pouco se referem unicamente ao significado socialmente partilhado que se atribui a essa realidade numa determinada cultura e numa determinada época. Alcança, também, um bom número de fenómenos complexos que tem sido definidos, de uma ou outra forma, em relação à realidade laboral (Schwartz, 2011).

Desta forma, a aposentadoria ou a relação entre o âmbito laboral e outros âmbitos da vida humana (como o tempo livre, a família, etc.) são fenómenos relevantes para a Psicologia. Resulta também da clarificação dos processos mediante os quais a sociedade e as diferentes instituições e organizações transmitem os valores e as crenças sobre o trabalho e envolvem-se com os seus membros numa determinada cultura em relação ao mesmo. Reciprocamente, há que se analisar também os processos sociais de inovação social através de dinâmicas sociais relacionadas com o trabalho e com os fenómenos com ele relacionados. O trabalho desempenha na nossa sociedade um papel fundamental ao ser um elemento de integração social dos indivíduos que a constituem (Peiró, Prieto & Roe, 2004).

Portanto, não é de se estranhar que apareça, com frequência, relacionado com as ideologias, as religiões e as diferentes visões do mundo. Nessa direcção, nas sociedades contemporâneas, o trabalho constitui um elemento importante de estratificação social e de designação/atribuição de *status* aos diferentes membros da sociedade e, isso, não só porque possibilita e justifica um acesso diferenciado aos recursos disponíveis, mas também porque configura uma boa parte da estrutura social (Silva, Silva & Nelson, 2015).

Tudo isto põe em manifesto que a análise deste fenómeno não se pode restringir nem à sua consideração como conduta individual (que analisa os processos psíquicos e biológicos que o tornam possível), nem à consideração macroscópica, que o contempla como fenómeno económico, político ou social. Existe uma zona em que a intersecção entre o social e o individual se articulam, deixando um espaço em que as contribuições da Psicologia, como disciplina científica, são necessárias (Centeno, 2016).

As pessoas adquirem conhecimento à cerca do trabalho a partir das suas experiências laborais mas, também a partir de informações e modelos culturais que recebem da sociedade por meio da educação e da comunicação social. Desta forma, o trabalho adquire distintos significados como resultado do conhecimento sobre uma parte da realidade socialmente elaborada e compartilhada. Por outro lado, a actividade laboral contribui para o desenvolvimento das pessoas em sociedade e para a sua integração social ou, pelo contrário, pode ser um factor fundamental de alienação que leva a pessoa a não ser ela mesma, a estar fora de si e a não se reconhecer a si mesma ao realizar essa actividade (Schwartz, 2011).

Perante isto, podemos então considerar que a análise do trabalho também pode ser feita com base numa vertente mais negativa.

Para Friedman (1976, cit. in Leplat & Cuny, 1997, p. 29), *“o único factor comum às actividades assim denominadas, isto é, o trabalho, é um elemento de compulsão (pressão, obrigação, disciplina, entre outros), que pode ser de origem interna ou externa”*.

Assim, a perda do trabalho também pode resultar em complicações psicológicas, como a aposentadoria e o desemprego, onde o indivíduo se vê afastado de seu ambiente natural (Teixeira, 2014).

2.1.1. Trabalho prescrito vs Trabalho real

O conceito de trabalho prescrito (ou tarefa) refere-se ao que é esperado no âmbito de um processo de trabalho. É vinculado, por um lado, pelas regras e objectivos fixados pela organização do trabalho e, por outro, às condições dadas. Ou seja, o trabalho prescrito é aquele que indica aquilo que se deve fazer em determinado processo de trabalho (Brito, 2009).

Como trabalho real (actividade), pode-se dizer que é aquilo que é posto em jogo pelos trabalhadores para realizar o trabalho prescrito. Logo, trata-se de uma resposta às imposições determinadas externamente, que são, ao mesmo tempo, apreendidas e modificadas pela acção do próprio trabalhador. Desenvolve-se em função dos objectivos estipulados pelos trabalhadores a partir dos objectivos que lhes foram prescritos. A parte observável da actividade (o comportamental), é apenas um dos seus aspectos, pois os processos que geram a produção deste comportamento não são directamente observáveis (Clot, 2006).

É importante chamar a atenção que a descoberta de que o trabalho não se resume à tarefa prescrita ocorreu, juntamente, com a análise de um trabalho organizado de uma forma tipicamente *taylorista*, no qual se supunha que aos trabalhadores cabia apenas executar. Com o desenvolvimento de pesquisas sobre o trabalho em linhas de montagem da indústria electrónica, em 1960, os ergonomistas descobriram que as operárias não seguiam estritamente o método de execução planeado, pois alternavam a ordem de trabalhos de fixação dos componentes electrónicos, modificando os movimentos rigidamente programados. Com isto, chegou-se então à conclusão de que, apesar da rígida divisão e definição do método do trabalho, estas perceberam que na realidade tinham, de forma permanente, de tomar decisões e controlar incidentes. Logo, as trabalhadores não eram apenas mão-de-obra e o seu trabalho não se constituía em algo automático e feito sem pensar, tendo-se tornado possível afirmar que a padronização total dos métodos de trabalho é uma ficção (Wisner, 1994).

Com este princípio, o conceito de trabalho prescrito esteve muito ligado à concepção *taylorista* de organização do trabalho, levando a uma visão negativa do seu sentido. No entanto, esta visão foi-se modificando com o passar do tempo com a constatação de que há diferentes modos de prescrição do trabalho, tendo sido possível entender-se que o conceito de trabalho prescrito (ou tarefa) é fundamental para

descrevermos uma das faces do trabalho (que logicamente tem implicações sobre a outra – a actividade) (Brito, 2009).

Se é evidente o carácter externo vinculado à divisão social do trabalho e às hierárquicas, é importante ressaltar que há um nível de intermediação entre a tarefa e a actividade (o que reforça a ideia de que não são faces opostas do trabalho) que corresponde aos objectivos que os trabalhadores, de forma individual ou colectiva, definem para si. Por outro lado, há situações em que as prescrições não são identificadas com clareza ou que se apresentam de forma implícita, induzindo-nos a pensar que se tratam de casos onde o trabalho se desenvolve sem injunções. Este é um caso de subprescrição, no qual a definição dos objectivos e dos meios para atingi-los acaba por recair sobre o trabalhador. Contudo, há que se considerar que haverá sempre uma parte implícita nas tarefas prescritas (Guérin, Kerguelen, Laville, Daniellou & Duraffourg, 2001).

É importante também fazer referência às novas exigências que são feitas aos trabalhadores dos tempos actuais, como a chamada prescrição da subjectividade – exigindo iniciativa, criatividade, autonomia, disponibilidade, entre outras. Semelhantes são os casos em que os objectivos a serem atingidos são demasiado amplos, levando o trabalhador a dar tudo de si para alcançar os resultados esperados, podendo gerar fadiga e esgotamento (Santos, 2012).

Além disso, as prescrições podem contribuir para o desenvolvimento das actividades mas, também podem ser ineficazes ou causa de perturbação. Em várias situações observa-se a existência de prescrições contraditórias, como por exemplo, seguir determinadas normas de segurança e, simultaneamente, dar conta da tarefa num tempo limitado. Cabe dizer então que, ao trabalho prescrito, se soma o ambiente físico encontrado nas situações de contexto laboral, na medida em que é um componente externo e representa um constrangimento para a realização do trabalho, sendo, por isso, algumas vezes apontado como parte integrante da tarefa (Glanzner, 2014).

Para além das formas de prescrição já referidas relativamente à organização do trabalho e às condições dadas ao trabalhador, encontramos na vida a presença de um movimento de antecipação que se configura em património colectivo. São as normas antecedentes, vinculadas a aquisições da inteligência e experiência colectiva. Essas normas referem-se aos saberes técnicos, científicos e culturais incorporados ao realizar o trabalho. Portanto, constituem-se em património da humanidade, mesmo que o conhecimento técnico-científico esteja vinculado às relações presentes na vida

social e que infiltram todo o conjunto de normas antecedentes. Assim, as normas antecedentes incorporam: os saberes técnicos, científicos e culturais, com toda a sua ambiguidade, imprescindíveis para o desenvolvimento do trabalho; e códigos organizacionais ligados à divisão (social, sexual, etc.) do trabalho e às relações de poder, de exploração económica e dominação (Alvarez & Telles, 2004).

Entre o que pode ser considerado património relativamente e provisoriamente estabilizado da humanidade (que se torna norma porque nenhuma actividade de trabalho pode ignorá-lo) e a estrita imposição do modo de execução, há toda uma série de normas antecedentes, mais ou menos relevantes. Algumas dessas normas são forjadas pelo colectivo de trabalho (por exemplo, regras e práticas desenvolvidas através da experiência do próprio grupo de trabalho) e, outras provêm dos destinatários do trabalho (clientes pacientes e público possível), uma vez que apresentam as suas expectativas e exigências ao trabalhador (Brito, 2009).

Há ainda um terceiro aspecto que caracteriza as normas antecedentes, que é o facto de estas sinalizarem valores. Portanto, estas têm uma dimensão sócio-político-jurídica e não apenas monetária. Dizem, assim, respeito a valores do bem comum, como a saúde, a educação, o direito ao trabalho, ao lazer, segurança, preservação ambiental, igualdade, entre outras, sobre os quais há sempre um campo de disputas e, em nome dos quais se procura instituir dispositivos legais numa conjuntura social específica. Portanto, as normas antecedentes estão vinculadas aos regulamentos, procedimentos e tecnologias encontradas em determinadas situações de trabalho, ao nível técnico, científico e cultural de uma certa sociedade e aos valores nela presentes (Alvarez & Telles, 2004).

Trabalhar é colocar em debate uma diversidade de fontes de prescrição, estabelecer prioridades entre elas e muitas vezes não poder segui-las simultaneamente. Do mesmo modo que as prescrições, as normas antecedentes podem ser contraditórias, implicando uma permanente tensão entre princípios, regras, modelos, formação técnico-científica, recursos disponíveis, etc.. São os grupos de trabalho que enfrentam essa tensão, sendo obrigados a fazer escolhas de forma permanente – o que corresponde à outra face do trabalho, que é o trabalho real ou a actividade (Santos, 2012).

Já o esforço conceitual sinalizado na expressão trabalho real está vinculada ao pressuposto de que as prescrições são recursos incompletos, ou seja, que desde a sua concepção estas não são capazes de contemplar todas as situações encontradas no

exercício quotidiano de trabalhar. Nesse sentido, é dada ênfase ao papel das pessoas como protagonistas activos do processo produtivo e não como factor ou recurso humano. Mesmo no caso de tarefas muito repetitivas, cabe ao trabalhador fazer regulações, ajustes ou desvios que garantam a continuidade da produção do seu trabalho (Brito, 2009).

Fundamentalmente, sempre existiu um desvio entre o trabalho prescrito e o trabalho real, devendo-se tal ao facto de as situações reais de trabalho serem dinâmicas, instáveis e submetidas a imprevistos, conforme mostram os estudos realizados no âmbito da Ergonomia da Actividade, desde o final da década de 1960. Portanto, a actividade de trabalho envolve estratégias de adaptação do prescrito às situações reais de trabalho, atravessadas pelas variabilidades e o acaso (Pizo & Menegon, 2010).

Do ponto de vista do sistema sócio-técnico, as variabilidades dizem respeito a oscilações normais do processo produtivo (como por exemplo, a quantidade de atendimentos e procedimentos ou acções realizados ao longo do dia, mês ou ano) ou, resultam de imprevistos e disfuncionamentos (como falhas em equipamentos, problemas relativos à comunicação, entre outros). Do ponto de vista do trabalhador, as variabilidades estão ligadas, principalmente, às características das equipas (qualificações e competências dos diferentes profissionais, diferenças culturais, de ritmo, etc.) e às mudanças de estado de cada trabalhador durante o tempo (como as condições de saúde, problemas extraprofissionais, família, nascimento de filhos, desenvolvimento de competências, expectativas e perspectivas profissionais, efeitos da idade, fadiga, etc.). Consequentemente, a compreensão da actividade não se limita ao que é posto em jogo pelos trabalhadores para realizar o trabalho prescrito pois alguns dos seus determinantes são encontrados na história da pessoa ou da equipa, ou na cultura (Santos, 2012).

A actividade de trabalho pode ser definida, então, como um processo de regulação e gestão das variabilidades e do acaso. Compreender a actividade de trabalho é compreender os compromissos estabelecidos pelos trabalhadores para atender a exigências, frequentemente, conflituosas e, muitas vezes, contraditórias. Esse compromissos vinculam-se a dois pólos de interesse: os relativos ao próprio trabalhador (saúde, desenvolvimento de competências, prazer, etc.) e os relativos à produção do trabalho. A actividade de trabalho é, portanto, singular, dado que caracteriza o trabalho de indivíduos singulares e variáveis, efectuado em contextos

singulares e variáveis (nas suas dimensões físicas/materiais, organizacionais e sociais) (Guérin, Kerguelen, Laville, Daniellou & Duraffourg, 2001).

A evolução do debate entre o trabalho prescrito e o trabalho real tem levado à efervescência e renovação conceitual da noção da actividade de trabalho, podendo-se apontar três razões para a mesma. Primeiro, porque se trata de uma noção que não pode ser absorvida totalmente por nenhuma disciplina na medida em que a actividade atravessa o biológico, o psicológico e o cultural, o individual e o colectivo, o fazer e os valores, o privado e o profissional, o imposto e o desejado. Por outras palavras, a actividade faz uma síntese desses diversos elementos, uma vez que nas situações concretas não é possível separá-los (o fazer é impregnado de valores, o privado articula-se com o profissional, e por aí a diante). Logo, a actividade de trabalho não pode ser vista apenas de um ângulo, sendo necessário compreendê-la, o que exige um diálogo entre diversas disciplinas e diferentes campos de saberes. De se salientar que, para a real compreensão da actividade de trabalho é necessário envolver os protagonistas do trabalho em análise para compreender e transformar positivamente o trabalho (Glanzner, 2014).

A noção de actividade de trabalho está também vinculada ao seu carácter de mediação entre o micro (o espaço e o tempo onde ocorre o dito processo de trabalho) e o macro (o seu contexto social, económico e político), entre o local e o global. Se aparentemente a noção de actividade se refere a um plano muito específico e ao local do trabalho (o nível micro), o seu sentido tem sido renovado pela indicação de que o foco sobre o micro remete para o macro, e vice versa. Ou seja, o foco sobre a actividade de trabalho permite tanto compreender as condicionantes económicas e sociais dos processos produtivos quando reconhecer a história singular que se faz no quotidiano desses processos (Pizo & Menegon, 2010).

É, nesse sentido, que a se deve ter uma perspectiva de “vai e vem” entre o micro e o macro: um dado olhar sobre as dificuldades e possibilidades encontradas nas situações concretas de trabalho, procurando aí identificar as marcas da história da sociedade (o seu desenvolvimento científico e cultural, as relações de poder, etc.) e os seus valores. Assim, a actividade de trabalho é sempre um encontro entre o micro e o macro: no caso dos serviços de saúde, um encontro entre, por um lado, diferentes profissionais (com os seus saberes particulares e distintas formas de inserção do processo), os pacientes (com as suas histórias de vida e condições de saúde), chefias, equipas, tecnologias, etc.; e, por outro lado, políticas e programas de saúde,

legislações, a estruturação da rede assistencial, etc.. Desta forma, a actividade tem de ser vista como o encontro que envolve lógicas distintas: a lógica do cuidado, a lógica da gestão do serviço e a lógica financeira. O trabalho real acontece neste encontro e, é o trabalhador, de forma individual ou colectiva, que faz a gestão de tudo isso no seu dia-a-dia, tendo de se “desenrascar” na medida do possível (Brito, 2009).

Há ainda outra razão para a efervescência da noção da actividade de trabalho. Ela remete, simultaneamente, às normas antecedentes instituídas e enraizadas nos processos de trabalho e, à tendência dos seres humanos de criar novas formas diante os desafios do quotidiano, isto é, o trabalho real dá lugar a debates de normas e valores. Podemos compreender isto se pensarmos que existem normas propostas e impostas, ligadas à instância externa dos indivíduos, assim como existem normas instauradas na própria actividade ligadas ao próprio indivíduo, pois, cada um procura ser produtos das suas próprias normas, recentrando a situação de trabalho. Do mesmo modo que é impossível eliminar as variabilidades do meio do trabalho, não se pode viver sob um regime de total imposição (normas antecedentes). Diante delas, na real situação de trabalho, os trabalhadores recriam estratégias, podendo-se dizer que em toda a actividade de trabalho há sempre um “uso de si”. De um lado, o “uso de si pelos outros”, como nos é mais visível; e de outro lado, algo que é mais difícil de considerar, o “uso de si por si” – pois o trabalhadores precisam, no real contexto de trabalho, de se mobilizarem, fazer uso das suas próprias capacidades, dos seus próprios recursos e das suas próprias escolhas, para além de fazer uso de si mesmo para mobilizar as pessoas com quem interagem, para equacionar e gerir os problemas emergentes, as variabilidades, as diferentes lógicas e as diferentes normas presentes (Alvarez & Telles, 2004).

Toda esta discussão sobre o trabalho real e mais concretamente sobre o conceito de actividade de trabalho, mostra que este é um assunto complexo, pois envolve diversos aspectos, tendo de se considerar a dimensão colectiva do trabalho. A organização real do trabalho baseia-se na cooperação espontânea entre os trabalhadores, ao contrário da organização prescrita do trabalho, que procura definir de forma separada os papéis, os domínios de competências e as responsabilidades de cada um. A cooperação não pode ser prescrita, tem de ser uma construção fundada em regras produzidas pelos colectivos de trabalho a partir de critérios de eficácia e dos valores presentes. Esta cooperação depende de condições favoráveis à mobilização subjectiva que, por sua vez, está relacionada com a dinâmica do reconhecimento das

contribuições dos trabalhadores (invenções, improvisações e ajustes feitos) para que não haja uma paralisação da produção de trabalho. Trata-se de uma dinâmica que passa necessariamente pela visibilidade do que se faz, que exige a possibilidade de confiança, compreender a existência de um espaço público interno no meio de trabalho, passando por um julgamento (por parte dos pares, hierarquias e público) sobre o acto profissional e o seu resultado, ou seja, pelo reconhecimento da contribuição, logo, o trabalho real apresenta também uma dimensão subjectiva e intersubjectiva (Brito, 2009).

Deste modo, é muito importante e difícil compreender o trabalho real, especialmente quando este envolve uma poderosa componente relacional, como o trabalho em saúde. O fundamental é não negar que desvios, ajustes, transgressões e pequenas decisões fazem parte desse universo, pois o trabalho humano é sempre necessário para fazer face aos acontecimentos (Glanzner, 2014).

Ao procurar compreender-se o descompasso entre o trabalho prescrito e real, pode-se perceber que esse agrega dificuldades ao trabalho que levam à redução da margem de manobra para responder, de forma satisfatória, às exigências presentes nas reais situações de trabalho, gerando uma sobrecarga do mesmo e o aumento do custo humano da actividade, ou seja, o descompasso entre o trabalho prescrito (tarefa) e o trabalho real (actividade) pode intervir de forma positiva ou negativa nas vivências de prazer e/ou de sofrimento nos diferentes profissionais (Schneider, 2006).

Na sua dimensão negativa, quanto maior for o desajuste entre a tarefa e a actividade, maior será o custo humano do trabalho. O sofrimento é manifestado por meio de sintomas como a ansiedade, a insatisfação, a desvalorização e o desgaste no trabalho. Já na sua dimensão positiva, quanto menor for o descompasso entre a tarefa e a actividade, menor será o custo humano, o que certamente potencializa as vivências de prazer, garantindo uma sensação de bem-estar, motivação e de satisfação no trabalho (Pizo & Menegon, 2010).

Assim, na procura de analisar a prática profissional, é necessário olhar para o que o trabalhador faz mas, também, para aquilo que o preocupa, procurando compreender a distorção entre o que é desejado e o que é feito. É fundamental levar isto em consideração uma vez que muitas pesquisas procuram apenas compreender o trabalho focando-se apenas em olhar para o que o profissional faz, sem a preocupação de entender que o uso de determinadas estratégias utilizadas pelo mesmo são utilizadas como estratégias de mediação a fim de realizar as manobras necessárias como

resposta ao trabalho prescrito imposto por cumprimento de prazos e obediência de normas e regras (Santos, 2012).

Somente a partir da análise crítica destes conceitos nos é permitido identificar a compatibilidade ou incompatibilidade entre a tarefa e a actividade, sendo-nos só aí possível desenvolver acções que levem os profissionais a uma reflexão consciente da prática, com possibilidade de atribuir novo significado através das mudanças de visão do mundo real (Alvarez & Telles, 2004).

2.1.2. A função psicossocial do trabalho

A natureza do ambiente laboral não é exclusiva nem primordialmente de carácter físico. De facto, existem numerosos componentes do ambiente cuja natureza é eminentemente social e outros que carregam o seu verdadeiro sentido no âmbito social e num sistema de interpretações sociais. Com isto, não só cabe falar em ambiente social em termos dos seus elementos constituintes mas, que tem de ter em conta os processos de interacção entre a pessoa e o seu ambiente, mediante os quais o dito ambiente é subjectivo e construído. Não podemos esquecer que na sociedade dita moderna, o ambiente da conduta laboral é, com frequência, um ambiente organizacional. Trata-se de um ambiente social e institucional mais estruturado e formalizado que outros, em que as pessoas vivem e convivem e, cujos elementos básicos e constituintes são radicalmente sociais (Peiró, Prieto & Roe, 2004).

O trabalho representa, na actualidade, um dos aspectos mais importantes da vida pessoal, grupal, organizacional e social, sendo um dos pilares fundamentais em que se assenta a sociedade dos dias de hoje. Isto verifica-se pela quantidade de tempo que as pessoas passam a trabalhar ao longo das suas vidas. O trabalho representa uma grande parte da actividade humana das pessoas adultas mas, também, o tempo que uma pessoa passa a planificar, a formar-se e a preparar-se para o trabalho começa numa idade “precoce” e ocupa também uma boa parte da sua vida (Araújo, Aquino, Menezes, Santos & Aguiar, 2003).

O estudo do significado do trabalho e dos valores laborais é um tema de interesse que, nas últimas décadas, tem gerado um grande volume de investigações psicossociais. O ênfase do seu estudo centra-se, fundamentalmente, em analisar as estimativas que os trabalhadores fazem do trabalho. As razões que apontam a necessidade de explorar o significado do trabalho vêm justificadas fundamentalmente pelo seu impacto sobre as condutas individuais e sociais (Clot, 2006).

A investigação sobre o fenómeno do trabalho tem destacado as diferentes funções que este desempenha para os indivíduos, para as organizações e para a sociedade. Muitos têm sido os estudos que se têm centrado, directa ou indirectamente, nas funções do trabalho, dando destaque ao carácter positivo das mesmas. Deste modo, podemos referir onze funções positivas que o trabalho pode fornecer às pessoas (Salanova, Gracia & Peiró, 2004).

Em primeiro lugar, está a *função integrativa ou significativa* que o trabalho cumpre. Esta função refere-se ao trabalho como uma fonte que pode dar sentido à vida, na medida em que permite às pessoas realizarem-se pessoalmente através do mesmo. O trabalho pode ser para a pessoa uma fonte de auto-estima e realização pessoal. Por intermédio do trabalho, as pessoas podem realizar-se, dar propósito às suas vidas e serem criativas, cumprindo esta função quando é intrinsecamente satisfatório e se converte em fonte de satisfações positivas. Em suma, o trabalho pode assumir uma experiência vital significativa (Bendassolli & Guedes Gondim, 2014).

Em segundo lugar o trabalho cumpre a *função de proporcionar status e prestígio social*. O estatuto social de uma pessoa está determinado, em parte, pelo trabalho que desempenha. Este estabelece categorias e subdivisões enquanto característica social que ocupa uma pessoa na sociedade. Esta função do trabalho pode implicar, na verdade, que este se converte numa fonte de auto-respeito, o bem do reconhecimento e respeito pelos outros. O progresso e a promoção no trabalho são valorizados porque implicam um aumento do prestígio social e laboral (Salanova, Gracia & Peiró, 2004).

O trabalho é também uma fonte de *identidade pessoal*. É uma das áreas de maior importância para o desenvolvimento e para a formação da nossa identidade. Como somos ou como nos vemos tem muito a ver com o como somos, como nos vemos e como nos vêm no trabalho. As experiências laborais, os nossos êxitos/sucessos e fracassos no trabalho contribuem, em certa medida, para o desenvolvimento da nossa própria identidade (Teixeira, Boery, Casotti, Araújo, Pereira, Ribeiro, Rios, Amorim, Moreira, Boery & Sales, 2015).

Em quarto lugar o trabalho cumpre uma *função económica*, com um duplo significado para o indivíduo: manter um mínimo de sobrevivência e, conseguir bens de consumo. A pessoa realiza o trabalho em troca de uma remuneração que lhe permite garantir a sua independência económica e o controlo da sua vida, assim como a possibilidade de decidir o que fazer em actividades e tempos livres (Sato, Andrada, Évora, Neves & Oliveira, 2011).

Em quinto lugar, o trabalho também pode ser uma fonte de *oportunidades para a interacção e para os contactos sociais*. Grande parte das interacções com os outros dão-se no contexto profissional. As pessoas no trabalho mantêm interacções com os seus supervisores, com os seus colegas, subordinados e clientes. É uma função importante para a pessoa uma vez que supõe uma oportunidade de interagir com outros fora do núcleo familiar. O trabalho tem aspectos emocionais e, se essas

relações forem enriquecedoras, podem melhorar também a vida extra-laboral (Peiró, Prieto & Roe, 2004).

Em sexto lugar o trabalho tem uma *função de estruturar o tempo*. Estrutura o dia, a semana, o mês, o ano, inclusivamente o ciclo vital das pessoas. Ajuda, também, a estruturar outros âmbitos das suas vidas, que agrupam o seu tempo ao tempo de trabalho, tal como a planificação familiar, as férias ou o tempo de lazer em geral. O trabalho tem um papel dominante em estruturar o tempo das pessoas em função de quando trabalham, pois é assim que elas determinam quando têm tempo livre, quando têm férias ou quando podem estar com as suas famílias. Assim, a actividade profissional das pessoas estrutura o tempo em períodos temporais regulares e previsíveis e, provê um marco de referência temporal útil para as suas vidas (Clot, 2006).

Em sétimo lugar, o trabalho tem a *função de manter o indivíduo numa actividade mais ou menos obrigatória*. Fornece um quadro de referência útil de uma actividade regular, obrigatório e com um propósito. O trabalho pode ser também um dever dos indivíduos perante a sociedade, cumprindo, então, uma função de servir a sociedade mediante o trabalho. Por outro lado, as pessoas estão obrigadas a trabalhar se querem manter outras funções vitais (Teixeira, Boery, Casotti, Araújo, Pereira, Ribeiro, Rios, Amorim, Moreira, Boery & Sales, 2015).

Em oitavo lugar o trabalho também cumpre a *função de ser uma fonte de oportunidades para o desenvolvimento de habilidades e destrezas*. Os indivíduos, no seu trabalho, põe em prática uma série de habilidades e destrezas para a sua execução. Estas habilidades podem já estar no indivíduo mas, a prática diária pode melhorá-las, ou também é possível que se adquiram para a ou na execução do trabalho (Salanova, Gracia & Peiró, 2004).

Em nono lugar, o trabalho cumpre a *função de transmitir normas, crenças e expectativas sociais*. O sistema de normas, crenças, valores, expectativas e ideias é transmitido também pelo trabalho. Neste sentido, podemos afirmar que o trabalho tem um papel socializador muito importante. No trabalho as pessoas comunicam entre si e, fruto dessa comunicação aparece a transmissão de expectativas, crenças, valores e informações não só relacionadas com o trabalho mas, também com outros âmbitos da vida como, a família, o tempo livre, a economia, a política, entre outros (Bendassolli & Guedes Gondim, 2014).

Em décimo e penúltimo lugar, o trabalho também cumpre a *função de proporcionar poder e controlo*. Mediante o trabalho podem-se desenvolver e adquirir algum grau de poder e controlo sobre outras pessoas, sobre outras coisas, dados e processos (Salanova, Gracia & Peiró, 2004).

Por último, podemos referir ainda que o trabalho pode cumprir uma *função de comodidade (conforto)*. Neste sentido as pessoas podem ter no trabalho a oportunidade de disfrutar de boas condições físicas, segurança no emprego e/ou um bom horário de trabalho (Sato, Andrada, Évora, Neves & Oliveira, 2011).

A maioria das funções referidas coincidem com o seu carácter ou valorização positiva, como a auto-realização, os contactos interpessoais, a fonte de identidade, etc.. Porém, o trabalho também pode ser disfuncional para os indivíduos em função das características que apresente. Quando este é repetitivo, desumano, humilhante, monótono e não potencia autonomia, pode ser disfuncional para a pessoa e implicar consequências negativas para a mesma (Peiró, Prieto & Roe, 2004).

Assim, como referido, parte da importância do trabalho para a pessoa depende das funções que cumpre para ela. Mas, apesar de cumprir toda uma série de funções positivas para os indivíduos, também, em certas ocasiões, pode ser negativo. A natureza do trabalho, as suas características e condições em que se dá vão determinar, em parte, as consequências ou os efeitos que este poderá ter para as pessoas. As funções do trabalho estão fortemente relacionadas com o significado que este tem para as pessoas e para os grupos sociais (Salanova, Gracia & Peiró, 2004).

2.2. As condições de trabalho

Depois dos pontos e questões que foram referidos e abordados anteriormente, podemos passar então para análise das condições de trabalho.

O trabalho, como forma de comportamento, podia ser analisado em referência a diversos sistemas. Todos os elementos destes sistemas constituem outros tantos factores ou determinantes do trabalho ou, como se diz mais concretamente, as condições de trabalho (Gasparini, Barreto & Assunção, 2005).

O problema das condições de trabalho é, antes de mais, social, económico e político. As soluções, de modo geral, debruçam-se nas relações de força existentes entre a empresa e a sociedade. O papel do Psicólogo, embora não determinante, pode contribuir e muito para uma melhor identificação das condições de trabalho, do seu papel e das suas consequências, para além de poder ajudar ainda à elaboração das soluções adequadas à sua modificação (Jardim, Barreto & Assunção, 2007).

O objectivo central da análise do Psicólogo é o comportamento dos trabalhadores, não fosse para estes especialistas o trabalho um comportamento que depende de condições, ou seja, as condições de trabalho. Desta forma, as condições de trabalho são um conjunto de factores que determinam o comportamento do trabalhador. Antes de mais, estes factores são constituídos pelas exigências impostas ao trabalhador, como o objectivo com critérios de avaliação (ter de executar algo com determinadas tolerâncias) e as condições de execução (ambiente físico, meios técnicos, regulamentos a ter em conta, etc.) (Sobrinho, Carvalho, Bonfim, Cirino & Ferreira, 2006).

Como já referido, por trabalho prescrito (tarefa), entende-se o conjunto de exigências que o comportamento terá de satisfazer. Já o comportamento, que vai ao encontro do trabalho real, depende também das características do operador humano, tais como, as físicas, as de personalidade, nível intelectual e conhecimentos, formação, etc.), que constituem uma classe de condições de trabalho no sentido em que são factores determinantes do comportamento. Deste modo, o comportamento do trabalhador, em resposta às exigências e de acordo com as suas características, tralhe determinadas consequências (carga de trabalho, fadiga, satisfação, entre outras) que, modificando as suas próprias características, podem reflectir-se no seu comportamento que, também se traduz por uma actuação, avaliável por um ou vários

critérios, que depende igualmente dos meios postos à disposição do trabalhador, em particular, do material que utiliza (Mauro, Paz, Mauro, Pinheiro & Silva, 2010).

A importância do trabalho e das condições de trabalho relacionadas com saúde ganhou destaque no novo código de ética médica, ao assinalar no item XII dos princípios fundamentais: O médico empenhar-se-á pela melhor adequação do trabalho ao ser humano, pela eliminação e controle dos riscos à saúde inerentes às actividades laborais; É vedado ao médico: deixar de esclarecer o trabalhador sobre as condições de trabalho que ponham em risco sua saúde, devendo comunicar o facto aos empregadores responsáveis (artigo 12) e deixar de esclarecer ao paciente sobre os determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença (artigo 13) (Lucca & Kitamura, 2012).

As influências do trabalho sobre a saúde dos trabalhadores são conhecidas desde a antiguidade e, ao longo do tempo, a compreensão das relações entre o trabalho e o processo saúde/doença foi crescendo progressivamente. Avanços em vários campos do conhecimento têm contribuído para isto, particularmente os da Epidemiologia, da Psicologia, da Sociologia, da Ergonomia, entre outros (Magnago, Lisboa, Griep, Zeitoune & Tavares, 2010).

Existe, deste modo, uma grande importância do conhecimento das inter-relações entre a saúde e o trabalho na prática diária. Como a maioria das doenças relacionadas ao trabalho apresentam um quadro clínico similar ao daquelas comuns, estabelecer o nexos com o trabalho muitas vezes não é tarefa fácil, em especial para o clínico que não está familiarizado com a anamnese ocupacional, com os factores de risco presentes no ambiente de trabalho e com as actividades desenvolvidas pelo paciente trabalhador (Ruiz & Araújo, 2012).

Desde a década de 80 que se assiste a uma progressiva importância atribuída à monitorização da saúde e segurança do trabalhador no seu local de trabalho a par de uma maior sensibilização, por parte das entidades responsáveis, para a necessidade de implementação de medidas mais eficazes de prevenção de riscos profissionais que contribuam não só para minimizar os elevados encargos económico-sociais deles decorrentes, como para promover o bem estar e qualidade de vida do trabalhador, condições estas essenciais quer à melhoria da sua produtividade quer ao reforço da sua competitividade (GEP, 2000).

À medida que a integração social, no seio da comunidade europeia, se desenvolve e o número de iniciativas ligadas ao ambiente de trabalho aumenta, maior é a

premência de dados mais abrangentes e homogêneos sobre as condições de trabalho, no espaço comunitário (Mauro, Paz, Mauro, Pinheiro & Silva, 2010).

Deste modo, a importância central atribuída a questões desta natureza pela OIT, aliada à necessidade de suprir carências de informação homogênea no espaço europeu, motivaram o lançamento, por parte da Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho, de vários inquéritos, o último dos quais no ano 2000, que abordam aspectos diversificados das condições laborais nos diferentes Estados-Membros da União Europeia, designadamente a organização do trabalho (duração, ritmos, níveis de exigência, tipo de tarefas), a exposição a agentes de risco, os principais problemas de saúde ocupacional, o emprego precário, o trabalho feminino, as relações sociais no local de trabalho, entre outros (Uva, 2006).

Entre 1992 e 1993, no âmbito do ano europeu da saúde, higiene e segurança no trabalho, o DETEFP (Departamento de Estatística do Trabalho, Emprego e Formação Profissional) levou a cabo o inquérito de avaliação das condições de trabalho, na óptica da empresa, tendo-se dado primazia a questões relacionadas com os riscos laborais e as estruturas preventivas existentes nas empresas (GEP, 2000).

Contudo, as crescentes necessidades de informação no domínio das condições de trabalho, justificaram a inclusão, no inquérito realizado em 1999/2000, de dados suplementares, de âmbito mais alargado, associados a aspectos da realidade laboral não cobertos anteriormente, tais como as condições ergonómicas do exercício da actividade, informação mais detalhada do posto de trabalho, grau de autonomia do trabalhador, nível de absentismo e mobilidade no trabalho e, ainda, de entre outros elementos adicionais recolhidos através de entrevista directas junto dos trabalhadores (Chagas & Reis, 2014).

O impacto das condições de trabalho reflecte-se na qualidade de vida e, conseqüentemente, na saúde dos trabalhadores, existindo uma estreita relação entre as condições de trabalho e saúde dos profissionais. Não só o desgaste físico e emocional, a má remuneração, a sobrecarga de trabalho, os horários e a distribuição do tempo de trabalho que são apontados como fatores que influenciam negativamente na qualidade de vida e, conseqüentemente, na saúde dos trabalhadores, como também os movimentos repetitivos, com posturas incorretas e sem pausas. Por conseguinte, a fadiga acumula-se, a capacidade para o trabalho diminui e aumenta o risco de desconforto e de dor, contribuindo para o aumento do absentismo ocupacional (Ruiz & Araújo, 2012).

Desta forma, o trabalho deve ser exercido em condições adequadas, caso contrário, a saúde do trabalhador pode ser prejudicada (Uva, 2006)

Geralmente, os problemas de saúde ocupacional aparecem associados a um conjunto de patologias oficialmente reconhecidas como doenças profissionais. As doenças profissionais em nada se distinguem das outras doenças, salvo pelo facto de terem a sua origem em fatores de risco existentes no local de trabalho. Estas doenças profissionais constituem apenas um dos aspetos das consequências negativas das más condições de trabalho sobre a saúde dos trabalhadores (Jardim, Barreto & Assunção, 2007).

Em Portugal, segundo o inquérito do Eurobarometer (2014), realizado entre os dias 3 e 5 de abril de 2014 e reuniu uma amostra de 26 571 pessoas dos 28 Estados-Membros, das quais 1 001 em Portugal, as condições de trabalho são más e, já não bastando isso, ainda pioraram. Mais de três quartos da população portuguesa (78%) declararam que as condições laborais pioraram nos últimos cinco anos e só 8% afirmam que melhoraram.

Para 61% dos inquiridos portugueses, as condições de trabalho (definidas pelo horário, organização, saúde e segurança no trabalho e relação com a entidade patronal) são más. Apenas 32% dizem ser boas. Quando questionados sobre o grau de satisfação ao horário de trabalho, 78% dizem estar totalmente satisfeito e 73% também estão satisfeitos com o equilíbrio entre a vida pessoal e profissional (Chagas & Reis, 2014).

Quanto ao envolvimento dos trabalhadores nas condições de trabalho, cerca de 53% dos trabalhadores não foi consultado sobre mudanças na organização do trabalho e/ou nas condições de trabalho nos últimos 12 meses. Mas quando o tema é a situação financeira da empresa, incluindo uma possível reestruturação, 52% dizem ter sido informados (Eurobarometer, 2014).

2.3. As condições de trabalho no meio hospitalar

Uma organização, como é o caso de um hospital, pode ser definida como um sistema composto por actividades humanas aos mais diversos níveis, constituindo um conjunto complexo e multidimensional de personalidades, pequenos grupos, normas, valores e comportamentos, ou seja um sistema de actividades conscientes e coordenadas de um grupo de pessoas para atingir objectivos comuns (Chiavenato, 1995).

Verifica-se, assim, que as organizações hospitalares são sistemas complexos compostos por diversos departamentos e profissões, tornando-as sobretudo uma organização de pessoas confrontadas com situações emocionalmente intensas, tais como vida, doença e morte, as quais causam ansiedade e tensão física e mental (Furtado & Júnior, 2010).

Segundo Júnior, Alchieri & Maia (2009), num estudo realizado em Hospitais do Brasil, a classe dos profissionais de saúde é classificada como uma das de alto risco de tensão e de adoecimento. Se o trabalho pode ser considerado como desencadeador de desgaste e tensão, o *stress* ocupacional pode acontecer quando há um desequilíbrio resultante da relação entre as exigências do trabalho e a habilidade efectiva do trabalhador enfrentar as situações stressantes. O sofrimento psicológico do trabalhador pode dar-se quando ele já não consegue transformar o seu trabalho, no sentido de conseguir adequá-lo às suas necessidades psíquicas e fisiológicas.

A lista de factores desencadeadores de riscos no trabalho destes profissionais é ampla, conferindo-lhes condições laborais inadequadas, destacando-se negativamente: a rotina das tarefas; as interrupções permanentes; o ritmo intenso; os conflitos interpessoais com os colegas da mesma equipa ou organização ou até mesmo as chefias; a dificuldade em dar resposta às dificuldades dos pacientes e dos seus acompanhantes e familiares; o contacto com a dor e a morte; a falta de pessoal nos quadros dos serviços; a falta de tempo livre para actividades extra laborais; e a não participação na tomada de decisão à cerca de mudanças institucionais (Felli, 2012).

Com base no conhecimento entre as dificuldades psicológicas do trabalho e o controlo auto referidos pelos trabalhadores do contexto hospitalar, podem ser sugeridas medidas de flexibilização na organização do trabalho de forma a reduzir a sobrecarga psicossomática e, conseqüentemente, evitar doenças resultantes das agressões sofridas neste ambiente (Furtado & Júnior, 2010).

Muitos profissionais deste contexto consideraram que no seu trabalho têm pouca liberdade para decidir como devem fazê-lo. No entanto, se tivermos em conta a real dinâmica do trabalho destes profissionais, talvez consigamos, em parte, explicar o porquê. Existe todo um planeamento de actividades no decorrer dos turnos de trabalho destes, porém, muitas vezes, eles não conseguem colocar em prática esse planeamento devido a possíveis inúmeras situações (como situações de emergência, interrupções inesperadas, falta de pessoal, entre outras), causando o sentimento de impotência e de pouco controlo (Campos & David, 2011).

No desenvolvimento do trabalho, além da modificação da natureza, o homem modifica-se a si próprio, na medida em que o trabalho proporciona o desenvolvimento de suas potencialidades latentes. É enfatizada a importância da natureza do trabalho e das condições em que é exercido no desenvolvimento das capacidades dos trabalhadores (Weber & Grisci, 2010).

Há a constatação que a prática dos profissionais de prestação de serviços de assistência à saúde sofre o impacto das políticas sociais e económicas capitalistas do país. Um desses impactos é constatado pelas más condições de trabalho, o que é inquestionável tendo em conta o número crescente de situações constrangedoras que afectam a saúde dos trabalhadores, como por exemplo, o intenso ritmo de trabalho, a necessidade de dar resposta a várias coisas ao mesmo tempo ou o ter de adoptar posturas penosas, desencadeando-se, muitas das vezes, em doenças profissionais (Magnago, Lisboa, Griep, Zeitoune & Tavares, 2010).

Dado o número de horas que estes profissionais tem de trabalhar seguidas, faz com que se torne mais intenso o impacto das condições de trabalho. Existem casos de falta de trabalhadores que implica na intensificação do ritmo de trabalho e de um aumento de tarefas, levando, portanto, ao seu desgaste. Juntando a isto a queixa que tem sido frequente destes profissionais relativamente à remuneração que lhes é aplicada, também acaba por agravar as situações de desânimo e desmotivação destes. Apesar disso, não deixa de ser frequente vermos que muitos destes trabalhadores acabam por dar muitas horas extra à casa, acabando, muitas vezes, por serem horas que trabalham mas, que não são pagas (Campos & David, 2011).

Como consequências, além dos possíveis casos de doença, as condições de trabalho e a exposição dos trabalhadores a estas cargas implicam ainda: a diminuição da capacidade para o trabalho - apesar de muitos destes profissionais terem restrições das suas actividades, realizam as suas tarefas com dor, desgastados, exauridos da

energia vital mas, demonstram que têm um comprometimento com os colegas e com os pacientes, acabando por só se afastarem quando atingem uma situação de “pico”; o absentismo – é cada vez mais frequente a ausência dos trabalhadores por motivos de doenças relacionadas com a sua prática laboral; a implicação e os custos dos afastamentos – tendo em conta que as remunerações destes não se têm demonstrado as melhores, presenciamos cada vez mais casos de profissionais a exercerem a sua actividade mesmo estando doentes, pois não querem deixar de trabalhar não só pelo comprometimento com os colegas e os pacientes mas, também, pelo impacto que esse afastamento poderá ter no salário ao final do mês, apesar de ser sabido que, os trabalhadores têm direito a x dias mas, também com a procura de vários profissionais para estes lugares, acaba por levar também ao receio destes perderem os seus lugares a longo prazo (Weber & Grisci, 2010).

O meio hospitalar é também definido como a possibilidade diária e ininterrupta de ter como objecto de trabalho uma pessoa gravemente doente, que precisa de cuidados imediatos e que corre o risco de vida. Para que o processo de trabalho possa acontecer, são necessárias condições adequadas que incluem desde o ambiente, o pessoal, ao material necessário para desempenhar as devidas actividades (Felli, 2012).

Nos dias de hoje, é cada vez mais visível a percepção destes profissionais quanto à realidade dos seus contextos laborais, o que tem levado à desmotivação, à insegurança e ao baixo rendimento dos mesmos. O processo e organização do trabalho é configurado hoje em dia por uma carga de trabalho excessiva, um ritmo intenso de trabalho, um controlo rigoroso das actividades, a pressão temporal, a necessidade de ter profissionais polivalentes, entre outras (Magnago, Lisboa, Griep, Zeitoune & Tavares, 2010).

Os trabalhadores do meio hospitalar não são passivos diante das imposições organizacionais e, por isso, procuram proteger-se dos efeitos nocivos, utilizando a sua inteligência, a prática, a personalidade e a cooperação (Weber & Grisci, 2010).

O hospital tem sido objecto de estudo de inúmeros estudos que envolvem: os pacientes, os tratamentos e a sua relação com a equipa de profissionais; as práticas médicas mais eficientes e eficazes; o controlo de infecções; a organização hospitalar como espaço de disciplina, onde interactivam relações de saber-poder, saúde-doença; e a objectificação dos pacientes vs humanização da assistência. Assim, o hospital também tem sido alvo de interesse enquanto espaço de trabalho que, paradoxalmente

ao seu produto – que é a saúde, tem produzido condições potenciais de adoecimento dos seus trabalhadores (Campos & David, 2011).

Com efeito, nos últimos anos, muito se tem falado de "humanização hospitalar", verificando-se que os estudos desenvolvidos sobre esta temática têm como objectivo primordial a qualidade de serviços prestados a quem procura e necessita de cuidados hospitalares, ou seja, os seus utentes. As condições de trabalho, a motivação e, em consequência, o bem-estar dos profissionais de saúde tem sido deixados para segundo plano, ou até mesmo completamente descurado (Weber & Grisci, 2010).

De salientar, que o próprio Ministério da Saúde, embora se preocupe com as duas dimensões fundamentais do trabalho na organização hospitalar (o utente e o trabalhador da instituição), em relação à dimensão humana dos trabalhadores hospitalares, esta não parece ser contemplada, interessando, sim, os aspectos técnicos, o saber e o saber fazer. Sendo assim, o ser, o saber ser, o saber estar e sobretudo o bem-estar dos profissionais de saúde, são aspectos que não foram fonte de preocupação até há bem pouco tempo (Cardo, 2004).

Historicamente isto é visível, pois os profissionais de saúde não eram considerados como uma categoria de alto risco para acidentes e doenças profissionais. Só no final da década 40 do séc. XX, é que o trabalho hospitalar começou a ser visto de outro modo, face ao agravamento da saúde de um profissional, após se ter picado com uma agulha, sendo este um dos primeiros casos bem documentados sobre a transmissão de Hepatite “B”. No entanto o primeiro plano para a diminuição da exposição aos riscos inerentes ao trabalho hospitalar, só foi elaborado na década de 80, do séc. XX, com o aparecimento do Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), tendo sido só a partir daqui que se começou a dar um maior ênfase aos riscos de natureza hospitalar (Figueiredo, 1992).

3. Os Riscos e os Factores de Risco no meio laboral

O risco é um conceito pluridimensional que pode ser analisado a partir de diferentes disciplinas, configurando diversas unidades de estudo. É, também, um conceito descritivo e normativo, uma vez que define uma situação e estabelece, complementarmente, as normas a seguir para a modificar no sentido desejado. O conceito de risco nasce, a partir da combinação da probabilidade de concretização de uma condição perigosa e da gravidade dos danos dela resultantes (Freitas, 2009).

Este termo está inerente ao ser humano e as suas atividades. Existem várias definições para o conceito de “risco” devido à pluralidade de situações em que este conceito pode ser aplicado (Arezes, 2002).

É, ainda, um conceito composto por dois elementos, que têm de estar sempre presentes na análise do mesmo, sendo eles: a existência de um acontecimento que crie consequências negativas e que essas consequências tenham alguma gravidade. Com isso quer-se dizer que para existir risco tem de existir uma relação entre a exposição do sujeito ao risco e essa exposição tem de lhe causar algum tipo de dano (Gollac & Bodier, 2011).

Existe alguma dificuldade na diferenciação entre os conceitos de: factor de risco, risco e dano, devendo-se a mesma ao facto de a conceptualização não ser exclusiva dos riscos psicossociais, estando, também, presente em outros riscos profissionais. No entanto, com o passar do tempo e de uma forma geral, nos riscos profissionais, essa dificuldade tem sido atenuada ou até mesmo eliminada, através da familiarização dos termos através da sua aplicação, esperando-se que o mesmo aconteça no caso dos riscos psicossociais (Neto, 2015).

Na concepção e valoração do risco poderemos considerar as seguintes perspectivas:

- Análises estatísticas que antecipam lesões potenciais (e daí o seu carácter unidimensional) e utiliza frequências relativas como meio de especificar probabilidades. Incluem a vertente estatístico-prática, assente em previsões estatísticas, a toxicológica e a epidemiológica, utilizada para valorar riscos para a saúde e para o ambiente e, a probabilística, que abrange a valoração probabilística do risco;

- Análises económicas que defendem que os acontecimentos se podem considerar como “utilidades esperadas”, as quais descrevem o grau de satisfação ou

insatisfação associados a uma possível actividade. Deste ponto de vista, falar de um risco é falar de um possível acontecimento não desejado, o qual se pode antecipar como uma utilidade esperada perdida, susceptível de ser medida em probabilidades. É também um conceito unidimensional e universal;

- Análises psicológicas que abordam os efeitos indesejáveis que as pessoas associam a uma causa específica. É irrelevante se estas relações causa-efeito reflectem ou não a realidade, sendo certo que os indivíduos respondem de acordo com a sua percepção do risco e não a um nível objectivo do mesmo, nem à sua valoração científica. Este conceito é multidimensional por respeitar as múltiplas percepções subjectivas;

- Análises sociológicas que se baseiam no facto de os indivíduos lerem a realidade filtrada por significados sociais e culturais transmitidos por diferentes meios: a família, a escola, o trabalho, etc.. Nestes estudos são tidas em conta as experiências de desigualdades, injustiças e incompetências socialmente percebidas em situações de risco, entre diferentes grupos sociais;

- Análises culturais que assumem que os modelos culturais contribuem para estruturar a mente dos indivíduos e organizações sociais, adoptando certos valores e rejeitando outros. Estes valores são os que determinam a percepção e a interpretação dos riscos (Pires, 2013).

Uma situação de risco incorpora uma multiplicidade de dimensões. Em contexto laboral o risco é composto por várias unidades de análise: a possibilidade de lesão de pessoas; a possibilidade de perda da utilidade esperada numa determinada situação; a percepção individual subjectiva do risco; a percepção social das desigualdades e injustiças, a incompetência ou falta de legitimidade percebida por parte de quem toma decisões para eliminar ou minimizar o risco; e as diferenças entre o que é e o que não é o risco e o seu significado cultural (Santos & Almeida, 2016).

Para além das suas características objectivas, os riscos laborais têm dimensões subjectivas e sociais que incidem no funcionamento da empresa em geral e dos sistemas preventivos em particular. Cada grupo percebe os riscos do seu modo, que não coincidem necessariamente com os identificados, através de meios técnico-científicos, pelos serviços de prevenção da empresa (Neto, 2013).

Por outro lado, os diversos trabalhadores interpretam tais riscos de maneira diversa, a qual nem sempre coincide, na avaliação, com a importância atribuída pelo empregador. Por isso, a avaliação de riscos deve assentar num modelo participativo,

com canais de comunicação bem estruturados em todos os sentidos hierárquicos e funcionais, bem como com um sistema de tomada de decisões que permita integrar as diferentes percepções e interpretações da realidade social, como meio de o tornar operacional (Silva, Giuntini & Meneguim, 1997).

Nas instituições de saúde como os hospitais, é importante que se tenha o cuidado de utilizar esse mesmo modelo participativo, pois estas são estruturas complexas com características peculiares, não só pela sua tipologia mas também pelo funcionamento que apresentam. São centros de trabalho que concentram um grande número de profissionais de diversas formações e de diferentes categorias profissionais, com as mais variadas funções. Neste meio eles têm de lidar, diariamente, com os doentes na prestação de cuidados diretos de saúde estando, assim, mais expostos a uma multiplicidade de riscos profissionais que podem existir em ambiente hospitalar. De facto, o meio hospitalar concentra múltiplos riscos laborais, estando alguns relacionados com as atividades específicas realizadas nesse meio, como são exemplo as radiações ionizantes utilizadas em serviços de radiologia. Dada a diversidade de trabalhadores, de atividades, de locais e tecnologias utilizadas, é de se referir que existe um desafio acrescido na elaboração de um programa eficaz de segurança e saúde do trabalho para este meio (George, 2014).

A saúde do trabalho depende de um equilíbrio dinâmico óptimo entre a capacidade do ser humano e o conjunto de constrangimentos (de vida, ambientais e profissionais) aos quais ele se encontra submetido. A capacidade é influenciada por factores diversos, nomeadamente, a idade, a formação, a vida privada, estado de saúde anterior e actual, a motivação e o modo de vida. Os constrangimentos podem ser materiais ou psíquicos e agir sobre o indivíduo a nível interior e exterior, tendo a sua origem nas exigências da situação ou nos factores ambientais e psicossociais (Freitas, 2009).

Os constrangimentos criados pelas exigências da situação podem ser: de natureza física – compreendem os riscos relacionados com a actividade física desenvolvida pelo trabalhador, os esforços estáticos ou dinâmicos desencadeadores de lesões ou de fadiga; e de natureza mental – uma vez que os sentidos e o sistema nervoso central devem receber e tratar informações, tomar decisões e dar respostas adaptadas a bem coordenadas, abrangendo os factores que implicam sobrecarga mental (trabalho por turnos, trabalho nocturno, ritmos de trabalho e monotonia) (Santos & Almeida, 2016).

Os factores de risco podem então ser:

- Físicos – temperatura, ruído, ventilação, humidade, etc.;

- Químicos – substâncias perigosas, agentes cancerígenos, etc.;
- Biológicos – bactérias, vírus, etc.;
- Ergonômicos – movimentação manual de cargas, posturas de trabalho, movimentos repetitivos, etc.;
- Psicossociais – comunicação, autonomia, estilo de liderança, as relações entre indivíduos, falta de motivação, entre outros (Freitas, 2005).

Numa análise do risco para a saúde há que ter em conta: a frequência, ou seja, a possibilidade com que se pode produzir; a gravidade das consequências; a interação dos vários factores em presença; e o tempo de exposição. A protecção da saúde visa, desta forma, impedir o surgimento de danos decorrentes das condições laborais (Pires, 2013).

De entre os novos factores de risco cuja atenção mobiliza parte significativa dos agentes com competências específicas, há que se destacar alguns exemplos como: os riscos emergentes da intensificação do trabalho, da repetitividade de tarefas, ritmo e duração do trabalho, com consequências graves a nível das lesões músculo-esqueléticas; os riscos psicossociais, decorrentes da pressão psicológica, assédio moral e violência no trabalho, com graves consequências para a saúde mental (que serão abordados de forma mais pormenorizada num ponto específico mais à frente, pois é o foco de grande importância deste trabalho); e os riscos decorrentes da exposição a novas substâncias perigosas, produto da investigação aplicada a novas tecnologias, que descurem, com frequência, as consequências para a saúde dos trabalhadores (Santos & Almeida, 2016).

Os profissionais de saúde são um grupo que, devido à natureza das suas profissões, prestam horas sobre horas de assistência aos seus doentes, o que determina a que haja uma longa permanência no ambiente hospitalar, o que predispõem estes trabalhadores a uma maior vulnerabilidade aos factores de risco laborais de ordem biológica, química, ergonómica e psicossocial (Takeda, Robazzi & Lavrador, 2001).

O problema é que os profissionais hospitalares nem sempre encaram esses riscos com a seriedade com que deviam mas, isso, pode dever-se ao facto do risco ocupacional ser ou estar:

- Oculto – por ignorância, por falta de conhecimento ou de informação; nestes casos o trabalhador nem sequer suspeita da sua existência. A irresponsabilidade, incompetência e o lucro a qualquer preço contribuem para que muitos dos riscos

ocupacionais continuem escondidos;

- Latente – nesta modalidade, o risco só se manifesta e causa danos em condições de stress. O trabalhador sabe que está "a correr riscos" mas, as condições de trabalho assim o forçam a isso;

- Real – conhecido de todos mas, sem possibilidade de controlo, quer por inexistência de soluções para tal, quer pelos altos custos exigidos ou, ainda, por falta de vontade política (Faria, 2008).

Tendo em conta que esses factores de risco são responsáveis pela insalubridade do ambiente hospitalar, torna-se pertinente fazer uma abordagem dos mesmos.

Após a breve abordagem dos diferentes riscos e factores de risco presentes nos possíveis e diferentes contextos de trabalho, seguidamente irei fazer uma breve análise daqueles que se demonstraram mais significativos e irão ser abordados na parte prática deste trabalho de investigação, sendo eles: o ruído, o ambiente térmico, os agentes físicos e os agentes biológicos.

O Ruído

O ruído ocupacional consiste em todo o fenómeno que produz uma sensação auditiva desagradável ou de algum modo incomodativa, sendo considerado como um som indesejável, constituindo num obstáculo às comunicações verbais ou sonoras (Silva, 2013).

O ruído está na origem de um incómodo significativo para o trabalhador, desencadeador de trauma auditivo e alterações fisiológicas extra-auditivas. Do ponto de vista fisiológico o ruído é um fenómeno acústico que produz uma sensação auditiva desagradável ou incomodativa. Em termos gerais é um som incomodativo, desconfortável e, frequentemente, nocivo para o trabalhador (Andrade, Finkler, Closs, Marini & Capp, 1998).

A par destas consequências, o ruído tem, também, efeitos a nível da inteligibilidade da palavra (importante para garantir a segurança) e da prestação do trabalho, por favorecer a redução da concentração, a falta de compreensão de instruções e avisos e a incapacidade de detectar algumas anomalias no processo produtivo do trabalho (Freitas, 2009).

Os níveis de ruídos elevados são reconhecidos como um dos riscos mais significativos e frequentes em ambientes de trabalho, particularmente na área

industrial. No entanto, os hospitais também constituem uma enorme fonte de produção de ruído, devido aos múltiplos equipamentos que possui nas diferentes unidades e pessoal que circula pelas mesmas. Vários estudos têm sido realizados ao longo dos últimos anos sobre a exposição ao ruído de pacientes e profissionais de saúde em ambientes hospitalares (Arezes, Bernardo & Mateus, 2012; Castro, Simões, Figueiredo, Tavares, Braga, Negrão, Gonçalves, Bizzaro & Ferreira, 2013).

Eliminar o ruído implica caracterizar a exposição durante o exercício de uma actividade profissional para avaliar o risco de perda de audição ou de outros desvios de saúde. Tal caracterização é aplicável a situações de perda de audição, quanto aos postos de trabalho em que o nível de exposição diária e o valor máximo do pico de nível de pressão sonora possam representar tais riscos. É também aplicável a situações de incomodidade relativamente aos postos de trabalho situados no interior de edifícios onde se exerçam actividades que requeiram concentração e sossego (Neto, 2013).

O ruído pode desencadear uma perda parcial de audição ou efeitos auditivos permanentes. Os efeitos passageiros traduzem-se por perdas ligeiras de audição ou zumbido. As capacidades auditivas restabelecem-se, em geral, após alguns minutos, ainda que as manifestações possam durar alguns dias. Se a exposição se prolongar, a perda de acuidade pode evoluir para uma alteração auditiva definitiva (Pires, 2013).

A afectação produzida em cada indivíduo depende da sua susceptibilidade individual. Para a mesma exposição nem todos reagem da mesma forma. Para avaliar em que medida as células do ouvido respondem ao ruído são realizados exames audiométricos cujos resultados permitem compreender a eventual existência de dano (Andrade, Finkler, Closs, Marini & Capp, 1998).

O risco a que os trabalhadores estão sujeitos depende: do tempo de exposição – quanto mais longo, maior o risco; do tipo de ruído – contínuo, intermitente ou súbito; distância da fonte do ruído – quanto menor, maior o risco; sensibilidade individual – varia com a idade e de indivíduo para indivíduo; e dos danos na audição – lesões já existentes no aparelho auditivo (Freitas, 2005).

No que diz respeito à qualidade do ambiente, a OIT recomenda que nos locais de trabalho onde são executadas actividades que exijam solicitação intelectual e atenção constantes, como é o caso dos hospitais, se verifique a condição de conforto de o nível de ruído do ambiente interno não ultrapasse os 35 dB (Santos, 2003).

No ambiente hospitalar, as áreas que estão expostas aos níveis de ruído elevados são as centrais de compressão de ar e geração de vácuo, as oficinas de manutenção e

as centrais de geração de energia calorífica (caldeiras), geradores eléctricos, e lavandarias (Freitas, 2009).

Porém, nas unidades de cuidados intensivos, nos serviços de urgência, bem como em outros serviços, existem ruídos de menor intensidade, que podem tornar-se incómodos devido aos alarmes sonoros presentes nos equipamentos de monitorização. Outro factor a ter em conta é o ruído presente no ambiente hospitalar resultante quer do desenvolvimento normal das actividades terapêuticas, quer o que resulta das visitas, que também contribui para um ambiente não terapêutico, muitas vezes descuidado nas diversas instituições hospitalares (Benavides, 2000).

Tendo em conta o conforto acústico nos diversos ambientes, são recomendados os seguintes níveis de ruído: nos quartos de dormir, entre os 20 e os 30 dB; no ambiente hospitalar, os valores de ruído medidos em decibéis devem estar compreendidos entre os 30 e os 35 dB; nas enfermarias, berçários e serviços de cirurgia, os valores devem estar entre os 35 e os 40 dB; nas salas de aula entre os 40 e os 45 dB; nos laboratórios e áreas para uso do público entre os 40 a 50 dB; e nas áreas de serviço entre os 45 e os 55 dB. Considera-se que o valor inferior de cada um desses intervalos representa o nível sonoro para o conforto, enquanto que o valor superior significa o nível aceitável para aquela finalidade. Níveis superiores aos mencionados são tidos como de desconforto (Silva, 2013).

Ambiente Térmico

O estudo do ambiente térmico no interior dos locais de trabalho deve atender à necessidade de obtenção de condições aceitáveis em termos de saúde e conforto e, deve ser adequado ao organismo humano, em função do processo produtivo, dos métodos de trabalho utilizados e da carga física a que os trabalhadores estão sujeitos (Fernandes, 2014).

As organizações têm vindo, de forma progressiva, a dar maior importância à relação entre o ambiente térmico e problemas de saúde e produtividade. Para isto, tem contribuído as investigações realizadas da relação entre o ambiente térmico, a saúde e o desempenho, sendo este estudo complexo, pois depende de inúmeros factores individuais, como por exemplo, a idade, o peso, o sexo, a frequência cardíaca e a taxa de sudoração. Em consequência desta multiplicidade de factores, a reacção varia

significativamente de indivíduo para indivíduo (Costa, Couto, Carvalho, Costa, Diogo & Baptista, 2013).

A avaliação é aplicável quer às situações de conforto térmico quer às situações de *stress* térmico. As primeiras reportam-se aos locais de trabalho onde se verifique a exposição a ambientes térmicos moderados e de forma a obter condições de conforto aceitáveis para 80% ou mais dos seus ocupantes. O *stress* térmico pode ser encontrado em locais onde se verifique a exposição a ambientes quentes, onde se terá de avaliar o efeito do calor nos indivíduos durante períodos representativos da sua actividade (Gomes, 2015).

O principal problema colocado pelos ambientes térmicos é a hemeotermia ou manutenção da temperatura interna do corpo, a qual garante o funcionamento das principais funções do organismo. A hemeotermia é assegurada quando o fluxo de calor produzido pelo corpo é igual ao fluxo de calor cedido pelo ambiente, de modo a que a temperatura do corpo permaneça constante (Morgado, 2014).

Um ambiente térmico desajustado pode dar origem a: desconforto e mal-estar psicológico; absentismo elevado; redução da produtividade; aumento da frequência de acidentes; e efeitos fisiológicos (Ximenes, 2014).

O calor excessivo pode ser causa de um decréscimo do rendimento, dores de cabeça, náuseas, vertigens, sudação, fadiga cardíaca, desequilíbrio mineral e hídrico, queimaduras, distúrbios de estímulo-reacção e fadiga térmica. Por seu turno, o frio pode reduzir o tempo de reacção, aumentar a tensão, causar distúrbios do ritmo cardíaco, diminuir a sensibilidade, hipotermia e o congelamento (Fonseca, 2015).

No que diz respeito à qualidade do ambiente hospitalar a OIT também recomenda que nos locais de trabalho onde são executadas actividades que exijam solicitação intelectual e atenção constantes, se verifique as seguintes condições de conforto: o índice de temperatura efectiva no Inverno entre 20°C a 24°C e no Verão entre 23°C e 26°C; a velocidade do ar no Inverno deve ser de 0,12 m/s (metros por segundo), e no Verão de 0,25 m/s; a humidade relativa do ar entre 40% a 65% e a renovação do ar deve ser de 25 metros cúbicos por pessoa e por hora (Santos, 2003).

Quando nos referimos a calor no ambiente hospitalar, este está mais presente nas operações de limpeza, desinfectação e esterilização dos artigos e áreas hospitalares. É utilizado ainda: com finalidade terapêutica, nos casos de berços aquecidos e incubadoras utilizadas nos tratamentos de recém-nascidos; em equipamentos de diatermia, que adoptam o uso de radiofrequências para produção de calor em tecidos

vivos; e, unidades electro-cirúrgicas ou raios laser empregados em sofisticadas técnicas cirúrgicas, visando, de modo geral, o corte e coagulação dos tecidos humanos (Avendanõ, 2002).

Nos hospitais a qualidade do ar deveria ser controlada regularmente para reduzir o risco de infecções, mas não é bem isso que acontece, pois não existe legislação sobre esta matéria. Segundo Santos (2003), actualmente, não existe lei sobre a qualidade do ar interior em espaços públicos mas, já há alguns anos que se encontra “na gaveta” um projecto-lei que visa, entre outros, estabelecer regras para construir edifícios (incluindo estruturas, materiais e sistemas de ventilação) e fiscalizar a qualidade do ar interior, com objectivo de proteger a saúde. Entre os vários edifícios, são citados os hospitais.

Agentes Químicos

Por agente químico entenda-se qualquer elemento ou composto químico, só ou em misturas, quer se apresente no seu estado natural quer seja produzido, utilizado ou libertado, inclusivamente libertado como resíduo, por uma actividade laboral, que seja ou não produzido intencionalmente ou comercializado (Freitas, 2009).

A toxicologia é uma ciência interdisciplinar que se ocupa da natureza e dos mecanismos dos efeitos tóxicos produzidos por substâncias químicas no ambiente laboral. O objectivo deste ramo é o de prevenir o surgimento de efeitos tóxicos, graças ao conhecimento das relações quantitativas entre a intensidade de exposição e o risco de danos para a saúde (Pinhal, 2016).

No processo tóxico, a substância tóxica e o organismo interagem entre si, dando origem a dois tipos de situações: ou o corpo absorve, metaboliza e expulsa a substância, ou absorve, metaboliza e retém o contaminante, deteriorando o órgão ou sistema onde se aloja. A acção tóxica ou toxicidade pode ser definida como a capacidade que uma substância tem para penetrar no organismo de um indivíduo, como consequência da sua manipulação ou utilização, provocando-lhe uma alteração da saúde. Os efeitos nocivos são determinados, por um lado, pelas características dos tóxicos, concentração no ambiente ou velocidade de absorção e, por outro, pelo tempo de exposição, susceptibilidade do indivíduo, vias de entrada e órgãos receptores (Camili, 2007).

Quando falamos em intoxicação, podemos nos referir a três tipos: a intoxicação aguda, caracterizada por uma exposição de duração limitada e uma absorção rápida das substâncias, desencadeando uma alteração grave; a intoxicação subaguda, quando a exposição se repete durante um período que varia entre alguns dias e semana, com uma concentração elevada, sendo os efeitos menos graves e os sintomas surgem passado algum tempo; e a intoxicação crônica, quando a exposição se estende por um período que vai de vários meses a anos e as doses são de baixa concentração (Silva, 2014).

Segundo os efeitos que têm na saúde, os agentes químicos podem classificar-se em: irritantes, os quais provocam a irritação dos tecidos onde actuam, como é o caso do cloro ou do formaldeído; cancerígenos, que contribuem para o surgimento de cânceres, como o benzeno e o cádmio; asfixiantes, que provocam asfixia, como o butano e o monóxido de carbono; sensibilizantes, que produzem reacções alérgicas, como os isocianatos; corrosivos, que produzem a corrosão do tecido onde actuam, como o caso dos ácidos; anestésicos, que afectam o sistema nervoso, como o xileno ou a acetona; pneumoconióticos, com efeitos a nível pulmonar, como o ferro ou o alumínio; e sistémicos, que afectam um órgão concreto, independentemente da via de penetração, como é o caso do mercúrio ou do magnésio (Freitas, 2005).

Os riscos químicos estão relacionados com a manipulação de um leque variado de substâncias químicas, bem como com a preparação e administração de medicamentos, os quais podem provocar desde simples alergias até neoplasias (Milkovic-Kraus & Horvat, 1991).

Alguns dos factores de risco químico referenciados a nível internacional em contexto hospitalar devem-se: à manipulação de drogas citostáticas; à exposição a gases anestésicos; à exposição a vapores e gases esterilizantes; à manipulação de antibióticos, como por exemplo a cefalosporina; a reacções alérgicas às luvas protectoras; à preparação e administração do paracetamol; à exposição a vapores do cimento de osso; à manipulação de mercúrio; à transferência de produtos químicos para o leite materno, bem como à exposição a outros agentes químicos em geral (Xelegati & Robazzi, 2003).

Segundo Giroux, Lapointe & Baril (1992) o facto de haver poucos casos de relatos de acidentes relacionados com os factores de risco químico, deve-se ao facto de os profissionais de saúde não estarem alertados para os mesmos, pois muitas vezes, quando acontecem, não os relacionam com a actividade que realizam.

Agentes Biológicos

Quando falamos em agentes biológicos, referimo-nos a microrganismos, incluindo os geneticamente modificados, as culturas de células e os endoparasitas humanos susceptíveis de provocar efeitos negativos na saúde dos trabalhadores em situação de exposição por parte destes, nomeadamente infecções, alergias ou intoxicações (Freitas, 2009).

Alguns trabalhadores estão expostos, durante o exercício de funções, a vários microrganismos vivos (vírus, bacterias, etc.) e a substâncias ou estruturas que deles provêm. O contexto dos serviços hospitalares é um dos casos onde se desenvolvem actividades que correm este tipo de riscos. Ainda que hoje se possam combater mais facilmente os microrganismos, continuam a ser uma fonte importante de nocividade para os trabalhadores deste sector (Ream, 2014).

Os principais agentes biológicos são:

Vírus – organismos microscópicos de composição muito simples que só se desenvolvem dentro de células vivas. Os principais agentes causais são a raiva, a hepatite B, a SIDA, a poliomielite, entre outros. O contágio faz-se, por exemplo, através do contacto com produtos biológicos contaminados. Estão expostos a vírus, em particular, os profissionais de saúde.

Bactérias – microrganismos com uma grande capacidade de resistência a condições ambientais adversas. Podem provocar a tuberculosa, o tifo, a cólera, o tétano, a febre de malta, entre outros. A *legionella pneumophila* é uma bactéria cujo reservatório no ambiente é a água e, que é propagada por via aérea através de aerossóis. Trata-se de um agente infeccioso que pode afectar seriamente a saúde e causa até mesmo a morte.

Parasitas – microrganismos unicelulares ou pluricelulares (protozoários, vermes/helminthas e artrópodes) que são adquiridos através de fonte exógena e vivem à custa de outros organismos e que, em certas condições, podem provocar doenças. As vias mais comuns de entrada são a ingestão oral e a penetração directa através da pele. Algumas das doenças infecciosas e parasitárias são transmitidas ao ser humano por espécies artrópodes (mosquitos, carrapatos, pulgas, etc.) que actuam não somente como vectores de doenças transmissíveis, mas também, como hospedeiros intermediários.

Fungos – são formas de vida microscópica que apresentam uma estrutura vegetativa denominada micélio, que é composto por hifas (estruturas filiformes). O seu habitat natural é o solo e alguns fungos são parasitas quer de vegetais, quer de animais, podendo, por essa via, parasitar o ser humano. São exemplos de infecções causadas por fungos a candidíase da pele e mucosas.

Organismos geneticamente modificados – qualquer entidade biológica, celular ou não celular, dotada de capacidade reprodutora ou de transferência de material genético, em que este tenha sido alterado de uma forma que não ocorra naturalmente (Penteado & Oliveira, 2010).

Os riscos biológicos aos quais estão maioritariamente expostos os profissionais de saúde são as infecções, as quais são causadas por bactérias, vírus, clamídias e fungos e, em menor grau pelos protozoários, helmintos e artrópodes. Estes microrganismos dão origem a determinadas doenças que mundialmente são apontadas como os principais riscos biológicos para os profissionais de saúde, nomeadamente: a tuberculose pulmonar, a citomegalovirose, as hepatites virais, o vírus da imunodeficiência humana (HIV), e não raro essa população de trabalhadores pode ser “atacada” por várias outras doenças infecciosas como: rubéola, meningites, difteria, herpes simples, varicela, herpes-zoster, febre tifóide, gastroenterites, parotidite, queratoconjuntivite epidémica, constipações, gripes e pneumonias, não faltando as doenças causadas por bactérias envolvidas nas infecções hospitalares, algumas das quais resistentes a diversos antibióticos como: *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Salmonella*, *Streptococcus*, *Pseudomonas* e *Proteus* (Bulhões, 1998).

O risco de infecção entre os profissionais de saúde está relacionado com factores como: a prevalência da doença; o perfil dos casos atendidos; a área de trabalho; o grupo ocupacional; o tempo de trabalho na área de saúde e as medidas de controlo adoptadas pela instituição (Rezende, 2005).

No que se refere à transmissão, por exemplo, do vírus da imunodeficiência humana (HIV) entre os profissionais da saúde, a maior preocupação reside no facto de a forma mais frequente de transmissão do vírus ocorrer devido a exposições cutâneas, resultantes de acidentes com materiais perfurantes ou cortantes, e as recomendações actuais, para esse fim, ainda não são sempre capazes de prevenir tais acidentes (Lacerda, 2003).

Outro vírus frequente neste meio é o da Hepatite B (VHB) sendo que, desde a descoberta nos anos 60, 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 perfurantes e cortantes, envolvendo material biológico, como é o caso dos profissionais da saúde (Faria, 2008).

3.1. A Identificação, a Avaliação, o Controlo e a Prevenção dos Riscos laborais

Quando nos deparamos com a presença de situações que levam a constrangimentos por parte dos trabalhadores em contexto laboral, é necessário ter em conta os riscos ou os factores de risco que poderão estar presentes nesse meio e que poderão desencadear situações perigosas. Para isso, é necessário ter-se em conta um processo metucioso de identificação, avaliação, controlo e prevenção de riscos e factores de risco para a saúde dos profissionais.

Para a fase da identificação dos riscos e dos factores de risco em contexto laboral, deve-se ter em conta os seguintes pontos: compilar informação, na fase de projecto, relativa aos perigos associados aos componentes materiais de trabalho, nomeadamente, aos locais de trabalho, ao ambiente de trabalho, às máquinas e outros equipamentos de trabalho, aos materiais e produtos, aos agentes físicos, químicos e biológicos, aos processos de trabalho e à organização do trabalho; recolher informação, na fase de exploração, através de visitas aos locais de trabalho, de diálogo com os trabalhadores e da consulta de outras fontes de informação relativas aos factores de risco associados aos componentes materiais de trabalho supracitados; listar os perigos inerentes às condições normais de laboração; listar os factores de risco inerentes aos acontecimentos não planeados mas, razoavelmente previsíveis; identificar os trabalhadores ou outras pessoas potencialmente expostas a riscos resultantes dos perigos identificados; recolher a informação relativa à existência de grupos de riscos específicos (como, jovens, grávidas, trabalhadores temporários, trabalhadores com doença ou deficiência); identificar os trabalhadores envolvidos em trabalhos proibidos, condicionados ou não recomendados; listar os procedimentos com elevado risco; e, identificar situações de perigo grave e iminente (Freitas, 2009).

A análise dos factores de risco deve acarretar uma avaliação crítica das actividades próprias de cada profissão, onde deve envolver terceiros (como, por exemplo, os próprios trabalhadores, chefias e elementos de organizações responsáveis pelos mesmos), para que se consiga compreender/identificar realmente o que se passa e de que forma se pode actuar, algo que requer um profundo conhecimento de cada situação real de trabalho (Pinto, 2012).

Nos casos mais simples, os perigos podem ser identificados por mera observação, através da comparação entre a situação verificada e a informação pertinente. Em casos

mais complexos, em que seja necessário identificar os perigos decorrentes da utilização de determinado material, poderão ter de se realizar avaliações de exposição (Esteves, 2013).

Em termos genéricos, a avaliação de riscos consiste na análise estruturada de todos os aspectos inerentes ao trabalho, concretizada através da identificação dos factores de risco, estimação e valoração dos riscos e indicação dos trabalhadores a eles expostos, definindo, em cada caso, as medidas de prevenção ou protecção adequadas, visando, em primeira linha, a eliminação do risco ou, se tal não for viável, a redução das suas consequências (Oliveira, 2015).

Uma avaliação de riscos é um exame sistemático de todos os aspectos relacionados com o trabalho, com vista a apurar os factores desencadeadores de danos e o modo de eliminar os perigos, através das medidas de controlo adequadas. A avaliação de riscos é, pois, um processo fundamental para o planeamento da prevenção, que permite ao empregador: identificar os factores de risco que ocorrem nos locais de trabalho e no processo produtivo e conhecer as medidas de prevenção adequadas, face ao quadro normativo; avaliar os riscos na fase de projecto para organizar o trabalho, conceber a implantação de postos de trabalho, seleccionar os equipamentos de trabalho e as substâncias a utilizar; ajuizar à cerca da fiabilidade e adequabilidade das medidas; listar, de forma ordenada, as medidas de controlo a incrementar; e, controlar a organização da prevenção quer para efeitos internos, quer no domínio das relações com os trabalhadores e seus representantes, quer a nível externo (relações com as entidades de fiscalização) (Freitas, 2005).

A avaliação deve abranger todos os locais de trabalho, independentemente de se tratar de instalações fixas, móveis ou temporárias, adaptando-se aos diferentes padrões de trabalho e prevendo quer as condições habituais de utilização, quer alteração das circunstâncias, que acarretam a necessidade de uma revisão da situação. Deve, também, atender à presença, no local de trabalho, de trabalhadores de outras organizações ou independentes, não apenas porque correm riscos de acidente mas, porque também podem constituir a porta de entrada para a introdução de riscos a que ficam expostos os trabalhadores da empresa (Sá & Silva, 2012).

Qualquer empregador pode utilizar uma metodologia de avaliação dos riscos, devendo seguir as seguintes fases:

1. Identificar os perigos/factores de risco – observar as situações que, no local de trabalho, podem causar danos, estabelecendo como prioridade aquelas que possam

causar lesões de maior vulto. Consultar os trabalhadores, os quais podem ter conhecimento de situações de desvio não perceptíveis no imediato. As instruções dos fabricantes e os registos de acidentes e doenças profissionais também podem dar um contributo para este objectivo.

2. Saber quem pode ser objecto de lesões e como – não esquecendo os jovens, as grávidas, os trabalhadores de limpeza e público em geral.

3. Avaliar os riscos e decidir se as medidas de prevenção existentes são adequadas ou devem ser adoptadas novas medidas – avaliar a probabilidade de cada risco em concreto poder despoletar uma lesão, o que irá determinar se é necessário tomar medidas complementares. Há que determinar relativamente a cada situação se o risco correspondente é alto, médio ou baixo.

O empregador deve questionar-se à cerca do cumprimento das disposições legais aplicáveis. Se entender que é necessário agir, deve elaborar um plano de acção e conferir prioridade aos riscos elevados ou que afectam mais pessoas. No controlo dos riscos deverá seguir esta ordem:

- substituição por uma opção que implique menos riscos;
- prevenir o acesso às fontes de perigo;
- organizar o trabalho por forma a reduzir a exposição;
- verificar todas as possibilidades de protecção colectiva;
- fornecer, complementarmente, protecção individual.

4. Registar a documentação pertinente – tendo de se avaliar os riscos, deverão ser registados os resultados de tal avaliação e das medidas de prevenção. As avaliações devem ser adequadas e perfeitas, garantindo que foi feita uma verificação cuidada, foram questionados os potenciais afetados, a avaliação tomou em devida consideração os perigos mais significativos em função do número de pessoas envolvidas e que as medidas, uma vez aplicadas, asseguram um baixo risco remanescente. Os registos devem ser guardados. Esta atitude pode ser útil se um inspector indagar à cerca das medidas tomadas ou se ocorrer um litígio judicial, a qualquer nível. Há ainda outros documentos a conservais, tais como manuais, a definição da política e os procedimentos de SST, as regras da empresa, as normas adstritas à vigilância da saúde e os procedimentos em caso de incêndio.

5. Revisão da avaliação – mais tarde ou mais cedo, o empregador adquire novos materiais, ferramentas e substâncias ou adopta novas regras, as quais podem estar na origem de novos riscos. Se houver uma alteração significativa há que retomar a

avaliação para tomar contacto com o novo risco. A revisão periódica da avaliação é uma medida profiláctica para confirmar a eficácia das medidas de prevenção (Freitas, 2009).

Quando o resultado da avaliação evidenciar a existência de situações de risco, o empregador planificará a actividade preventiva com o objectivo de eliminar ou controlar e reduzir os referidos riscos, de acordo com uma ordem de prioridades estabelecida em função da sua amplitude e do número de trabalhadores expostos. A planificação atenderá, também, à existência de riscos específicos, previstos em disposições legais, que requeiram organização casuística. O planeamento constitui uma das actividades fundamentais da gestão preventiva. O empregador deve planificar a prevenção na instituição, estabelecimento ou serviço num sistema coerente que tenha em conta a componente técnica, a organização do trabalho, as relações sociais e os factores materiais inerentes ao trabalho (Coelho, 2009).

A sua adequada execução requer um diagnóstico da situação, em função da análise das condições de trabalho, quer a nível global da empresa, quer do posto de trabalho. A análise e o estudo dos diversos indicadores sociais representam uma ajuda valiosa, tanto no diagnóstico inicial como no seguimento e controlo do plano. Em função do diagnóstico, é possível estabelecer os objectivos, uns de índole geral e, outros, mais frequentes, de índole específica, de acordo com as prioridades detectadas. É importante que se estabeleçam prazos para alcançar os diferentes objectivos e se defina a estratégia através das actividades preventivas a realizar (Pinto, 2012).

A planificação reporta-se a múltiplos aspectos, porque supõe uma definição clara dos fins e das iniciativas necessárias nesse sentido. Ao que deve ser acrescentado uma política, uma metodologia, uma estratégia e uma tática. Estes elementos serão articulados através de programas que integrem uma definição temporal das etapas a seguir e os meios da realização concreta (Cardoso, 2013).

A elaboração de um Plano de Prevenção abrange:

- O **diagnóstico** da situação, em termos de identificação e avaliação de riscos:
 - Levantamento geral dos riscos inerentes a cada categoria profissional e posto de trabalho;
 - Acidentes de trabalho e doenças profissionais (evolução e indicadores);
 - Análise dos métodos de avaliação desenvolvidos;
 - Programas preventivos, eventualmente, em curso.
- **Definição de objectivos**, na sequência da avaliação de riscos:

- Gerais: constituem o núcleo central do plano; não são avaliáveis no período de vigência do plano, dado que representam mais uma orientação estratégica do que uma meta a alcançar;

- Específicos: estabelecem-se para cada uma das áreas preventivas (Segurança, Higiene, Ergonomia, Saúde do Trabalho, etc.); são avaliáveis e acompanhados, em cada caso, por um programa de actuações a curto, médio e longo prazo.

- **Definição dos campos de acção preventiva:**

- Organização do trabalho;
- Prevenção técnica;
- Formação;
- Informação;
- Vigilância da saúde;
- Ergonomia;
- Organização de Emergência.

- O **estabelecimento de prioridades**, de acordo com a natureza, o grau de risco, o número de trabalhadores expostos;

- A **identificação dos programas de prevenção** e protecção a incrementar em cada caso;

- A **afecção de recursos** materiais e humanos para cada um dos programas de actuação e para o plano no seu conjunto;

- A **afecção das competências** da gestão, dos TSHT, das chefias intermédias, dos representantes dos trabalhadores e dos trabalhadores;

- A definição de um **cronograma** de actuações;

- O **controlo da execução** do plano (registos, documentos, etc.);

- A estatuição dos **programas de seguimento**, controlo e avaliação, para aferir o grau de eficácia e eventual reformulação (Freitas, 2009).

A finalidade do planeamento da prevenção é a identificação das acções necessárias para um controlo eficaz dos riscos, em dois momentos: primeiro, identificar os objectivos e estabelecer meios para a execução; e em segundo, estabelecer normas e procedimentos que permitam incrementar uma cultura de prevenção e o controlo dos riscos (Cardoso, 2013).

As empresas têm de definir objectivos em função dos esforços dedicados à SST para: a definição e implementação da política; desenvolvimento de sistemas de prevenção; e manutenção de normas, procedimentos e sistemas de controlo. Os

procedimentos mais relevantes estão associados a normas: organizativas, essenciais para a criação de uma cultura de segurança; de controlo da política, da organização e do plano; de informação, que estabelecem a natureza e tipologia da comunicação em SST; associadas às competências essenciais dos trabalhadores (selecção, formação, substituição, etc.); e de participação e consulta dos trabalhadores e dos seus representantes (Pinto, 2012).

Depois de definida a estratégia, as prioridades e os objectivos há que estabelecer as actividades necessárias para executar o plano de prevenção. A implementação de um programa representa o desenvolvimento de um processo gradual tendente a envolver todos os agentes na eliminação ou redução dos riscos identificados, através de acções a empreender num determinado período. Para além do calendário de execução, o programa deve indicar os responsáveis que hão-de levar a cabo e os recursos necessários (Pires, 2013)

Enquanto desenvolvimento prático do plano, o êxito do programa de prevenção depende da adesão da gestão de topo e da percepção pela organização de que a segurança é uma tarefa comum a toda a estrutura. O controlo da direcção sobre o programa é, assim, tão importante quanto a formação dos trabalhadores para a interiorização de comportamentos seguros, a participação dos trabalhadores (de pessoas expostas aos riscos constituem uma fonte incontornável para a sua identificação), a criação de incentivos (por exemplo, a atribuição de prémios pecuniários a quem evidenciar mais do que um determinado número de horas sem acidentes) e a estruturação da informação consubstanciada em metodologias sólidas de registo e tratamento de dados (daí que todos os programas devam, antecipadamente, mencionar a informação de que vão carecer para controlo dos objectivos propostos) (Oliveira, 2015).

O programa de prevenção deve integrar: a identificação dos responsáveis por cada uma das actividades; os recursos humanos, técnicos, financeiros e logísticos a afectar; o sistema de medida de avaliação dos objectivos; um cronograma das actividades; modo de configuração dos resultados (registos, impressos, indicadores, etc.); e retroinformação, isto é, o cálculo dos indicadores de sinistralidade e de doenças profissionais, a partir dos quais se pode aferir sobre o êxito do programa (Esteves, 2013).

A prevenção de riscos profissionais deve ser desenvolvida de acordo com princípios, normas e programas que permitam identificar os riscos para a segurança e

saúde a que os trabalhadores estão expostos, com vista a organizar os meios adequados à sua eliminação ou à redução do seu impacto (Coelho, 2009).

Depois de avaliar os riscos importa acompanhar a efectiva execução das recomendações que lhe hão-de conferir corpo pois, só assim, se garante o seu controlo e a eficácia das medida correspondentes. O processo de controlo segue-se à avaliação dos riscos, dando início ao planeamento, à organização e ao acompanhamento e análise das medidas a tomar. O controlo de risco tem por finalidade a eliminação ou a redução da probabilidade de exposição a um perigo, que pode conduzir a um determinado acidente ou doença profissional (Pires, 2013).

Na sequência da avaliação de riscos é possível antever diferentes tipos de acções a tomar, que devem corresponder, em cada caso, às diferentes e possíveis conclusões que podem constar nos relatórios (Freitas, 2009).

A concepção de medidas deve atender à natureza dos riscos, na procura de soluções de acordo com a hierarquia de princípios já referidos, como: a eliminação do risco, mediante medidas na fase de projecto, ao nível da organização e em matéria de segurança intrínseca de produtos e equipamentos; a minimização do risco, através da substituição do que é perigoso e da utilização de meios de protecção colectiva cuja solidez e permanência permitam confinar ou isolar o risco; e a limitação dos efeitos do risco, mediante a utilização complementar de equipamentos de protecção individual e a adopção de medidas organizacionais (alteração de horários e das pausas, mudanças de procedimentos de trabalho perigosos para zonas onde haja menos pessoas expostas, etc.) (Freitas, 2005).

Em qualquer das circunstâncias, o empregador terá de organizar o trabalho por forma a assegurar a sua plena adaptação ao homem e às exigências psicossociais, integrando a prevenção em todas as fases da actividade da empresa e garantindo a indispensável formação e informação dos trabalhadores e de terceiros (Pinto, 2012).

Na selecção de medidas devem ser privilegiadas análises de custo/benefício que esclareçam sobre o seu impacto e efeito multiplicador. Em todo o caso, em circunstância alguma o factor custo deverá minimizar a eficácia preventiva da medida a tomar. Deve, também, ser tomada em consideração o grau de risco, com vista a desenvolver as medidas com o nível adequado de detalhe: factores de risco de menor qualificação, que afectam a maioria dos trabalhadores e que determinam um número de regras gerais de formulação simples (como por exemplo, ter corredores impedidos ou o piso em mau estado, etc.); factores de risco mais específicos, que podem levar ao

estabelecimento de normas e procedimentos com maior especialização; e, as actividades de risco elevado, que implicam normas muito estritas (por exemplo, um sistema de autorizações de trabalho) (Pires, 2013).

As decisões devem, além do mais, ter em conta os requisitos legais aplicáveis a cada situação e os princípios gerais de prevenção, identificando os recursos humanos e técnicos a afectar e avaliando a probabilidade de ocorrência de novos riscos resultantes da adopção de determinadas soluções. Para assegurar a operacionalidade das medidas de controlo tem de ser verificada a permanência e a funcionalidade dos sistemas e equipamentos, a par da gestão da aquisição, conservação e utilização de equipamentos de protecção individual e da verificação do cumprimento dos procedimentos aplicáveis. A planificação e acompanhamento da manutenção preventiva de sistemas e equipamentos integra também as prioridades, em estrita articulação com a gestão operacional (Sá & Silva, 2012).

A avaliação do impacto das medidas de controlo preconizadas parte da inerente análise de desvios face à programação efectuada, para determinar a sua eficácia a três níveis: ao nível geral, respeitantes às medidas com efeito induzido no funcionamento global da empresa (por exemplo, introdução de um plano geral de formação); ao nível sectorial, relativo aos efeitos sentidos num determinado departamento ou sector (por exemplo, alteração do regime de trabalho por turnos); e ao nível específico, que diz respeito a situações particulares (como por exemplo, determinados procedimentos a adoptar pelos trabalhadores) (Oliveira, 2015).

Depois desta vasta análise dos riscos e factores de risco no meio laboral, bem como do processo de identificação, avaliação, controlo e prevenção dos mesmos, avancemos agora para uma parte muito importante deste trabalho, onde iremos analisar um tipo específico de riscos laborais: os riscos psicossociais.

4. Os Riscos Psicossociais

Após a análise dos riscos e factores de risco laborais, torna-se então possível e pertinente fazer referência ao tipo de riscos a que também me dediquei e foquei na realização desta dissertação: os riscos psicossociais.

Desde a década de 1950, a OIT e a OMS empreenderam esforços conjuntos para desenvolver estudos e complementar os programas destinados a proteger a saúde dos trabalhadores (Baruki, 2015).

A abordagem dos riscos psicossociais acarreta a adopção de modelos de gestão e integração da SST na estrutura das organizações, de diagnóstico e controlo das novas fontes de risco, de informação e comunicação eficazes, que privilegiam a formação e a sensibilização dos trabalhadores (Costa, 2015).

Fischer (2012) refere que a partir da década de 2000, artigos relacionados com os riscos psicossociais e os seus efeitos na saúde dos trabalhadores têm sido publicados, despertando interesses de pesquisadores e estudiosos, principalmente pela relevância face às evidências da sua relação com o aumento de processos patológicos nos trabalhadores.

Desta forma, o incremento da visibilidade dos riscos psicossociais decorre da sua difusão maciça no domínio público, a partir desta década, através de campanhas, da legislação e, também, dos efeitos mediáticos de suicídios em grandes empresas. A esta maior visibilidade, não é alheia a circunstância de terem sido considerados riscos emergentes, e em parte considerável, o facto da expressão riscos psicossociais ser vista, muitas vezes, como uma extensão do vocábulo stress (Costa & Santos, 2015).

Esta associação trouxe e mantém algumas das imprecisões acerca deste tipo de riscos, nomeadamente a não distinção entre o que é o risco e o que são as suas consequências. Ora, nem a noção de risco psicossocial é sinónima da de stress, nem os riscos psicossociais podem ser definidos ou confundidos com as consequências a que dão origem. Por outro lado, a sua identificação deve partir dos factores que lhe estão a montante e que são a razão do seu aparecimento (Caran, 2007).

A probabilidade de surgir um resultado adverso ao trabalhador é considerada uma situação de risco ou um factor de risco. Quando se fala em factor psicossocial no trabalho, fala-se da existência de uma interação social e, só quando essa interação é negativa, é que se pode considerar que se está perante um risco psicossocial (Vásquez, Suazo & Klijn, 2014).

Assim, os riscos psicossociais são considerados como sendo riscos para a saúde psicológica dos trabalhadores causados pelas alterações que ocorrem, directamente relacionadas com a organização do trabalho, com o conteúdo da tarefa e com o ambiente vivenciado no local de trabalho (Gollac & Bodier, 2011).

A satisfação no trabalho é um objectivo cada vez mais difícil de alcançar por um número significativo de trabalhadores. O cansaço físico e mental e a crescente sensação de incapacidade para lidar com um mundo laboral em manutenção profunda vêm gerando uma interacção negativa com o local de trabalho. Por outro lado, alguns dos inquéritos realizados a empresas do espaço Europeu revelaram sinais claros de tecnocentrismos, consubstanciado nas referências centrais à introdução de novas tecnologias e equipamentos como principais inovações organizacionais (Baptista, 2014).

As tecnologias de informação estão a mudar radicalmente os modelos de relacionamento laboral e a Internet, ao anular as diferenças geográficas e temporais, deu origem a uma revolução no mercado de trabalho, a nível internacional. O trabalho deixou de se centrar na produção em massa para se focar na prestação de serviços, com as inerentes implicações em matéria de competências e conhecimentos (Freitas, 2009).

As mudanças significativas ocorridas no mundo do trabalho resultaram em riscos, em crescimento e ditos emergentes. Entre eles, os riscos psicossociais, que têm sido objecto de interesse em virtude do seu aumento e da sua visibilidade. As razões que podem justificar este seu aumento são múltiplas e estão, essencialmente, ligadas às tendências de alteração no mundo do trabalho, nomeadamente, do seu valor e significado, as suas novas formas de organização, as alterações socioeconómicas (globalização, terciarização, envelhecimento, etc.) e a alteração dos espaços, do conteúdo e da natureza do trabalho (Campos, Santos, Alencar & Alves, 2014).

A esta realidade acrescem as exigências de um maior esforço mental, maior ritmo e sobrecarga de trabalho, altos níveis de atenção e concentração, maior responsabilidade e horários diferenciados, bem como o aumento de lógicas gestionárias que se afastaram dos valores do trabalho nas organizações, onde as condições de trabalho se agravaram (Teixeira, 2014).

As relações contratuais prevalecentes têm vindo a ser substituídas por modelos mais flexíveis e compatíveis com as oscilações no volume de trabalho, dando lugar a novas formulações organizacionais. As relações entre as empresas e com os clientes e

público em geral obrigam ao desenvolvimento de diferentes estruturas e modelos de liderança e ao volume de qualificações dos trabalhadores (Coelho, 2011).

Os conteúdos do trabalho têm de acompanhar as novas exigências, a cultura organizacional assume uma importância renovada e as redes de informação passam a ser nucleares para a gestão dos negócios. Os trabalhadores são cada vez mais solicitados a exercerem diferentes funções, as relações de trabalho precarizam-se, a organização do tempo de trabalho sofre alterações relevantes e a estrutura do emprego regista uma desagregação não compaginável com a melhoria das condições de trabalho (Matos, 2014).

O aumento do trabalho independente, a diminuição dos contratos sem termo, o incremento do trabalho temporário e do trabalho parcial e a emergência de novas relações de poder, suportadas pelas qualificações ajustadas às exigências dos conteúdos, contribuem para a nova configuração do trabalho, à qual correspondem riscos novos, de avaliação mais complexa, associados às novas formas de organização do trabalho (Pinto, 2014).

Os mecanismos de detecção dos factores de risco tornam-se mais fluidos, o que também acontece com as estratégias para a eliminação ou redução do seu impacto, pressupondo a necessidade de modelos de intervenção inovadores e adequados (Freitas, 2009).

Os riscos emergentes deste novo quadro de referência assumem características específicas, de índole ergonómica (face ao número de trabalhadores com lesões laborais) e psicossocial, em função dos ritmos de trabalho intensivos, das relações hierárquicas, do trabalho precário, da organização do tempo de trabalho, da ausência de formação adequada, do incumprimento das relações de SST e de outros factores emergentes do trabalho, como por exemplo, o stress e os riscos sociais (Gomes, Santos & Carolino, 2013).

De facto, a noção de risco psicossocial não tem um perímetro terminológico bem definido e enfrenta dificuldades epistemológicas e metodológicas, pois estes riscos encontram-se no cruzamento da esfera pessoal e profissional, estando ligados a alguma subjectividade e a dificuldades de validação. Ao contrário de outros tipos de riscos, os psicossociais podem verificar-se em qualquer contexto, não sendo muitas vezes possível determinar a que nível um risco psicossocial pode gerar um dano específico. Simultaneamente as suas causas podem ser múltiplas e inexactas (Costa & Santos, 2013).

No entanto, face à frequente utilização do termo, é oportuno questionar o que são, afinal, riscos psicossociais, ou de que se fala quando se emprega esta expressão. Não existindo unanimidade sobre a forma de conceber e tratar os riscos psicossociais no trabalho, e na ausência de uma teoria consensual sobre o termo, as diferentes disciplinas, no que diz respeito à sua definição, colocam ênfase na organização do trabalho e, de maneira menos unânime, noutros aspectos sociais e económicos do trabalho, como o estatuto ou a remuneração. Consideram como sendo pertinente estudar, especificamente, os aspectos sociais do trabalho e o seu impacto sobre o psiquismo dos indivíduos, mesmo que esses aspectos sociais possam interagir, também, com as condições físicas do trabalho. Por outro lado, consideram tanto os efeitos dos aspectos sociais do trabalho sobre a saúde mental, como sobre outras formas de saúde (Campos, Santos, Alencar & Alves, 2014).

Para a OIT (2010), os riscos psicossociais são considerados emergentes e requerem novos modelos de prevenção, sendo considerados nocivos, especialmente para a saúde mental dos trabalhadores e, decorrem, segundo a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA) (2015), de falhas na concepção, organização e gestão do trabalho, bem como de um contexto social laboral problemático.

Desta forma, diversas situações do contexto e de condições de trabalho podem favorecer a exposição dos trabalhadores aos riscos psicossociais ocupacionais, sendo elas: a má gestão de mudanças organizacionais; comunicação ineficaz; insegurança laboral; excesso de carga horária; exigências contraditórias e falta de clareza na definição das funções; a não participação na tomada de decisões; a falta de controlo sobre a forma como se executa o trabalho; a ausência de apoio por parte das chefias e dos colegas; o assédio psicológico e sexual; a violência de terceiros; as condições relativas à carreira, ao ritmo das actividades e ao ambiente social e técnico do trabalho (Mesquita, Santos, Machado, Ramos & Macedo, 2016).

Utilizando a definição de Cox & Cox (1993, citado por Coelho, 2010), os riscos psicossociais são o resultado das interações entre o conteúdo e as exigências do trabalho com as competências e necessidades individuais de cada trabalhador. Essa interação pode causar danos físicos, psicológicos ou sociais ao trabalhador.

Segundo Guimarães (citado por Serafim, Campos, Cruz & Rabuske, 2012) os riscos psicossociais podem ser classificados em dois tipos, sendo eles as exigências de trabalho e a disponibilidade de recursos pessoais e laborais.

As exigências de trabalho referem-se às dimensões físicas, sociais e organizacionais que exigem manutenção do esforço e que estão ligadas aos custos psicológicos e fisiológicos no processo de trabalho. São exemplos disso a sobrecarga quantitativa ou o conflito de papéis. Relativamente à disponibilidade de recursos pessoais (como as características individuais das pessoas) e laborais (como o nível de liberdade no trabalho, o *feedback* sobre as atividades desenvolvidas e autonomia que é dada ao trabalhador), podemos dizer que diz respeito aos aspetos psicológicos, físicos, sociais e organizacionais necessários para obter metas que minimizem as exigências laborais e estimulem o desenvolvimento profissional (Serafim, Campos, Cruz & Rabuske, 2012).

Os riscos psicossociais são as percepções subjectivas que o trabalhador tem dos factores de organização do trabalho. A subjectividade consiste numa experiência de si e como resultante de processos que vão aquém e além dela, contemplando as dimensões humanas do universal, do particular e do singular (Martins, 2013).

Assim, o indivíduo, ao ser inserido num determinado ambiente laboral, depara-se com a organização do trabalho estabelecida por bases consideradas importantes pelos gestores para que uma organização funcione adequadamente. No entanto, a organização do trabalho, mesmo sendo rigorosa, com indicações e procedimentos claros, é impossível para trabalhadores atingirem os objectivos organizacionais caso respeitem à risca as prescrições, pois as situações de trabalho são permeadas de acontecimentos inesperados, incidentes, anomalias de funcionamento, incoerências organizacionais, imprevistos de diferentes naturezas advindo de matérias, ferramentas, máquinas e, até mesmo, dos próprios trabalhadores (Dejours, 2012).

Os riscos psicossociais no meio laboral representam apenas a probabilidade da ocorrência de efeitos negativos para a saúde dos profissionais, quer seja ela física, social ou mental. O investigador/avaliador deve ter em conta que os trabalhadores reagem às situações de distintas formas, sendo atribuídos diferentes graus de importância às diversas situações, de acordo com os seus esquemas mentais, sendo crucial reflectir sobre as características individuais de cada trabalhador (Neto, 2015).

Partindo o pressuposto de que a realidade laboral é muito complexa, que as regras e manuais possam não prescrevem antecipada e adequadamente o real do trabalho, acredita-se que a organização do trabalho abrigará sempre os riscos psicossociais, o que levará a que, dificilmente, exista uma organização de trabalho que seja

compatível na sua totalidade com a realidade da execução de um trabalho, expondo, em alguma situação ou momento, os profissionais a estes riscos (Guimarães, 2013).

Actualmente, estes riscos afectam os trabalhadores de todos os países e de todas as categorias profissionais, podendo agravar-se significativamente no seu estado de saúde, provocando ausências nos postos de trabalho e afectar o desempenho dos mesmos, bem como influenciar a execução das tarefas e nas suas vivências de prazer (OIT, 2010).

Além disso, compromete a sua qualidade de vida, pelo facto dos riscos psicossociais estarem directamente relacionados com a interacção entre trabalho, o seu meio ambiente, a satisfação nas actividades realizadas e as condições da sua organização com as capacidades do trabalhador, bem como as suas necessidades, cultura e situação pessoal fora do trabalho (Kogien & Cedaro, 2014).

Deste modo, tudo isso pode influenciar na saúde, no rendimento e na satisfação do trabalhador no contexto laboral. Assim, se a interacção for negativa, poderá conduzir o trabalhador a perturbações emocionais, a problemas comportamentais, a mudanças bioquímicas e neuro-hormonais, o que inclui ainda riscos adicionais de doenças mentais e físicas. Por outro lado, uma boa interacção poderá criar uma situação psicossocial positiva no trabalho para a saúde dos trabalhadores, trazendo um agregado de vantagens não só para o trabalhador como para toda a organização (OIT, 2010).

A saúde e a segurança dos trabalhadores, a igualdade de oportunidades e o acesso ao trabalho, as condições de trabalho, o investimentos em capital humano e a gestão das mudanças institucionais abrangem acções socialmente responsáveis (Mesquita, Santos, Machado, Ramos & Macedo, 2016).

Um bom ambiente psicossocial promove o bom desempenho das organizações e o desenvolvimento pessoal dos seus colaboradores, enquanto que quando isso não acontece se podem manifestar doenças ocupacionais, podendo, até mesmo, atentar contra a saúde mental dos trabalhadores (Guimarães, 2013).

Os riscos psicossociais apresentam-se como um grande desafio no que diz respeito à segurança e saúde no trabalho, uma vez que podem ter um impacto significativo na saúde dos trabalhadores, nas organizações e, por consequência, na economia (OSHA, 2015).

Apesar de este ser um tema com bastante interesse para a comunidade científica, permanece, ainda, de forma geral, uma falta de consciência e de conhecimento acerca

desta problemática, sendo Portugal, um dos países onde, ainda, há pouca sensibilização e recursos para a gestão destes riscos (Neto, 2015).

Ainda dentro deste tema, é importante referir então que, o campo da interdisciplinaridade, procura construir conhecimento incorporado em mais do que uma especialidade, visto que, na década de setenta, Japiassu (1976), considerava-a como uma incorporação de resultados de várias especialidades que integram instrumentos e técnicas metodológicas para estudar um objecto e construir o conhecimento, fazendo uso dos esquemas conceituais e das análises que se encontram nos diversos ramos do saber. No entanto, Ferreira (2012) afirma ainda que o isolamento disciplinar pode gerar consequências indesejadas, como, por exemplo, a miopia científica na compreensão do objecto e produzir uma visão alienante, alienada e reducionista das suas interconexões com outros objectos.

Desta forma, uma abordagem disciplinar permite o diálogo entre todas elas, no sentido de ampliar as estratégias de colecta e análise de dados para apreender sobre os riscos psicossociais ocupacionais e procurar soluções mais abrangentes e eficazes (Mesquita, Santos, Machado, Ramos & Macedo, 2016).

Se analisarmos os riscos psicossociais, averiguamos que, para a análise e compreensão dos mesmos, foi tida em conta uma abordagem disciplinar. Nesta análise, verificamos que existe o contributo de diferentes disciplinas, tais como: a Epidemiologia e Epidemiologia Psiquiátrica, a Ergonomia, a Gestão, a Psicologia e Psiquiatria Clínica, a Medicina do Trabalho, a Sociologia, a Economia e o Direito (Teixeira, 2014).

Através deste tipo de abordagem, torna-se possível tomar uma posição sobre o significado a dar à expressão de riscos psicossociais, se pensarmos em medir estes riscos de uma forma que possa apoiar-se sobre os conhecimentos científicos (Baruki, 2015).

As diferentes disciplinas dão um lugar privilegiado à organização do trabalho assim como, a outros aspectos sociais e económicos do trabalho como, por exemplo, o estatuto ou a remuneração. Estas disciplinas também consideram pertinente estudar especificamente os aspectos sociais do trabalho e de sua influência ou impacto sobre a parte psíquica dos indivíduos, mesmo que possam interagir com as condições físicas do trabalho, encarando os efeitos dos aspectos sociais do trabalho sobre a saúde mental e sobre outras formas de saúde (Costa & Santos, 2015).

Consequentemente, convém considerar que o que faz com que um risco para a saúde no trabalho seja psicossocial, não é a sua manifestação mas, a sua origem, assim, estes são entendidos como: *“os riscos para a saúde mental, física e social, provocados pelas condições do trabalho e pelos factores organizacionais e relacionais susceptíveis ou capazes de interagir com o funcionamento mental”* (Gollac & Bodier, 2011, p. 31).

Todavia, o conceito de risco faz referência à relação entre a exposição aos factores de risco, por um lado, e aos danos, por outro, logo, o que faz com que um risco para a saúde no trabalho seja psicossocial, não é a sua manifestação mas, sim a sua origem. Surge assim a diferença entre risco e factor de risco psicossocial. Se o risco é o produto de uma exposição a um ou mais factores e a sua ou suas consequências sobre o indivíduo, então não é o risco que traz a “marca psicossocial”, mas sim os factores susceptíveis de provocar as alterações de saúde (Costa & Santos, 2015).

Neste sentido, o que restringe o campo da definição do risco psicossocial, não são as consequências em termos de saúde mental, física e social, mas as condições de trabalho e os factores organizacionais e relacionais. Dito de outra forma, o que está em causa em termos delimitadores e definidores não é o risco, mas sim o factor. Assim, a noção de factores psicossociais de risco faz a diferença e pode afastar, em parte, a ambiguidade que se associa aos riscos psicossociais (Teixeira, 2014).

Por essa razão, seguidamente, procederei à análise do ponto relativo aos Factores de Risco Psicossociais.

4.1. Factores de Risco Psicossociais

Com a evolução do trabalho, este simplesmente deixa de estar cada vez mais centrado na produção, passando a haver um foco na prestação de serviços, fortalecendo o aumento do trabalho independente, a diminuição de contratos sem termo, o incremento de trabalho temporário e parcial e, a emergência de novas relações de poder (Freitas, 2008).

A globalização dos mercados económicos, levou a que passasse a haver um aumento da pressão nas empresas e, conseqüentemente, nos trabalhadores, querendo cada vez mais apostar na exportação e expansão dos mercados, aumentando o peso do sector dos serviços, o que obrigava a uma constante reformulação nos modelos que organizam o trabalho e, na forma como são geridos os recursos humanos (Neto, 2015).

Perante isto, de entre as obrigações gerais do empregador, aumenta a de organizar o trabalho, procurando eliminar os efeitos nocivos do trabalho monótono e do trabalho cadenciado sobre a saúde, o que nos remete para a importância da abordagem dos factores psicossociais a nível organizacional (Freitas, 2009).

Segundo a OMS os factores de risco psicossociais podem ser definidos como factores que influenciam a saúde e o bem-estar do trabalhador e do grupo. De acordo com a OIT, os factores psicossociais são as interacções que se produzem entre o trabalho (entendendo-se por trabalho a actividade executada, o ambiente em que tem lugar e as condições laborais) e as pessoas, com as suas capacidades, necessidades e condições de vida fora do trabalho. O equilíbrio que se estabelece entre estas relações apresenta uma influência decisiva no rendimento, na satisfação e na saúde. (Teixeira, 2014).

O conceito de factores psicossociais faz, assim, apelo às condições que se encontram presentes numa situação laboral, directamente relacionada com a organização do trabalho, o conteúdo do trabalho e a estrutura da empresa, que têm potencial para afectar quer o bem-estar e a saúde física, psíquica e social do trabalhadores, quer o próprio desenvolvimento do trabalho (Santos & Almeida, 2016).

Deste modo, podemos dizer que os factores psicossociais são condições presentes em situações laborais relacionadas com a organização do trabalho; o tipo de posto; a realização das tarefas em interacção com o meio ambiente laboral; a satisfação no trabalho; as condições da organização; as condições pessoais fora do trabalho; as

necessidades; as capacidades e expectativas de cada um e os costumes e da cultura individual. Todas estas características afectam o desenvolvimento do trabalho, a saúde, o bem-estar, bem como o desempenho dos trabalhadores (Freitas, 2008; Gil-Monte, 2012).

Os factores de risco psicossociais devem ser compreendidos através das condições objectivas do contexto laboral mas, também através das experiências pessoais do trabalhador. Tendo em conta as condições psicossociais adversas, nem todos os trabalhadores irão reagir de igual forma a circunstâncias semelhantes, pois as suas características pessoais associadas as suas expectativas, vulnerabilidades, capacidade de adaptação e competências para lidar com determinadas situações vão determinar o tamanho e a natureza das suas reações e das implicações que daí poderão surgir (Serafim, Campos, Cruz & Rabuske, 2012; Coelho, 2010).

Uma vez que nem todos os trabalhadores reagem de forma idêntica à envolvente psicossocial, é, também, importante determinar as características individuais com impacto nas situações de trabalho, quer a nível dos factores externos, quer a nível dos factores intrínsecos ao próprio trabalhador. A carga psicossocial de trabalho encontra-se ligada à maneira como o trabalho solicita as capacidades psíquicas e sociais dos trabalhadores, assim como à importância que estes atribuem a diferentes aspectos, em função dos seus esquemas mentais (valores, objectivos, necessidades, aspirações, expectativas, etc.) (Souza, Carvalho, Araújo & Porto, 2010).

No entanto, sabe-se que os factores psicossociais podem promover ou prejudicar a atividade laboral e a qualidade de vida dos trabalhadores. Quando os estes factores são positivos favorecem o desenvolvimento pessoal dos trabalhadores, no entanto, quando são negativos, desfavorecem o trabalhador, a sua saúde e bem-estar, podendo-lhes causar danos a nível psicológico, físico ou social (Gil-Monte, 2012).

Quando a exposição a estes factores, em contexto laboral, produz consequências negativas, estas podem-se reflectir nas condições de saúde, que podem levar ao adoecimento, a incapacidade de realizar tarefas e até mesmo, gerar conflitos na vida familiar e social do trabalhador (Serafim, Campos, Cruz & Rabuske, 2012). Ou seja, a saúde, o desempenho no trabalho e a satisfação profissional dos colaboradores podem ser influenciadas pela interacção entre o ambiente laboral, o conteúdo do trabalho, a organização do trabalho e as capacidades dos colaboradores, estando relacionados com a cultura, as condições fora do trabalho e as características pessoais (Forastieri, 2013).

As principais consequências sobre a saúde e o bem-estar do trabalho, decorrentes de condições psicossociais desfavoráveis são a carga mental, o stress, o sofrimento, levando a sentimentos de insatisfação e desmotivação e ao aparecimento de problemas de relacionamento, entre outras (Oliveira, 2015).

A carga psicossocial compreende um conjunto de factores e processos a nível do conteúdo, das condições, do ambiente, da organização e das relações de trabalho. Do lado do trabalhador, podemos referir os aspectos cognitivos, emocionais, motivacionais e relacionais implicados no trabalho em maior ou menor grau (Ribas, Fernandes & Antão, 2015).

As exigências de disponibilidade para o trabalho e o envolvimento emocional por parte dos trabalhadores têm vindo a aumentar, devido a diversos factores, como por exemplo, o contacto directo com o público e o aumento de actividades que requerem a evidência de sentimentos, levando isso ao aumento da carga cognitiva e emocional do trabalhador em relação à sua actividade, ameaçando a sua saúde mental (Neto, 2015).

As alterações do valor e do significado que são dados ao trabalho, as novas formas de organização, as alterações sociodemográficas, as alterações dos espaços, o conteúdo e a natureza do trabalho são, algumas das justificações possíveis para o aumento dos riscos psicossociais. Estes podem estar associados a diversos factores, sendo exemplos de alguns deles a tensão, a perda do controlo sobre o trabalho, o impacto sobre as rotações e variações de turnos de trabalho, as horas extras, a desqualificação, o trabalho fragmentado, a repetição de tarefas e a imposição de ritmos acelerados (Chiodi & Marziale, 2006).

Também, o decrescer do número de trabalhadores entre outras características, cada vez mais presentes no panorama laboral, implicam, conseqüentemente, um maior esforço mental, o aumento do ritmo e da sobrecarga de trabalho, a necessidade de níveis altos de concentração e de atenção e o aumento exponencial de responsabilidade que leva, muitas vezes, à ampliação dos horários (Costa & Santos, 2013).

Segundo Gollac e Bodier (2011), os factores psicossociais de risco no trabalho colocados em evidência pela literatura científica podem ser agrupados em seis eixos. Estes são relativos à Intensidade do Trabalho e ao Tempo de Trabalho, às Exigências Emocionais, à Autonomia, à Qualidade das Relações Sociais no Trabalho, os Conflitos de Valores e a Insegurança da Situação de Trabalho.

A Intensificação do Trabalho traduz-se, em termos de factores de riscos psicossocial, pelos conceitos de “exigência psicológica” ou “esforço psicológico”. O Tempo de Trabalho traduz-se através do número de horas consagradas ao trabalho mas, também, à organização do horário de trabalho. Desta forma, o primeiro eixo dos Factores dos Riscos Psicossociais segundo estes autores inclui, por um lado, a sujeição a constrangimentos de ritmo e a objectivos irrealistas e vagos; a polivalência; a responsabilidade; as instruções contraditórias e interrupção de actividade, entre outros e, por outro lado, a duração e organização do tempo de trabalho, como sejam, por exemplo, número de horas; trabalho nocturno e por turnos e conciliação trabalho/vida fora do trabalho (Costa & Santos, 2015).

O factor das Exigências Emocionais resultam da carga psicológica associada a comportamentos sociais complexos, planificados, que implicam as emoções durante a execução do trabalho. Desta forma, inclui a relação com o público; o contacto com o sofrimento; esconder emoções; o medo (de acidentes ou de falhar, por exemplo) e a violência externa (Mesquita, Santos, Machado, Ramos & Macedo, 2016).

A Autonomia foca-se naquilo que todo o trabalho deve proporcionar, isto é, a possibilidade do trabalhador ter um papel activo no desenrolar do seu trabalho, na forma como o profissional participa na produção de riqueza e, na condução da sua vida profissional. Isso reflecte um poder agir sobre si e o seu trabalho, referindo-se, assim, a noção de autonomia à possibilidade de se desenvolver através do trabalho e de retirar prazer na sua realização. Deste modo, este facto inclui a autonomia na tarefa; a previsibilidade do trabalho e possibilidade de o antecipar; a monotonia e tédio; a utilização e aumento de competências e a satisfação no trabalho (Gollac & Bodier, 2011; Costa & Santos, 2015).

O factor das Relações Sociais no Trabalho deve ser entendido a partir de três conceitos base: o Sentimento de Integração, a Justiça e o Reconhecimento. Assim, abrange, entre outros, a integração; o reconhecimento; o apoio social; as relações com os colegas em termos de cooperação; a integração num colectivo; as relações com a hierarquia; o apoio técnico recebido dos superiores; as relações humanas; o estilo de direcção e de encorajamento e a apreciação do trabalho; remuneração e carreira; adequação da tarefa à pessoa; avaliação do trabalho; o reconhecimento por parte dos clientes e do público, a valorização social da profissão e a violência interna (discriminações e diferentes tipos de assédio) (Gollac & Bodier, 2011; Costa & Santos, 2015).

O Conflito de Valores consiste num sofrimento ético sentido pela pessoa quando lhe é pedido para agir contra os seus valores profissionais, sociais ou pessoais e, em casos extremos, pode levar ao suicídio, em particular nos casos de situações de isolamento. Perante isto, este factor é visto nos conflitos éticos; na qualidade impedida e no trabalho inútil (Gollac & Bodier, 2011; Costa & Santos, 2015).

A Insegurança na situação de trabalho diz respeito à segurança no emprego, no salário e na carreira; à sustentabilidade do trabalho e às mudanças (Gollac & Bodier, 2011; Costa & Santos, 2015).

Os factores de risco não são necessariamente negativos para os trabalhadores, só quando estes são percebidos de forma negativa é que podem ser considerados como um risco para a saúde, podendo, assim, causar danos (Vásquez, Suazo & Kljin, 2014).

É importante salientar que a exposição a estes riscos não deteriora, obrigatoriamente, a saúde dos trabalhadores mas, são uma fonte de risco, que podem ou não, ter um impacto imediato na saúde dos mesmos. Algumas pessoas poderão utilizar estratégias funcionais para os eliminar ou poderão modificar os seus comportamentos, cognições e emoções adaptando-se às situações e convivendo com elas mas, isso não quer dizer que a longo prazo essa exposição não seja negativa (Gil-Monte, 2012).

Com isso podemos dizer que os riscos psicossociais laborais surgem devido a algumas condições destes locais serem mais árduas para a maioria dos trabalhadores. No entanto há a possibilidade de se encontrar alguns profissionais que, mesmo vivenciando o mesmo tipo de situações, não se sentirão prejudicados, de forma imediata, por esses riscos devido às suas características individuais, embora esses sejam uma excepção (Gil-Monte, 2012).

Não há um consenso no mundo científico sobre como projectar e/ou lidar com os riscos psicossociais no trabalho, nem tão pouco uma teoria unificada sobre os mesmos. Contudo, já se chegou a unanimidade quanto à necessidade de uma abordagem pluridisciplinar para se analisarem essas questões (Gollac & Bordier, 2011).

As novas formas de organização do trabalho contribuem para o surgimento de novos riscos que exigem uma avaliação mais complexa por parte dos profissionais. Sabe-se que mais do que os restantes risco, os psicossociais podem prejudicar o desempenho do trabalhador mais do que os restantes (Bentes, 2012).

Assim, no ponto seguinte deste trabalho passarei a abordar as Consequências, a Avaliação e a Prevenção dos Riscos Psicossociais.

4.2. Consequências, Avaliação e Prevenção dos Riscos Psicossociais

Como visto anteriormente, as consequências nocivas para a saúde e bem-estar decorrem das condições psicossociais adversas (insatisfação laboral, problemas relacionais, desmotivação, etc.). No entanto, face a condições de trabalho semelhantes, nem todos os trabalhadores agem do mesmo modo. Os comportamentos dependem quer de factores intrínsecos aos próprios indivíduos, quer a factores exógenos, que influenciam directamente sobre o indivíduo. As características internas que importa conhecer são: idade, sexo, capacidade intelectual, personalidade, motivação, expectativas, vulnerabilidades, etc.. Os factores externos estão relacionados com a vida familiar, factores culturais, relações sociais, actividades de lazer, entre outros (Freitas, 2009).

As principais consequências de estar exposto a condições psicossociais desfavoráveis, são o impacto que estas provocam na saúde e no bem-estar dos trabalhadores no que diz respeito ao *stress*, a insatisfação laboral, as dificuldades de relacionamento e a desmotivação (Bentes, 2012).

Estas consequências podem ocorrer a dois níveis diferentes. A nível organizacional, onde se observa o aumento do absentismo; o aumento da rotação de pessoal; a deterioração do rendimento e da produtividade; o aumento de práticas laborais pouco seguras e, por consequência, o aumento da taxa de acidentes; um maior número de queixas por partes dos clientes; efeitos negativos no recrutamento e selecção de pessoal; a deterioração da imagem institucional; o aumento de custos; a deterioração da qualidade das relações de trabalho e o aumento das situações geradoras de conflitos e greves. A nível individual estas consequências podem ser fisiológicas, psicológicas e mentais (Coelho, 2010).

Os sintomas que se podem detectar nos trabalhadores que estão expostos a riscos psicossociais são diversos e podem ser divididos em reacções de diferentes níveis: emocionais, cognitivas, comportamentais ou fisiológicas (Forastieri, 2013).

No que concerne às reacções emocionais, os trabalhadores podem apresentar irritabilidade, conflitos, ansiedade, angustia, perturbações do sono, depressão, isolamento, *stress*, *burnout* e problemas familiares. Nas reacções cognitivas os trabalhadores encontram-se perante possíveis dificuldades de concentração, de memória, de aprendizagem e de tomada de decisão. Já as reacções comportamentais podem ser observadas através do início do consumo de substâncias, como drogas,

álcool, tabaco, ou caso já fosse consumidor de alguma destas substâncias, pode aumentar a frequência e a quantidade. Como reacções fisiológicas podem surgir doenças cardíacas e digestivas, dores e lesões músculo-esqueléticas e diminuição da imunidade (Vásquez, Souza & Klijin, 2014).

Estas reacções por parte dos trabalhadores podem carregar custos para a organização, como por exemplo, o aumento da probabilidade da existência de acidentes de trabalho, menor produtividade, menor qualidade dos serviços prestados, *turnover* e absentismo (Freitas, 2009).

Os trabalhadores que são expostos a factores de riscos psicossociais, como por exemplo sobrecarga de trabalho, carga mental alta, realização de tarefas repetitivas e de curta duração, apresentam maiores percentagens de sintomatologia psicossomática do que é normal em um trabalhador, como por exemplo, perturbações do sono, cansaço, dores de cabeça e tonturas (Gil-Monte, 2012).

Os factores de risco psicossociais não são facilmente observáveis (carga mental, tensões, práticas de trabalho, etc.), sendo também complicada a sua avaliação. Deste modo, os factores de risco psicossociais do trabalho sobre os quais se efectua, habitualmente, a avaliação são: o exercício de responsabilidades; as cargas de trabalho (qualitativas e quantitativas); a ambiguidade e o conflito de papéis (interno/externo); os meios materiais e organizacionais disponíveis; e o conteúdo intrínseco e extrínseco do trabalho e das tarefas (Dominguez, 2014).

Os indicadores de risco aludem às consequências constatadas, sobre as pessoas ou sobre a organização dos riscos analisados. Os principais métodos para obter os indicadores de risco são a análise dos indicadores organizacionais (análises estatísticas das diferentes pressões do absentismo), a análise dos danos sobre a saúde (análise estatística e epidemiológica das doenças profissionais ou relacionadas com os riscos), inquéritos e questionários específicos para os trabalhadores afectados e entrevistas individuais ou colectivas, dirigidas ou semi-dirigidas, acerca das actividades profissionais (Silva, 2014).

A avaliação de risco é um processo de síntese entre a análise dos factores de riscos (a análise dos dados objectivos das condições de trabalho), o resultado dos indicadores de risco obtidos (dados de inquéritos e questionários, acidentes, doenças, etc.) e a aplicação de critérios de avaliação específicos (normas, códigos de boas práticas, entre outros) (Oliveira, 2015).

Para delimitar com mais precisão o âmbito da avaliação há que conseguir toda a informação possível, quer oral, quer por meio de entrevistas, quer por via escrita. Em geral, há que obter informações sobre: o organograma da empresa; os horários de trabalho, o sistema de progressão, etc.; as características do pessoal (sexo, idade, antiguidade na empresa e no posto de trabalho); os aspectos com incidência no desenvolvimento de recursos humanos, como o absentismo, a doença, declarações de incapacidade para determinados postos de trabalho, formação, sinistralidade, rotação de pessoas, pedidos de alteração de postos de trabalho, sanções, etc.); os aspectos com incidência na produção do trabalho (qualidade do trabalho realizado, trabalhos mal efetuados, avarias, intervenções, etc.); e as actas das reuniões com os representantes dos trabalhadores para a SHT ou a Comissão de SHT (Jankauskiene, 2012).

Fundamental é a observação do trabalho para determinar desvios entre o trabalho prescrito e o trabalho real, pois na teoria existe uma divisão entre a actividade e a tarefa, onde podemos constatar que existem regras e normas impostas aos profissionais que, na realidade, não são cumpridas ou exequíveis, sendo pertinente observar e compreender como é que estas são percebidas e vivenciadas pelos trabalhadores, que, por norma, na sua prática, não fazem/têm em conta essa divisão (Facas, 2013).

A partir daqui é possível conhecer os factores em que a avaliação se vai concentrar. De entre os factores psicossociais mais analisados, destacam-se: a carga mental, autonomia, conteúdo do trabalho, supervisão, participação, definição do papel do trabalhador e relações pessoais (Ribas, Fernandes & Antão, 2015).

Em seguida, determinam-se os departamentos, secções e postos de trabalho a analisar e as técnicas de investigação a utilizar. Em função da natureza do problema a avaliar existem métodos quantitativos ou distributivos e qualitativos ou estruturais. Os métodos quantitativos permitem conhecer e descrever como se distribui o efeito de um risco determinado pelo conjunto de trabalhadores e determinar quais são os factores que influem nas diferenças observadas. Trata-se de quantificar, por exemplo, quantos trabalhadores recebem formação em SST numa empresa e se existe relação entre a formação recebida e o número de acidentes de trabalho, sendo o inquérito o instrumento mais utilizado nesta metodologia. Os métodos qualitativos permitem obter informação acerca das motivações e explicações dos trabalhadores perante um factor concreto. As técnicas mais características são os *focus group* e as entrevistas semi-dirigidas (Dominguez, 2014).

Após a utilização das técnicas de investigação procede-se à planificação e realização do trabalho de campo, através do qual se obtém os dados, na sequência de recolha, no terreno, de informações necessárias para poder chegar ao conhecimento completo da situação. Na fase de análise dos resultados deve ser possível encontrar as causas, quer reais, quer aparentes, para as más condições psicossociais no trabalho (Silva, 2014).

Elaborado o relatório procede-se à concepção de um programa de intervenção, sua implementação, seguimento e controlo. Os métodos de avaliação dos factores psicossociais são, em geral, utilizados para: a avaliação de situações concretas; a identificação de fontes de problemas; conceber alterações e estabelecer prioridades de actuação; a comparação de um grupo em momentos distintos ou entre grupos diferentes; e a difusão de novas perspectivas acerca da organização do trabalho (Jankauskiene, 2012).

Em conclusão, podemos dizer que as intervenções ao nível dos factores psicossociais podem integrar-se em três categorias:

- 1) A nível individual – são dirigidas, com frequência, para reduzir os efeitos dos riscos psicossociais para quem já apresenta sintomas de desvio da saúde;
- 2) A nível organizacional – enfatizam as causas remotas, de raiz, sendo dirigidas para as alterações na estrutura da organização ou factores físicos e ambientais;
- 3) A nível da articulação entre o indivíduo e a organização – as intervenções destinam-se, por exemplo, à melhoria das relações entre colegas e entre estes e a gestão (Pires, 2013).

As intervenções devem ser sempre dirigidas à questão em concreto e serão tão mais eficazes quanto permitirem a combinação entre os diferentes níveis (Pinto, 2012).

As intervenções devem desenvolver-se por forma a proporcionar: melhoria das políticas de coordenação e controlo, de informação e comunicação e a maior participação dos trabalhadores; alteração na organização de trabalho em matéria de enriquecimento de tarefas, rotação de postos de trabalho, alargamentos do leque de tarefas, autonomia e responsabilidade; e, acção sobre os indivíduos, através da informação para a aquisição de novas competências e atitudes (Dominguez, 2014).

Para prevenir o trabalhador de todas estas consequências para a sua vida e saúde é fundamental o planeamento e a realização de auditorias e avaliações de riscos no local de trabalho, realização de formações, a distribuição de informações sobre os riscos e

soluções e implementação de programas que incentivem os trabalhadores e os seus representantes a participar no evento e a estabelecer contactos com outras organizações para perceber que mudanças pode realizar com o intuito de diminuir os riscos na sua organização (Uva, 2006).

Reconhecer que os riscos psicossociais são um desafio para a saúde e segurança dos trabalhadores implica perceber qual o peso que estes têm, quer de forma individual ou coletiva. Compreender qual a abordagem indicada para intervir nestas situações com consequência de criar condições que permitam a sua gestão (Costa & Santos, 2013).

Durante bastante tempo acreditou-se não ser possível estabelecer relações etiológicas nos riscos psicossociais tão claras como nos outros riscos profissionais, visto o facto de estes decorrerem das características do trabalhador, que são variáveis e/ou pouco estáveis, em constante mudança e, também, porque esses factores podem-se manifestar de forma diferida no tempo. No entanto, foi percebido que os factores de risco psicossociais obedecem aos mesmos princípios que constituem um processo de gestão de qualquer outro tipo de risco, tornando mais simples a sua compreensão, embora com relações menos nítidas (Bentes, 2012).

Os trabalhadores são o melhor recurso que a organização pode ter, justificando-se, portanto, a preocupação crescente atribuída à prevenção de riscos profissionais. Por isso, a importância de criar programas de prevenção e ações com o intuito de eliminar as fontes de risco, tendo sempre em conta que este deve ser um processo participativo, transparente, responsivo para todas as partes envolvidas e com o intuito de favorecer sempre a melhoria contínua (Chagas & Reis, 2014).

Identificar e avaliar os riscos é um dos princípios da prevenção presentes no código de trabalho, onde consagra que o empregador deve identificar e avaliar os riscos aquando da concepção das instalações, locais e processos de trabalho, bem como na realização da actividade de trabalho (Neto, 2015).

Após a identificação e avaliação dos riscos deve ser realizado um plano de actividades de prevenção. A lei não nos indica qual a metodologia que deverá ser adoptada na identificação e avaliação dos riscos, devendo esta decisão ser tomada pelo técnico superior de higiene e segurança no trabalho, em conjunto com uma equipa multidisciplinar, de acordo com o que considerem mais adequado à realidade subjacente (Freitas, 2009).

São inúmeros os métodos possíveis a utilizar para avaliar e identificar perigos que

possam existir nos locais de trabalho, bem como reduzir os danos causados por estes utilizando medidas de controlo. Estes métodos podem integrar diferentes categorias, tendo em conta os objetivos para que foram desenvolvidos, as características específicas e os meios utilizados, sendo habitual separá-los em métodos qualitativos, métodos quantitativos e métodos semi-quantitativos (Coelho, 2010).

Segundo Uva (2006) é recorrente utilizar-se os métodos qualitativos quando se trata de Segurança do Trabalho enquanto a utilização dos métodos quantitativos é realizada quando se trata de Higiene do Trabalho.

Quando se fala de métodos qualitativos, fala-se de métodos que descrevem, sem chegar a quantificar, os riscos e as medidas de segurança existentes. Identificam também quais os acontecimentos que podem gerar situações de perigo e medidas para a prevenção destes. Os métodos quantitativos são aqueles que quantificam o que pode acontecer e atribuem valor à probabilidade de uma determinada ocorrência (Coelho, 2010).

Apenas quando se conhecem as relações entre a exposição dos trabalhadores com as repercussões negativas para a saúde e segurança dos mesmos é que será possível avaliar os riscos dessa exposição, não podendo esquecer que os riscos psicossociais no trabalho têm um carácter crónico e a exposição a situações de risco psicossocial está relacionada com a tensão ou com o *stress* psicológico para os profissionais (Gil-Monte, 2012).

É crucial utilizar metodologias que sejam centradas no indivíduo, aumentando a sua notabilidade e, não se limitar a metodologias centradas, essencialmente, nas condições de trabalho, pois, só assim, se conseguirá uma gestão de risco eficaz no seu principal objectivo, que é a saúde e a segurança no trabalho (Uva, 2006).

Um ambiente psicossocial positivo deve promover desempenho e o desenvolvimento pessoal do trabalhador, bem como o bem-estar mental e físico. Quando existe um ambiente psicossocial negativo as consequências revelam-se num fraco desempenho geral da empresa, o aumento do absentismo com períodos cada vez mais longos, subida das taxas de lesões e acidentes, que podem levar a um aumento da taxa de reforma antecipada. Todas essas consequências têm custos monetários significativos para as organizações (OSHA, 2015).

Intervir sobre os riscos psicossociais é um processo exigente. A vantagem de intervir nestes riscos é que determinada medida tomada pode ter um efeito em diversos factores de riscos psicossociais, sendo a sua gestão feita a vários níveis,

contemplando sempre vários níveis de intervenções (Neto, 2015).

Assim, penso que é pertinente referir ainda que, segundo a directiva quadro 89/391/CEE, existem princípios gerais da prevenção destes riscos:

“(…) A directiva de 1989 estabelece os princípios para a aplicação de medidas destinadas a promover a melhoria da segurança e da saúde dos trabalhadores, prevendo o enquadramento, desenvolvido nas directivas especiais, de ambientes de trabalho específicos. O objectivo de incutir uma cultura de prevenção baseia-se no duplo princípio de que os requisitos mínimos fornecem condições homogéneas para as empresas que operam no amplo mercado interno europeu e também um elevado grau de protecção para os trabalhadores, evitando a dor e o sofrimento e minimizando a perda de rendimento das empresas se estas evitarem os acidentes e as doenças profissionais. (...)” (Teixeira, 2014, p. 45).

Conforme o disposto na lei no102/2009 de 10 de Setembro, alterada pela Lei nº 3/2014, de 28/01:

“(…) 1 – O trabalhador tem direito à prestação de trabalho em condições que respeitem a sua segurança e a sua saúde, asseguradas pelo empregador ou, nas situações identificadas na lei, pela pessoa, individual ou colectiva, que detenha a gestão das instalações em que a actividade é desenvolvida.

2 – Deve assegurar-se que o desenvolvimento económico promove a humanização do trabalho em condições de segurança e de saúde.

3 - A prevenção dos riscos profissionais deve assentar numa correcta e permanente avaliação de riscos e ser desenvolvida segundo princípios, políticas, normas e programas que visem, nomeadamente:

a) A concepção e a implementação da estratégia nacional para a segurança e saúde no trabalho;

b) A definição das condições técnicas a que devem obedecer a concepção, a fabricação, a importação, a venda, a cedência, a instalação, a organização, a utilização e a transformação das componentes materiais do trabalho em função da natureza e do grau dos riscos, assim como as obrigações das pessoas por tal responsáveis;

c) A determinação das substâncias, agentes ou processos que devam ser proibidos, limitados ou sujeitos a autorização ou a controlo da autoridade competente, bem como a definição de valores limite de exposição do trabalhador a agentes químicos, físicos e biológicos e das normas técnicas para a amostragem, medição e avaliação de resultados;

- d) A promoção e a vigilância da saúde do trabalhador;
- e) O incremento da investigação técnica e científica aplicadas no domínio da segurança e da saúde no trabalho, em particular no que se refere à emergência de novos factores de risco;
- f) A educação, a formação e a informação para a promoção da melhoria da segurança e saúde no trabalho;
- g) A sensibilização da sociedade, de forma a criar uma verdadeira cultura de prevenção
- h) A eficiência do sistema público de inspecção do cumprimento da legislação relativa à segurança e à saúde no trabalho.

4 - O desenvolvimento de políticas e programas e a aplicação de medidas a que se refere o número anterior devem ser apoiados por uma coordenação dos meios disponíveis, pela avaliação dos resultados quanto à diminuição dos riscos profissionais e dos danos para a saúde do trabalhador e pela mobilização dos agentes de que depende a sua execução, particularmente o empregador, o trabalhador e os seus representantes.(...)” (artigo 5º, Lei n.º 3/2014, de 28/01) (Teixeira, 2014, p. 45/46).

Depois da análise exaustiva sobre os riscos e os factores de risco psicossociais, torna-se então pertinente fazer uma análise dos mesmos tendo como foco os profissionais de saúde, para que haja um enquadramento da parte teórica com a parte prática, pois foi a esta categoria de trabalhadores que realizei o estudo que será apresentado, posteriormente, na parte empírica desta dissertação.

4.3. Os Riscos Psicossociais e os Factores de Risco Psicossociais nos Profissionais de Saúde

Baruki (2015) afirma que diferentes categorias de riscos coexistem e com maior frequência no ambiente de trabalho do que em qualquer outro.

Os efeitos negativos para a saúde associados a riscos profissionais, vão colocando novos, e ainda mais complexos, desafios à prevenção de patologias do trabalho, designadamente no que diz respeito às estratégias ambientais da sua prevenção. De facto, a sua natureza determina a impossibilidade de estipular concentrações máximas admissíveis com a segurança que se obtém na prevenção de efeitos determinantes, uma vez que parece não ser possível traçar níveis de exposição completamente seguros (Sousa-Uva & Serranheira, 2013).

O trabalho, a saúde e a doença estão relacionados com a vida das pessoas, de tal forma que, a actividade laboral, repercute tanto na sua saúde física como mental. Nesse sentido, o trabalho, que é fonte de prazer, ao mesmo tempo implica sofrimento, em maior ou menor grau, e pode trazer prejuízos à saúde dos trabalhadores. No trabalho na área da saúde, isso não é diferente (Santos, Prochnow, Silva, Silva, Leite & Erdmann, 2013).

O prazer no trabalho ocorre quando é permitido ao trabalhador desenvolver as suas potencialidades, o que confere liberdade de criação e de expressão e favorece os laços tecno-cognitivos com o resultado das actividades realizadas. Isso promove a satisfação do trabalhador por meio da consciencialização do seu papel na organização e também para a sociedade em que está inserido (Teixeira, 2014).

Para que tal aconteça devem estar reunidas condições que promovam a satisfação individual, a saúde ocupacional e a minimização de barreiras e riscos profissionais.

A filosofia hospitalar assenta nas prioridades do “cuidar e ajudar”, o que implica alterações quer por parte das instituições como por parte dos profissionais, isto para que sejam prestados cuidados com qualidade, qualidade esta que está sem dúvida ligada à prática diária desenvolvida pelos profissionais de saúde (Teixeira, 2014).

Entende-se que para que exista qualidade, neste meio, é muito importante o trabalho de equipa, para que a articulação dos vários profissionais ocorra de forma adequada mas, que cada profissional desenvolva também o seu trabalho individual de forma serem bem-sucedidos para, assim, corresponder às suas expectativas

individuais, profissionais mas também da equipa e instituição a que pertence (Silva, Dias, Teixeira, 2012).

Passou-se, sem dúvida, a valorizar o desempenho colectivo, o que dá ênfase ao trabalho de equipa, como recurso para responder às novas exigências globais. Mas será importante referir que a relação entre as organizações de saúde e as suas equipas é de alguma forma, complexa. Talvez o primeiro grande desafio desta relação incida na convivência social e no ambiente de trabalho, pois são diversos os obstáculos que dificultam a melhoria do desempenho colectivo, nomeadamente, a contradição que por vezes surge no discurso organizacional, em que por um lado se valoriza e apela à importância de cada funcionário mas, por outro, facilmente o substitui. No entanto, falar em trabalho de equipa é falar de qualidade de prestação de cuidados, e este é um tema de extrema importância (Pinho, 2006).

Segundo Covita, Pacheco & Santos (2011) alguns dos valores essenciais e prioritários para o sucesso da missão nos hospitais são a multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados, bem como a eficiência e qualidade na prestação dos mesmos. Acrescenta ainda que trabalhar em equipa é mais do que um conjunto de profissionais a trabalhar juntos, pois integra o modo de articulação, de forma funcional, de cada um dos elementos.

Segundo Lopes (2006), no verdadeiro trabalho em equipa a função de cada elemento está funcionalmente implicada no resultado final de um trabalho e na sua qualidade. Refere ainda que a responsabilidade de cada profissional não se restringe à concretização, mas, também passa pela avaliação e reajustamento, tendo sempre em mente o objectivo final. Deste modo, a responsabilidade de cada elemento da equipa passa de ser individual, focada apenas nos procedimentos inerentes à sua profissão e aos papéis individuais do profissional, para uma expansão da sua responsabilidade, de forma a manter a articulação funcional essencial à optimização dos resultados.

Segundo Pinho (2006), a equipa de trabalho, na sua generalidade, tem a capacidade de melhorar o desempenho individual, quando a tarefa exigida requer múltiplas habilidades, avaliações e experiências, pelo facto de serem mais flexíveis, adaptando-se melhor à mudança.

Outro ponto de relevância é abordado por Lopes (2006), que refere que o facto da especialização dentro da saúde ser cada vez mais evidente, traz, sem dúvida, benefícios à evolução dos recursos e técnicas, bem como construção de novos saberes. No entanto estas especializações trazem também uma fragmentação e

descontinuidade na prestação de serviços/cuidados de saúde e esta, ao não ser articulada dentro de uma equipa de saúde orgânica, leva a que cada profissional se centre apenas numa parte do doente.

Os fundamentos para a construção de uma equipa em geral são: o desempenho colectivo, responsabilidade colectiva, tomada de decisão colectiva e uso de habilidades e conhecimentos complementares. Mas verifica-se que nas equipas de saúde existem outros factores que abalam esta estrutura idílica, nomeadamente a dominância de um discurso particular, resultando na exclusão individual e na falta de confiança interprofissional resultante de relações de poder entre as várias profissões. Assim, a equipa de saúde, na sua forma generalizada, deve abraçar o todo, ganhando em qualidade através dos diferentes olhares sobre o mesmo fenómeno (Teixeira, 2014).

Hall & Weaver (2001), referem que uma verdadeira equipa é organizada para resolver um conjunto de problemas comuns, onde cada membro poderá sempre contribuir com o seu conhecimento e habilidade para aumentar e apoiar as contribuições dos outros. Os membros da equipa devem preservar as suas funções especializadas mantendo uma linha de comunicação, colocando-se a eles próprios num *continuum* de interacções e responsabilidades.

As equipas de saúde, no seu método de actuação podem diferenciar-se, segundo Drinka, Clark & Baldwin (2000), em vários métodos de trabalho, nomeadamente, método multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar. Contudo, parece existir uma ligação nestes três métodos de actuação, pelo que se pode constatar que um evolui partindo do anterior. O método multidisciplinar de trabalho em equipa consiste num grupo, formado por vários profissionais de saúde, cujo contributo é dado de forma singular para um todo, o que difere do método interdisciplinar, que é mais interactivo e integrado, onde ocorre uma partilha de responsabilidades e uma troca de saberes e opiniões, sendo necessárias as devidas condições para tal, nomeadamente, a existência de uma linguagem comum, objectivos comuns e o reconhecimento da necessidade de considerar as diferenças existentes entre os vários elementos.

Em resposta às exigências actuais, às previsões futuras, e a título de exemplo, segundo Nubling, Vomstein, Schmidt, Gregersen, Dulong & Nienhaus (2012), as instituições de saúde foram forçadas a reorganizar-se de forma a alterar métodos de trabalho, incorporar os avanços tecnológicos, fazer frente às exigências económicas,

reduzir profissionais, nomeadamente os menos qualificados ou excedentes, investir na formação, alterar espaços físicos e, tudo isto, com o principal objectivo de aumentar a qualidade dos serviços sem descorar a produção mas, aumentando a satisfação dos utentes.

No fundo as políticas de saúde actuais lançam desafios para a mudança na prestação de cuidados, o que exige, por parte dos profissionais de saúde, uma maior adaptabilidade, flexibilidade, autonomia e criatividade (Baruki, 2015).

A realidade, não só em Portugal mas, em toda a União Europeia (UE), é que diferentes filosofias de trabalho, bem como mudanças significativas no mundo do trabalho, em geral, resultaram no surgimento de riscos psicossociais, que têm sido identificados como um grande desafio para a saúde, segurança e bem-estar nos locais de trabalho (Sousa-Uva & Serranheira, 2013).

Em resposta a esta problemática o Comitê dos Altos Responsáveis da Inspeção do Trabalho (CARIT), com representantes da UE, acordaram no desenvolvimento de uma campanha sobre as questões psicossociais, a ser desenvolvida em Portugal pela Autoridade para as Condições de Trabalho (ACT). Esta campanha pretendia promover a avaliação dos riscos psicossociais nos locais de trabalho e incrementar a melhoria da qualidade das avaliações de risco existentes (Teixeira, 2014).

Segundo dados da ACT (2013), em 2007 cerca de 8% dos trabalhadores portugueses afirmaram ter desenvolvido vários problemas de saúde relacionados com o trabalho e cerca de 50% destes levaram ao absentismo.

Para fazer frente a todas as mudanças e exigências, as organizações laborais seguem uma filosofia de superação constante, com o intuito de melhorar e adaptar a força de trabalho para que haja um acompanhamento tecnológico e para obter competitividade e em simultâneo conseguir um destacamento no mercado global. Segundo Reis, Fernandes & Gomes (2010), as mudanças nos locais de trabalho provocam alterações no meio psicossocial. Isto acontece independentemente do modo de vida e da vulnerabilidade de cada trabalhador, pois os factores psicossociais associados a novos métodos de trabalho são uma das principais causas do comprometimento da saúde e bem-estar dos trabalhadores.

Segundo Villalobos (2004), os factores psicossociais do trabalho são, no fundo, um conjunto de percepções e experiências, resultantes da interacção entre o trabalho, o ambiente laboral, as condições organizacionais, e as características pessoais dos indivíduos.

Segundo Souza, Costa, Shiroma, Maliska, Amadigi, Pires & Ramos (2010), sete profissões de saúde estão no grupo das vinte e sete mais associadas a riscos psicossociais, numa listagem de cento e trinta profissões distintas num estudo que englobou vinte e dois mil trabalhadores. Referem também que os profissionais de saúde estão num grupo chamado de “profissões de ajuda” com múltiplas exigências a nível físico e psicológico, exigências essas que os tornam mais vulneráveis ao risco psicossocial. Acrescentam ainda que uma característica importante associada à actividade dos profissionais de saúde é o facto destes serem responsáveis por outras pessoas, responsabilidade essa que abrange o doente mas, também os familiares e cuidadores. Recai, desta forma, sobre estes profissionais, a responsabilidade humana e social, sendo considerado pelos autores que estas são causadores de níveis mais elevados de stress comparativamente a responsabilidades de natureza material.

Na exposição a factores de risco psicossocial, surgem consequências, que se manifestam individualmente e a nível organizacional. Estas consequências estão dependentes do tipo de exposição mas, também da individualidade de cada profissional.

A ACT (2013), por sua vez, agrupa as consequências para a saúde das agressões psicossociais em sintomas físicos, psicológicos e comportamentais. Os sintomas físicos dizem respeito a: dor, lesões ou alterações músculo-esqueléticas, dificuldades respiratórias, alergias, hipertensão, perturbações cardiovasculares, perturbações sexuais, gastrointestinais, insónias, fragilidade imunitária e fadiga. Os sintomas psicológicos concernem: depressão, *stress*, nervosismo, ansiedade, irritabilidade, tristeza, alterações de memória, esgotamento, dificuldades de concentração, dificuldades na tomada de decisão, instabilidade afectiva, subjugação, dependência de outrem, oscilação emocional e despersonalização. Quanto aos sintomas comportamentais, referem: isolamento, descuido com necessidades pessoais, aumento do consumo de álcool, tabaco ou drogas, aumento da automedicação, conflitos interpessoais e familiares, agressividade, falta de cooperação, indiferença, faltas ao trabalho e a compromissos, erros e falhas no desempenho, podendo levar até ao suicídio.

No que diz respeito às consequências organizacionais a ACT (2013) acrescenta que estas passam por: comportamentos hostis, erros anormais, trabalho inacabado, acumulação injustificada de serviço, humilhações, boatos contra a reputação e dignidade pessoal, manipulação de informação e comunicação, sobrecarga de

trabalho, diferenciação negativa no tratamento dos trabalhadores, absentismo e aumento de rotatividade, redução na produtividade, maior possibilidade de erro e de acidente de trabalho, degradação das relações de trabalho, ruído nas comunicações, mau ambiente, perdas de eficiência e de vitalidade dos grupos, novas necessidades de formação de trabalhadores, custos com saúde decorrentes de doença, pagamentos de indemnizações e compensações, aumento de conflitos, aumento de reclamações, perda de utentes e deterioração da imagem da própria instituição.

Os riscos psicossociais, numa análise profunda, especificamente na realidade hospitalar, afectam cada indivíduo, o seu desempenho, a articulação da equipa e a sua actuação, o que poderá comprometer a qualidade na prestação de cuidados (Santos, Prochnow, Silva, Silva, Leite & Erdmann, 2013).

Os trabalhadores do ramo da saúde actuam num ambiente às vezes penoso e insalubre, que não oferece condições favoráveis para sua saúde nem satisfação pessoal. A precarização do trabalho, seja pelo excesso de actividade laboral física e mental, a acumulação de horas trabalhadas, sistema de vínculo empregatício, ou até mesmo a má remuneração ocupacional no sistema de saúde, é determinante dos acidentes e doenças ocupacionais (Rodrigues, Silva, Silva, Martiniano, Silva & Martins, 2012).

Ao investigar a concepção dos sujeitos acerca de sua exposição a riscos no ambiente de trabalho, percebeu-se que os mesmos têm consciência dos perigos aos quais estão submetidos por consequência de suas actividades laborais. Vale salientar que o reconhecimento dos riscos existentes no ambiente de trabalho é uma etapa fundamental do processo que servirá de base para decisões quanto às acções de prevenção, eliminação ou controle dos mesmos (Baruki, 2015).

O trabalho neste sector requer esforço emocional, mental e físico do trabalhador e, esses factores, repercutem na qualidade de vida, na saúde e no cuidado prestado. A partir da exposição ao *stress*, advindo de inúmeras fontes, desenvolvem-se as patologias laborais. O entendimento adequado de factores contributivos destes riscos e das doenças ocupacionais pode colaborar para a tomada de medidas, tanto em nível individual quanto colectivo, que visem a minimização dos efeitos decorrentes do excesso de demandas físicas e psíquicas dentro do ambiente de trabalho (Silva, Dias, Teixeira, 2012).

A diminuição da qualidade da assistência somada à relação de indiferença entre o profissional e a actividade realizada leva a maiores gastos e problemas

organizacionais, além de contribuírem para maior rotatividade do pessoal. Em suma, a diminuição na qualidade do trabalho por mau atendimento, procedimentos equivocados, negligência e imprudência pode afectar o bem-estar do trabalhador, a saúde do cliente e a visão da população sobre a instituição de saúde. Todos estes problemas prejudicam a tríade paciente-profissional-organização. Logo, os clientes mal atendidos arcam com prejuízos emocionais, físicos e financeiros que podem-se estender aos seus familiares e até ao seu ambiente de trabalho (Sousa-Uva & Serranheira, 2013).

Parte II – Empírica

Pertinência do Estudo

Este estudo surge depois de uma reunião com o Director de Serviço de Saúde Ocupacional do CHSJ, onde foram discutidos possíveis e pertinentes focos de investigação para esta dissertação mas, quando houve a confirmação do facto de que os três Serviços e profissionais que se encontram a trabalhar no Pólo de Valongo do CHSJ nunca tinham sido submetidos a qualquer tipo de estudo ou análise, houve a confirmação e a certeza de que seria um desafio extremamente pertinente e interessante.

A realidade hospitalar é já há muito tempo foco de interesse, no entanto, os trabalhos e estudos realizados, por norma, focam-se apenas ou numa categoria profissional (sobre Enfermeiros, por exemplo), ou em questões mais ligadas ao *stress*, *burnout* ou lesões músculo-esqueléticas, não havendo, assim, tantas pesquisas realizadas com todos os profissionais deste meio e, analisando questões que são cada vez são mais importantes e emergentes, como é o caso dos riscos psicossociais.

O ambiente hospitalar funciona como gerador de situações de tensão e *stress*, tanto dos pacientes e dos seus familiares, como por parte dos profissionais do meio, sendo estes susceptíveis a depararem-se com situações que afectam o bem-estar e a saúde, podendo até desenvolver patologias ocupacionais.

O reconhecimento dos efeitos do trabalho na possibilidade de desencadear problemas na saúde e, podendo chegar a doença dos indivíduos, tem implicações éticas, técnicas e legais, que se reflectem sobre a organização e a qualidade da assistência prestada. A influência do trabalho como factor causal de dano ou agravo à saúde está estabelecida e dimensionada na sua importância e magnitude, sendo então, de extrema pertinência, analisar os riscos psicossociais dos profissionais que exercem as suas funções em contexto hospitalar.

Assim, compreender os processos envolvidos na análise dos riscos psicossociais e os seus factores, pode ser relevante para a tomada de medidas que auxiliem no desenvolvimento da qualidade de vida e do bem-estar da saúde destes trabalhadores (Martins, 2004).

Desta forma, as implicações do ambiente de trabalho, como as condições, a análise dos riscos, quer sejam psicossociais ou não, bem como dos factores associados, precisam de estudos que os confirmem e justifiquem, a fim de se tornar possível a tomada de consciência dos próprios profissionais, das organizações onde trabalham, e

também do mundo em geral, tentando reduzir as inúmeras repercussões que possam trazer na sua forma mais grave. Para além do referido, fará com que a assistência prestada aos pacientes seja de melhor qualidade e mais humanizada, tendo em atenção as acções em saúde.

1. O Hospital: a sua história e as suas funções

Nos dias de hoje, as pessoas procuram ser atendidas numa Instituição Hospitalar de forma rápida, frequente e eficaz, esperando-se que esta tenha uma equipa de profissionais multifacetada nas várias especialidades, que tenha recursos técnicos avançados e que atenda os que a procuram de forma rápida e ininterrupta, fazendo com que esta organização faça parte da vida da população. Contudo, revendo estas instituições historicamente, verifica-se que nem sempre existiu desta forma. (Rodrigues, 2013).

A figura do Hospital surgiu no ano 360 d.C., começando a sua história a ser contada a partir de Cristo, pois recebia influência directa da religião cristã, levando o homem a preocupar-se com os seus semelhantes, uma vez que, até então, predominava o espírito egoísta do ser humano de se afastar dos deficientes e doentes, resguardando-se e não socorrendo o próximo (Campos, 2003).

À medida que a medicina foi evoluindo e de acordo com as regiões, o Hospital assumiu determinadas características, aparecendo, ao longo dos tempos, diferentes referências aos seus diversos tipos. Os primeiros hospitais foram criados como locais de isolamento onde a caridade se exercia como uma prática de cristianismo. Eram locais para os pobres, mulheres desamparadas, velhos e doentes crónicos, sob o cuidados de monges e religiosos. Constituíam o último recurso que a caridade oferecia para o paciente pobre. A tecnologia médica disponível só minorava o sofrimento, tendo aqueles que tinham maiores recursos tratamento ao domicílio e a relação médico-paciente era independente da organização hospitalar (Paim, Travassos, Almeida, Bahia & Macinko, 2013).

Inicialmente, na história dos hospitais, o conhecimento que os profissionais tinham era mais sobre o doente do que sobre as doenças. Houve, depois, uma progressiva aquisição de informação sobre fisiopatologia e etiopatologia das diferentes afecções. A identificação dos agentes microbianos e do papel que desempenham na génese das moléstias infecciosas permitiu que se chegasse ao segundo momento da evolução dos hospitais, passando estes a serem um local para onde eram encaminhados doentes que, pela natureza ou gravidade das afecções, necessitavam de cuidados oferecidos por pessoal especializado ou exigiam equipamento especializado. Posteriormente, o conhecimento dos agentes microbianos, bem como de informações à cerca das dimensões inframicrobianas e sobre elementos

de natureza imunológica possibilita o domínio de um grande número de doenças infecciosas, levando a campanhas promocionais e de vacinação (Dantas, 2015).

Passando a ser-se possível superar a divisão entre o atendimento preventivo e o curativo, dá-se o terceiro momento da evolução hospitalar, em que se entende que estes devem actuar em todos os serviços de saúde, desde a prevenção à reabilitação, e os seus cuidados médicos devem dirigir-se à população como um todo (Paim et. al, 2013).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), o hospital é parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar, à comunidade, completa assistência médica, preventiva e curativa, incluindo serviços extensivos às família nos seus domicílios e, ainda, um centro de formação dos que trabalham no campo de saúde e para as pesquisas biossociais (Rodrigues, 2013).

Desta forma, o Ministério da Saúde definiu o conceito de Hospital como parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médico-sanitária completa, tanto curativa como preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também em centro educacional, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamentos de pacientes, cabendo-lhes supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente (Campos, 2003).

Pode-se referir ainda que o hospital reflecte, de certo modo, a humanidade, no que se refere aos anseios, angústias, dificuldades, desejos e alegrias. Reflecte e demonstra a fragilidade física do homem, como também representa a busca incessante dos meios e recursos para a luta contra os males e problemas da sociedade. O Hospital representa a própria força do Homem na batalha contra a morte, recuperando, reabilitando e promovendo a saúde e, sendo um sistema aberto, sobre as influências do seu meio, da evolução e das mudanças que ocorrem na técnica, na educação, na comunicação, na sociologia, na economia e na política. Sendo assim, deve haver uma adequação do hospital às exigências decorrentes das características da sociedade que ele serve, correspondendo às expectativas e às necessidades de saúde da população (Dantas, 2015).

Assim, o Hospital é a instituição devidamente aparelhada de pessoal e material, em condições de receber, para diagnóstico e tratamento, pessoas que necessitam de assistência médica diária e cuidados permanentes de enfermagem, em regime de

internação. É, ainda, a representação do direito intransferível que o Homem tem de gozar saúde, e o reconhecimento formal, pela comunidade, da obrigação de promover meios para mantê-lo são ou restaurar-lhe a saúde perdida (Rodrigues, 2013).

Como funções do Hospital, podemos considerar: a prestação de atendimento médico e complementar aos doentes em regime de internação; o desenvolvimento, sempre que possível, de actividades de natureza preventiva; a participação em programas de natureza comunitária, procurando atingir o contexto sócio-familiar dos doentes, incluindo aqui a educação em saúde, que abrange a divulgação dos conceitos de promoção, protecção e prevenção da saúde; e a sua integração activa no sistema de saúde (Paim et al., 2013).

No meio hospitalar, a educação em saúde abrange o doente internado ou de ambulatório e os seus familiares, havendo também programas de educação em saúde destinados para os próprios funcionários, que para além de fazerem parte da comunidade, agirão como veículo multiplicador das orientações recebidas. Para os doentes, o conteúdo dos programas pode referir-se à própria afecção, aos medicamentos que lhes são ministrados, às orientações que irão receber para cuidados posteriores, ao relacionamento com os familiares ou estranhos, aos cuidados alimentares e dietéticos e a exames complementares que deverão ser solicitados (Campos, 2003).

Deve-se, assim, entender o hospital como um todo que procura proporcionar a manutenção do bem-estar físico, social e mental do Homem, quer este seja visitante como parte integrante desta instituição.

2. O Centro Hospitalar São João (CHSJ) – Porto

O Centro Hospitalar São João do Porto, criado em Março de 2011, resulta da fusão de duas unidades hospitalares: o Hospital de São João – hospital central e universitário localizado no Porto e, Hospital Nossa Senhora da Conceição – hospital distrital localizado em Valongo.

É a maior unidade hospitalar da região Norte e um dos maiores do país, representando 20% dos doentes padrão desta região e 7% dos doentes padrão a nível Nacional.

Altamente diferenciado, referência em várias especialidades e pioneiro em diversas áreas de assistência médica e na execução de procedimentos cirúrgicos de

alta complexidade, foi nele que foram centralizadas as Urgências Metropolitanas do Porto das especialidades de Pediatria, Cirurgia Pediátrica, Psiquiatria, Urologia e Otorrinolaringologia.

Ao nível da cooperação internacional, o CHSJ tem estabelecido protocolos com diversas instituições nos domínios da assistência médica, da formação e do ensino médico, da capacitação de profissionais de saúde, da realização de trabalhos de investigação e da organização e desenvolvimento de serviços de saúde.

O planeamento estratégico deste Hospital foca-se na visão, na missão e nos valores e princípios.

Desta forma, a visão desta instituição é ser um exemplo na prestação de cuidados de saúde a nível nacional e internacional, com uma perspectiva de crescimento sustentável, comprometimento, sentido de mudança e diferenciação, ambicionando a criação de valor para todos os seus públicos, tornando-se a marca referência no sector da saúde.

O CHSJ tem como missão prestar os melhores cuidados de saúde, com elevados níveis de competência, excelência e rigor, fomentando a formação pré e pós-graduada e a investigação, respeitando sempre o princípio da humanização e promovendo o orgulho e sentido de pertença de todos os profissionais.

No exercício da sua actividade o CHSJ e os profissionais que constituem a sua equipa de trabalho observam e orientam-se por valores e princípios. Como valores, a Competência, o Humanismo, a Paixão, o Rigor, a Transparência, a União, a Solidariedade e a Ambição; como princípios, o reconhecimento da dignidade e do carácter singular de cada pessoa que o habita; a centralidade do doente e promoção da saúde na comunidade, a postura e prática com elevados padrões éticos e, o respeito pela natureza e procura de práticas ecologicamente sustentáveis.

Este Centro Hospitalar incorpora vários e diferentes Unidades de Serviços, tendo à disposição em cada um deles uma equipa multidisciplinar, com diferentes categorias profissionais, como médicos, enfermeiros, assistentes técnicos e operacionais, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas, entre outros, por forma a assegurar sempre a melhor qualidade na prestação dos seus serviços, dando cumprimento à visão, missão e aos respectivos objectivos estabelecidos.

Para além da preocupação com os utentes/doentes que a “visitam”, esta organização também procura assegurar a saúde e o bem-estar dos seus profissionais, tendo à disposição um Serviço de Saúde Ocupacional que realiza consultas e exames,

a nível contínuo e em determinado espaço temporal, com o fim de assegurar a qualidade de vida dos mesmos. Para além disso, este serviço também realiza testes e acções frequentes no intuito de lhes fornecer o melhor ambiente profissional possível, no que diz respeito às condições de trabalho e dos materiais que têm à disposição, atentando sempre à sua saúde e segurança.

Seguidamente, passaremos então para a caracterização deste Serviço em específico.

2.1. Caracterização do Serviço de Saúde Ocupacional do CHSJ – Porto

O CHSJ do Porto é um hospital central e também universitário, sendo o maior da região norte e um dos três maiores do país. É uma unidade altamente diferenciada, sendo considerada uma referência nacional e internacional de qualidade assistencial, contando com mais de 5.600 funcionários.

A sua missão rege a acção baseada na prestação dos melhores cuidados de saúde, com elevados níveis de competências, excelência e rigor, fomentando a formação pré e pós-graduada e a investigação, respeitando sempre o princípio da humanização e promovendo o orgulho e sentido de pertença de todos os profissionais.

As primeiras intervenções efetuadas neste Centro Hospitalar, no âmbito da Higiene, Segurança e Saúde no Trabalho surgiram no final da década de 90. As actividades inicialmente desenvolvidas eram predominantemente do foro da medicina curativa, sendo realizados, em paralelo, diagnósticos genéricos relacionados com a Higiene e Segurança no Trabalho (HST).

Em 2005, surgiu então a Unidade de Saúde Ocupacional (USO), a qual era um grupo componente do Serviço de Imunoalergologia e, na qual a HST foi integrada. Em 2006, foi atribuído à USO um centro de custos tornando-se, assim, uma unidade autónoma, passando a designar-se por Serviço de Saúde Ocupacional (SSO).

Inicialmente, no âmbito das suas actividades, foram elaboradas matrizes para identificação de perigos e apreciação de riscos, as quais foram aplicadas a todos os serviços do hospital (clínicos e não clínicos), iniciou-se a monitorização da qualidade da água de consumo, foram realizadas consultas de vigilância médica e outras. A aquisição de alguns equipamentos de medição e monitorização para avaliação específica de riscos físicos, químicos e biológicos consistiu num passo fundamental para o pleno exercício do SSO.

O CHSJ tem promovido estudos de investigação epidemiológica, laboratorial e clínica de elevada qualidade, de acordo com as boas práticas de investigação definidas internacionalmente e, consensualmente reconhecidas pela comunidade científica e clínica, e demais regulamentações aplicáveis. O manual de qualidade elaborado pelo SSO acrescenta que, actualmente, estão em curso aproximadamente 100 ensaios clínicos e, este número, tem vindo a aumentar graças à iniciativa de investigadores.

A ligação umbilical deste Serviço é cada vez mais estreita na cooperação com a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, o que contribui para a notoriedade de ambos, para o seu impacto e para o sucesso nas áreas da investigação clínica e de translação. Durante três anos consecutivos (2010, 2011 e 2012), pela qualidade dos serviços prestados, liderou o ranking de desempenho dos hospitais públicos portugueses e em 2013 recebeu do Ministério da Saúde uma medalha de mérito. Em 2014, conquista um galardão internacional de inovação atribuído pela *Microsoft Corporation* no concurso "*Microsoft Health Users Group Innovation Awards 2014*" com uma solução tecnológica de monitorização.

O SSO é um serviço integrante da estrutura geral do CHSJ e consiste numa área de apoio e suporte, pertencente ao Centro de Epidemiologia Hospitalar, o qual é constituído por outras unidades e/ou serviços, nomeadamente: a Unidade de Qualidade e Segurança do Doente, a Unidade de Investigação e a Unidade de Prevenção e Controlo da Infecção e o Registo Oncológico.

O SSO é constituído fundamentalmente por duas unidades fulcrais: a Unidade de Medicina do Trabalho e a Unidade de Higiene e Segurança no Trabalho, que têm como foco principal os profissionais deste meio. Estas unidades realizam as seguintes atividades:

- Consultas de Medicina do Trabalho;
- Consultas de Medicina Curativa;
- Consultas e outras intervenções de Psicologia do Trabalho;
- Vacinação, rastreio, monitorização de aspectos como o peso, pressão arterial, entre outros, que contribuam para uma vida mais saudável dos seus colaboradores;
- Intervenções junto dos Serviços do CHSJ e Profissionais no âmbito da Higiene e Segurança no Trabalho (avaliações de riscos, avaliações e monitorizações ambientais, entre outros);
- Elaboração de políticas de segurança, prevenção e combate contra incêndio;

- Gestão dos acidentes de trabalho e do absentismo laboral;
- Organização e ministração de ações de formação, sensibilização e informação destinada à comunidade hospitalar;
- Colaboração com outros Serviços na elaboração de documentos específicos, cumprimento de requisitos legais e outros (como por exemplo: imunohemoterapia, Medicina Física e Reabilitação), e emissão de pareceres técnicos no âmbito da sua responsabilidade.

A equipa que constitui o SSO também é composta por diferentes profissionais e, estes, apresentam as diversas valências sob as quais o serviço incide.

O espaço físico onde operam encontra-se fraccionado entre a área de *front-office*, de contacto com os colaboradores, onde são marcadas e realizadas de consultas, e uma área de *back-office*, onde são registados e trabalhados dados relativos à sinistralidade laboral, ao absentismo e às práticas de HST. No *back-office* é também planeada a documentação para a organização de emergência, são delineadas avaliações de risco, formações e medições diversas.

2.2. O Pólo de Valongo do CHSJ

O Pólo de Valongo do Centro Hospitalar São João encontra-se inserido no Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo. Este, foi fundado pelo padre Joaquim Alves Lopes dos Reis, com donativos da população deste concelho. Foi inaugurado a 29 de Abril de 1905, aquando da homenagem da população de Valongo ao mesmo, ficando responsável pela gestão e propriedade do mesmo a Santa Casa da Misericórdia.

Com a criação do Serviço Nacional de Saúde, a gestão deste Hospital transfere-se para o Estado, passando a designar-se Hospital Distrital de Valongo. Na década de 90, sob proposta do Conselho de Administração, o Hospital passa a designar-se como é hoje conhecido.

Na última década, dado o seu estado degradado, é feita uma remodelação total do mesmo, aumentando a sua capacidade física e de prestação de cuidados de saúde, integrando a área do Douro Litoral, a Nordeste da cidade do Porto, comportando cinco freguesias – Valongo, Alfena, Campo, Ermesinde e Sobrado, tendo sido,

durante muitos anos, o Hospital de referência para os concelhos de Valongo e Gondomar.

Dotado de uma Urgência básica de 24 horas, Internamento de Medicina Interna com 21 camas, Serviço de Medicina Física e Reabilitação com 17 camas, Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental com 24 camas e Unidade de Convalescença com 23 camas. Foi lá criada também a Unidade de Cirurgia de Ambulatório, onde se realizam cirurgias de ambulatório das unidades que compõem o Centro Hospitalar, à excepção das valências de Cirurgia Plástica e de Otorrinolaringologia.

2.3. Caracterização dos diferentes Serviços do Pólo de Valongo do CHSJ

2.3.1. Serviço de Cirurgia de Ambulatório

O Serviço de Cirurgia de Ambulatório (SCA) compromete-se a efectuar a adequada resposta às necessidades, expectativas e solicitações dos seus Clientes/Utentes/Doentes, no sentido da melhoria do seu bem-estar físico e psíquico no âmbito da cirurgia de ambulatório.

O SCA é formado por profissionais que desenvolvem permanentemente as suas competências, empenhados e motivados para a execução das suas actividades, visando a melhoria contínua do SCA e dos seus Clientes.

É o Serviço líder nas áreas das patologias da parede abdominal (região inguinal) e da diálise peritoneal, como referência nas restantes áreas de ambulatório, inserido na rede europeia, reconhecido pela qualidade dos cuidados clínicos, segurança, inovação e gestão, procura sempre ser um centro de educação cirúrgica com um papel activo na definição dos cuidados.

Prestação de cuidados de saúde no âmbito da Cirurgia do Ambulatório, altamente diferenciados e segundo o estado da arte, em ambiente multidisciplinar, centrados no doente, no seu bem-estar e segurança, procura realizar formação pré e pós-graduada de excelência aos profissionais de saúde e estimular a investigação nesta área clínica.

Como valores apresenta os Cuidados centrados no doente; a Humanização; a Segurança; a Inovação; o Espírito de equipa; a Competência técnico-científica e especialização.

Os objectivos do SCA decorrem da estratégia e política da qualidade do CHSJ e do SCA, e têm em consideração a missão e os factores críticos de sucesso definidos, sendo estes desdobrados nos processos.

O planeamento das actividades do SCA é efectuado uma vez por ano. Aquando a revisão do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ), o plano também é revisto, começando-se por analisar o desempenho do período anterior.

Para a elaboração do plano de actividades realiza-se uma análise diagnóstica de forças, debilidades, oportunidades e ameaças (SWOT) que envolve o SCA, confirma-se a actualidade da visão, missão, valores, factores críticos de sucesso, avalia-se o desempenho do sistema nos seus vários processos, considerando a eficácia e eficiência através do cumprimento dos objectivos.

Desta revisão nasce a proposta de (re)organização dos processos, incluindo os objectivos inerentes, bem como os recursos necessários ao seu funcionamento, incluindo os recursos humanos, materiais e outros, que permitam corresponder aos desafios propostos.

2.3.2. Serviço de Medicina Física e Reabilitação

O Serviço de Medicina Física e Reabilitação (SMFR) iniciou a sua actividade em Maio de 1961, com a abertura da Consulta de Fisioterapia. Na década de oitenta, sofreu obras de beneficiação, como por exemplo, com a construção de um ginásio e, mais tarde, na década de setenta, passou a denominar-se da forma que é hoje conhecido.

Actualmente, é um Serviço que possui excelentes condições para a prática de todas as técnicas de especialidade, estando à frente do mesmo o Director de Serviço Dr. Fernando Parada.

Este Serviço visa a produção qualificada de Actividades Assistenciais, de Ensino, de Formação, de Actualização e de Investigação.

As Actividades Assistenciais estão presentes: na consulta interna e na consulta externa (dividida por entidades nosológicas com um ou mais médicos especialistas responsáveis por cada consulta), nas consultas de grupo (dor, uroginecologia, mielodisplasia, fissurados e mama, estando o Serviço representado pelo médico que se dedica à respectiva área de interesse, estando, contudo, outras consultas multidisciplinares perspectivadas), e em programas de reabilitação, através dos tratamentos a doentes internados e externos, realizados na internamente ou nos vários sectores terapêuticos do Serviço (Fisioterapia, Hidroterapia, Terapia da Fala, Terapia

Ocupacional, Actividades de vida diária, Reabilitação pediátrica, Reabilitação cardíaca e Recondicionamento ao esforço).

As Actividades de Ensino, Formação e Actualização estão presentes: no Ensino Pré-graduado, em colaboração com a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; no Ensino Pós-graduado, com a formação de médicos internos da especialidade de Medicina Física e Reabilitação, entre outras, participando os mesmos em cursos de formação e de integração como palestrantes; e, na organização de Jornadas Internacionais de Medicina Física e Reabilitação, bem como, a colaboração com a Faculdade de Medicina da Universidade de Porto, no Curso de Hidrologia e Climatologia.

Já a Investigação, está presente através do incentivo à publicação e apresentação de trabalhos prospectivos e retrospectivos na área da Medicina Física e de Reabilitação.

Apesar de reconhecer que nos encontramos num período difícil ao nível financeiro, este Serviço necessita de investir ao longo dos próximos anos, por forma a acompanhar a evolução desta área em termos Europeus, pretendendo-se que dê continuidade às suas boas instalações, à modernização das estruturas físicas e instalação de novas técnicas de reabilitação consideradas básicas, como é a reabilitação cognitiva, a vascular periférica, vestibular, para além de uma unidade de reabilitação respiratória para doentes ambulatoriais.

2.3.3. Serviço da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental

A Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental (SCPSM) encontra-se dividida em quatro diferentes Unidades de intervenção: a Unidade Residencial do Idoso; a Unidade Residencial do Jovem; a Unidade Residencial de Transição; e, a Unidade de Acção para o Desenvolvimento e Transição, estando à frente deste o Director de Serviço Dr. António Roma Torres.

Este Serviço presta assistência no campo da Psiquiatria e da Pedopsiquiatria à população residente no Porto Oriental, Maia e Valongo, no contexto hospitalar (com o internamento de agudos e ambulatório) e, em ligação com a Medicina Geral e Familiar (com a consultoria), bem como num programa de comunitário de atenção a uma intervenção em crise (com a prevenção) e a um acompanhamento do doente psiquiátrico crónico (reabilitação). Atende ainda do ponto de vista Psiquiátrico e

Psicológico, no modelo de Psiquiatria de Ligação, englobando a Psicologia da Saúde, os doentes em tratamento (consulta ou internamento).

Integra ainda consultas específicas para as Perturbações do Comportamento Alimentar, Perturbações do Espectro Obsessivo, Perturbações de Stress Pós-traumático e Sexologia Clínica, podendo estabelecer acordos com outros hospitais onde este tipo de consultas não sejam realizadas.

Apoia a Formação Pré e Pós-graduada de estudantes e profissionais de Medicina, Enfermagem, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional e Nutrição, bem como desenvolver investigações clínicas próprias de um Hospital Universitário, particularmente em ligação com as estruturas homólogas da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Desta forma, este é um Serviço que tem presente como princípios:

- A saúde mental é indivisível da saúde em geral;
- Respeito pelos direitos humanos e protecção contra todos os tipos de discriminação;
- Cuidados preferencialmente na comunidade e no meio menos restrito possível;
- Coordenação e integração de cuidados na área geo-demográfica;
- Abrangência do conjunto de necessidades essenciais descuidados de saúde mental das populações;
- Participação comunitária envolvendo as pessoas com perturbações mentais e os familiares;
- Protecção dos grupos especialmente vulneráveis (crianças, adolescentes, mulheres, idosos e pessoas com incapacidade);
- Acessibilidade e equidade independentemente da idade, género, local de residência, situação social ou económica;

Favorecimento da auto-determinação e procura de um caminho próprio por parte das pessoas com problemas de saúde mental.

Depois da caracterização do CHSJ, do Pólo desta instituição existente em Valongo, bem como dos diferentes Serviços que incorporaram este estudo (SCA, SMFR e SCPSM), torna-se também importante fazer uma breve caracterização dos profissionais deste contexto.

3. Os Profissionais de Saúde/do meio Hospitalar

Os profissionais de saúde, como por exemplo, os médicos, enfermeiros e assistentes, constituem o grupo dos profissionais de saúde com maior número de trabalhadores e, conseqüentemente, com índices mais elevados de acidentes e doenças ocupacionais. Tendo em conta que a sua principal actividade consiste em prestar tratamento e cuidado junto dos pacientes, os problemas de saúde laboral mais visíveis provém, principalmente, do contacto físico e emocional estabelecido com os doentes.

No entanto, estes profissionais também se deparam com situações de fracassos terapêuticos, necessidade de atenção especial dos doentes, urgências dos casos, trabalho por turnos, organização do trabalho associada à falta de recursos, entre outras, que constituem factores determinantes para o aparecimento de riscos ocupacionais que, ao longo dos anos, têm tido cada vez mais protagonismo no sector da saúde.

Deste modo, os riscos ocupacionais nos profissionais de saúde podem caracterizar-se de diferentes formas: riscos biológicos, como por exemplo, as infecções por feridas infectadas; riscos químicos, com os desinfectantes, fármacos ou quimioterapia; riscos físicos, como o da radiação ionizante; riscos ergonómicos, como é exemplo o manejo de doentes; e os riscos psicossociais, como a violência, o assédio, o trabalho por turnos, etc., como irei abordar posteriormente.

Para uma análise detalhada da caracterização de cada uma das diferentes categorias profissionais do Centro Hospitalar São João – Pólo de Valongo, que fazem parte integrante desta investigação, consultar Anexo A.

4. Apresentação dos Objectivos de Investigação

Após uma revisão bibliográfica do trabalho e de análise de investigações realizadas acerca do tema em que se debruça este estudo, destaca-se o facto de nunca terem sido realizadas investigações neste âmbito, sendo até este o primeiro estudo a ser realizado no Centro Hospitalar São João – Pólo de Valongo.

Perante este facto, este estudo torna-se como algo que pode constituir uma oportunidade, pois é um tema bastante importante para os trabalhadores e responsáveis dos mesmos, tendo em conta que as condições de trabalho e saúde dos trabalhadores é igualmente importante pelo impacto positivo que pode advir para esta organização.

É do interesse dos Hospitais a análise e compreensão deste tema pois, através das mesmas, podem-se compreender e desenvolver estratégias de melhoria dos locais de trabalho e, conseqüentemente, da saúde ocupacional dos profissionais, contribuindo para a realização pessoal e profissional, para o desempenho, motivação e produtividade dos mesmos.

Assim, o objectivo geral desta investigação consiste em caracterizar as condições de trabalho dos profissionais de saúde do Centro Hospitalar São João – Pólo de Valongo e analisar o seu impacto na saúde.

Como objectivos específicos desta investigação, pretende-se:

- Caracterizar as condições de trabalho dos profissionais de saúde do Centro Hospitalar São João – Pólo de Valongo;
- Descrever os principais factores de penosidade à actividade, percebidos pelos trabalhadores em questão;
- Analisar o impacto das condições e trabalho na saúde destes profissionais;
- Identificar e analisar os factores/riscos gerais que se demonstraram mais significativos;
- Identificar e analisar os factores/riscos psicossociais que se demonstraram mais significativos.

5. Método

Para alcançar os objectivos propostos e referidos anteriormente, optou-se por realizar um estudo de caso de metodologia mista (quantitativa vs qualitativa).

A análise quantitativa foi realizada através da administração do inquérito INSAT (Barros-Duarte, Cunha & Lacomblez, 2010) e, a análise qualitativa foi realizada através da observação, permanência nos diferentes Serviços do Pólo de Valongo do CHSJ e, através da realização de entrevistas semi-estruturadas individuais e colectivas, bem como de *focus group*, que se demonstram eficazes na recolha de informação específica das percepções e opiniões dos trabalhadores face ao seu trabalho e à sua saúde. Neste sentido, o método qualitativo possibilitou a interpretação e compreensão dos dados obtidos e, da complexidade de determinadas situações que não são tão exploradas no INSAT.

5.1. Material

5.1.1. INSAT (2013)

O instrumento utilizado para a recolha dos dados para o estudo em questão foi o INSAT – Inquérito Saúde e Trabalho, um questionário em papel, de auto preenchimento, pelo próprio trabalhador, cuja aplicação se prevê acompanhada, centrado na pessoa, onde o principal objectivo é analisar as condições de trabalho e as suas consequências ao nível da saúde e bem-estar dos trabalhadores. A ideia subjacente é a de que o inquérito deve ser lido e interpretado de forma ajustada a cada realidade de trabalho, permitindo a interpretação das suas questões, a partir da referência a exemplos próximos da situação de trabalho dos participantes (Barros-Duarte & Cunha, 2014)

Segundo as autoras, este instrumento procura “compreender de que forma os trabalhadores avaliam as características e as condições do seu trabalho, o seu estado de saúde, e que tipo de relações estabelecem entre a sua saúde e o seu trabalho” (Barros-Duarte, Cunha & Lacomblez, 2007, p. 59).

O INSAT enquadra-se nos estudos epidemiológicos e foi construído a partir do contributo de diversos inquéritos europeus, desenvolvidos particularmente em França e em Portugal, podendo-se destacar o inquérito “Saúde, Idade e Trabalho” (SIT) (2001), o “*Surveillance Médicale des Riques Professionnels*” (SUMER) (1987,

1994/1995, 2002/2003) e o “*Évolutions et Relations en Santé au Travail*” (EVREST) (Barros-Duarte, Cunha & Lacomblez, 2007).

Este instrumento foi construído de modo a responder à complexidade do estudo das relações entre o trabalho e a saúde, tendo surgido a sua primeira versão em 2007, sendo actualizada em 2010 com base na sua aplicação em diferentes sectores de actividade e, novamente em 2013, a partir de novos desafios que se foram e têm vindo a ser colocados na vida de trabalho (Barros-Duarte & Cunha, 2014).

Desta forma, o INSAT tem vindo a evoluir, incorporando as evoluções que se vão fazendo visíveis no mundo do trabalho, mas também aquelas que se revelaram evidentes pelo contacto directo com as situações de trabalho analisadas e pela integração do ponto de vista dos seus protagonistas (Cunha & Barros-Duarte, 2010).

De facto, a complexidade que caracteriza as relações entre a saúde e o trabalho exige a compreensão de um conjunto de factores que integram mutuamente e a diferentes níveis da vida do indivíduo, solicitando, assim, uma abordagem global e multifacetada, sustentada em cinco pontos de ancoragem que traduzem os fundamentos teóricos-metodológicos do INSAT. Desta forma, este instrumento de avaliação constitui um bom exemplo, suficientemente atento à diversidade e variabilidade das questões que se colocam no contexto de trabalho e, mais concretamente, na actividade real de trabalho. Na verdade, é a actividade que influencia o conjunto de todas as acções que caracterizam o comportamento humano no trabalho e que, inevitavelmente, interferem na construção da saúde e do bem-estar, e na forma como são percebidas e explicitadas estas relações (Barros-Duarte & Cunha, 2014).

No decurso da aplicação do INSAT em contextos de trabalho tão distintos como aqueles onde já foi aplicado, foram sendo registados comentários e dúvidas, que fundamentaram algumas das alterações neste instrumento. Tais alterações emergiram, então, a partir do terreno, da experiência e dos saberes dos próprios trabalhadores, mostrando como os critérios que as autoras definiram para a avaliação das condições de trabalho exigem a “aderência” às situações concretas (Cunha & Barros-Duarte, 2010).

Este inquérito encontra-se estruturado numa lógica coerente, integradora e sequencial – do trabalho aos seus efeitos na saúde. Neste sentido, o INSAT encontra-se dividido em sete grupos principais: (I) O Trabalho; (II) Condições e características do trabalho; (III) Condições de vida fora do trabalho; (IV) Formação e trabalho; (V)

Saúde e trabalho; (VI) A minha saúde e o meu trabalho; e (VII) A minha saúde e o meu bem-estar (Barros-Duarte & Cunha, 2010; Barros-Duarte & Cunha, 2014).

Inicialmente, este instrumento apresenta algumas questões para recolha de informação de carácter sociodemográfico sobre o trabalhador (como por exemplo, o sexo, idade, nível de escolaridade) e sobre o enquadramento da empresa em que trabalha (como por exemplo, o sector de actividade, a dimensão da empresa, etc.) (Barros-Duarte & Cunha, 2010; Barros-Duarte & Cunha, 2014).

Apresentando de forma mais detalhada cada um dos sete grupos principais que compõem o INSAT, podemos dizer:

Grupo I – O Trabalho: é constituído por um conjunto de questões relativas à situação de trabalho, nomeadamente à especificação e caracterização do tipo de actividade, tipo de vínculo laboral e horário de trabalho.

Grupo II – Condições e características do trabalho: trata dos aspectos referentes à percepção de exposição pelo trabalhador: ambiente e constrangimentos físicos (ruído, vibrações, ambiente térmico, radiações, agentes biológicos e químicos, iluminação inadequada, entre outros); constrangimentos organizacionais e relacionais (tempos e ritmos de trabalho, autonomia e margens de iniciativa, relações de trabalho, contacto com o público e com os colegas, etc.); e características do trabalho, que integram questões relativas à forma como cada um caracteriza o seu trabalho (criatividade, complexidade, falta de equipamentos, satisfação com o trabalho, trabalho isolado ou sempre na presença dos outros, trabalho monótono ou sujeito a hipersolicitação, entre outros).

Grupo III – Condições de vida fora do trabalho: diz respeito às informações sobre a condição conjugal do trabalhador, número de filhos a seu cargo e ocupação de tempos livres. A problemática da conciliação da vida de trabalhado com a vida fora de trabalho é também questionada, assim como o tempo despendido em tarefas domésticas e/ou de apoio familiar, bem como a forma e o tempo das deslocações para o trabalho.

Grupo IV – Formação e trabalho: reúnem-se aqui as questões que permitem caracterizar se os trabalhadores tiveram formação profissional no último ano, o tipo de formação realizada e em que medida está relacionada com o seu trabalho.

Grupo V – Saúde e trabalho: neste grupo abordam-se aspectos relativos aos acidentes de trabalho e doenças profissionais que o trabalhador possa ter, sendo ainda

incluídas neste campo questões que permitem obter informações referentes aos riscos profissionais e à sua prevenção.

Grupo VI – A minha saúde e o meu trabalho: são exploradas questões relativas aos problemas de saúde físicos e psicossociais, que o trabalhador deve assinalar caso sinta ou já tenha sentido. Se a resposta for afirmativa, é-lhe solicitado um parecer sobre a relação desse problema ou queixa com o trabalho, ou seja, se esse problema poderá ter sido causado ou agravado pelo trabalho. Deste modo, pretende-se que as questões colocadas favoreçam a análise da associação que o trabalhador estabelece, ou não, entre os seus problemas de saúde e as características e condições do trabalho actual ou passado, sendo colocada a ênfase ao nível dos problemas que podem ter conduzido a determinadas limitações, mesmo que não se traduzam num quadro de patologia.

Grupo VII – A minha saúde e o meu bem-estar: este ponto avalia a percepção do estado de saúde dos trabalhadores. São abordados diversos aspectos sobre os problemas que as pessoas possam, eventualmente, ter no seu dia-a-dia. Caso o trabalhador sinta esses problemas, deve assinalá-los e, em caso de resposta afirmativa, terá de relacioná-los ou não com o seu trabalho, através do Perfil de Saúde de *Nottingham* (NHP), considerado um dos melhores instrumentos preditores da saúde (Barros-Duarte & Cunha, 2010; Barros-Duarte & Cunha, 2014).

5.1.2. Consentimento Informado

O Consentimento Informado (Anexo C) demonstra-se um documento de grande importância quando nos encontramos a desenvolver uma investigação e, quando para a mesma, é necessária a administração de um questionário. No entanto, vários autores referem que ao estarmos a fazer uma investigação, a exigência do preenchimento do Consentimento suscita a questão se tal exigência será adequada ou não, devido à suposta premissa de que estes sejam anónimos e confidenciais (Nunes, 2014).

Uma das perspectivas para a existência de um Consentimento Informado no decorrer de uma investigação é a de que haja uma definição concreta dos deveres e do compromisso do investigador para com os participantes (Ribeiro, 2002).

Nas investigações no campo da saúde, por norma, as instituições exigem que os investigadores sigam determinadas regras burocráticas, sendo, uma delas, a entrega de um Consentimento Informado aos participantes (Ribeiro, 2002).

Neste estudo em concreto, foi o que aconteceu, uma vez que foram elaborados diversos documentos para entregar à Comissão de Ética do CHSJ do Porto (CECHSJ) (Anexo B), tendo sido um deles o Consentimento Informado. No entanto, não houve permissão para utilizar o que a investigadora elaborou e apresentou com os restantes documentos pois a Comissão de Ética já tinha um modelo exemplar que era o que se esperava que fosse utilizado. Contudo, devido à administração conjunta de um Inquérito, uma das exigências das autoras do mesmo era que, com este, se entregasse também o modelo de Consentimento Informado que as mesmas desenvolveram. Juntamente com o pedido feito à Comissão de Ética do Hospital foi entregue o exemplar que me foi fornecido pelas autoras do INSAT e a explicação da utilização do mesmo, tendo este sido aceite e entregue no decorrer da investigação.

5.1.3. Informação ao Participante

A Informação ao Participante (Anexo D) foi um dos documentos que também foi elaborado, para anexar ao INSAT e ao Consentimento Informado, a entregar aos participantes deste estudo, tendo a mesma obedecido aos critérios impostos pela CECHSJ do Porto. Desta forma, em linguagem de fácil compreensão, foi obrigatório: identificar o estudo, identificar o investigador responsável pela investigação e a forma de este ser contactado pelos participantes, o objectivo da investigação, descrever sumariamente a metodologia a utilizar, quais os benefícios e os riscos esperados ou possíveis, referir que a participação era de carácter voluntário, havendo liberdade para decidir se pretendiam participar ou não, que poderiam desistir a qualquer momento do estudo sem que houvesse qualquer penalidade ou interferência ao fazê-lo, que a garantia da privacidade, anonimato e confidencialidade era assegurada e, ainda, que a investigação tinha sido aprovada pela CECHSJ.

5.1.4. Guião da Entrevista

O Guião de Entrevista (Anexo E) foi construído com o objectivo de recolher mais informação juntos dos inquiridos, bem como para aprofundar algumas questões que não foram suficientemente aprofundadas com a administração do INSAT e avaliar as especificidades dos vários contextos de trabalho onde os profissionais exercem a sua actividade.

Este foi elaborado com base na análise dos dados recolhidos, tendo havido um foco, na elaboração do mesmo, naqueles que se destacaram como os dados mais significativos e também os menos expectáveis, com o intuito de compreender o significado dos mesmos, enquadrando-os no real contexto de trabalho dos profissionais entrevistados. No entanto, também houve questões que, mesmo não tendo tido valores muito significativos, não deixaram de ser inseridas no Guião da Entrevista devido à relação e pertinência que poderiam ter em relação ao tema da investigação.

Para a realização das Entrevistas, por forma a garantir a confidencialidade e anonimato e, de maneira a pedir autorização para a gravação das mesmas e para utilizar informações e citações para a análise qualitativa desta investigação, foi elaborado um documento pela investigadora (Anexo F), que foi entregue pela mesma antes das entrevistas aos participantes, tendo sido o mesmo assinado por esta em frente aos mesmos, em que se comprometia a que todas as questões burocráticas e éticas eram respeitadas e, também assinado pelo entrevistado, por forma a autorizar a utilização dos dados e das citações obtidas com as Entrevistas (transcrições, Anexo F).

5.2. Procedimento

Com o intuito de desenvolver o estudo de investigação desta Dissertação de Mestrado no CHSJ do Porto, foi estabelecido um contacto com o SSO do mesmo. Para que pudesse integrar este Serviço e para a escolha do tema mais adequado, por fim a dar resposta às necessidades do mesmo, foram realizadas várias reuniões com o Dr. Pedro Norton (Director do SSO e orientador da instituição hospitalar deste estudo) e, com a Dra. Cláudia Vieira (Psicóloga do SSO).

Após as reuniões, estando definido o tema de forma geral e, em particular, que a investigação se iria realizar no Pólo de Valongo deste Centro Hospitalar, procedeu-se à elaboração dos vários documentos a entregar à CECHSJ e à Administração deste mesmo hospital, por forma a obter as autorizações necessárias para levar a cabo o estudo. Foi ainda feito um pedido de autorização para a utilização do instrumento INSAT (Anexo H) junto das autoras do mesmo, tendo sido este aceite.

Depois de um longo período de espera, foi finalmente dado o parecer da Administração e da CECHSJ, com a autorização para iniciar então o estudo em questão, no Pólo de Valongo.

Desta forma, passou-se para etapa seguinte que, consistia em ter reuniões com os Directores de Serviço dos diferentes Serviços do Pólo de Valongo, onde foi apresentado o estudo e o instrumento a utilizar, foi definida a planificação das fases de investigação e, onde foram ainda fornecidos os contactos dos restantes responsáveis dos Serviços para facilitar a recolha de dados nos mesmos, não interferindo na ordem de trabalhos das equipas dos Serviços em questão.

Posteriormente, deu-se início à administração do INSAT junto dos profissionais, tendo esta sido feita de diferentes formas: ou em pequenos grupos de profissionais de cada Serviço, de forma a investigadora estar presente durante o preenchimento dos mesmos e, possibilitando o esclarecimento de dúvidas, caso necessário; ou foram deixados questionários a alguns responsáveis dos Serviços, de acordo com o número de profissionais da população, para estes serem administrados pelos mesmos em reuniões de Serviço ou em tempos “de pausa” que pudessem existir. De referir ainda que, juntamente com os INSAT’s, foi entregue aos inquiridos a Informação ao Participante, o Consentimento Informado e, ainda, envelopes para que, depois de estarem os documentos preenchidos, serem colocados nos mesmos, por forma a garantir a máxima confidencialidade e anonimato dos dados.

Para além da administração dos Inquiridos, houve ainda a possibilidade de estar durante alguns períodos nos Serviços em questão, para análise do funcionamento, das condições e do real contexto de trabalho destes profissionais, por forma a que houvesse uma melhor e real compreensão de tudo o que está envolvente aos mesmos.

Seguidamente e após a recolha de todos os documentos, procedeu-se à codificação e lançamento dos dados obtidos através da administração do INSAT, numa matriz do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) para, posteriormente, no mesmo, estes serem submetidos a análise estatística.

Com isto, foi possível elaborar o Guião de Entrevista, numa perspectiva de que, desta forma, se poderia realizar uma entrevista onde fosse possível: aprofundar algumas questões tanto abordadas no instrumento, como não; fazer uma análise mais qualitativa dos dados obtidos, havendo um foco naqueles que eram realmente mais significativos e inesperados; e, ainda, através do relato dos profissionais, compreender ainda melhor o enquadramento dos dados no real contexto de trabalho.

As Entrevistas foram realizadas em salas específicas e autorizadas pelos respectivos Directores de Serviço, em dias acordados com os profissionais, tendo sido entrevistadas diferentes categorias profissionais: três enfermeiros, um médico, um

assistente técnico e um assistente operacional. Com a realização das mesmas, foi possível obter informações, relatos e exemplos de situações reais vivenciadas pelos profissionais deste Hospital, tendo, desta forma, sido possível fazer uma análise Qualitativa do estudo e, contribuído ainda para a compreensão dos dados obtidos através da análise Quantitativa.

5.3. Caracterização da Amostra

Este estudo compreende uma amostra probabilística de conveniência de profissionais de saúde do Pólo de Valongo do CHSJ. Os critérios de inclusão para a participação na investigação prendem-se com estarem actualmente a exercer nesta instituição.

Foi recolhida uma amostra de 62 indivíduos num universo de 110 profissionais de saúde dos três Serviços do Pólo de Valongo do CHSJ.

Destes 62 sujeitos, 13 são do sexo Masculino (22,4%) e 45 do sexo Feminino (77,6%), sendo 32 deles Casados (54,2%), 17 Solteiros (28,8%), 7 Divorciados (11,9%) e 3 em União de Facto (5,1%) (Tabela 1).

Quanto à Escolaridade destes profissionais (Tabela 1), 31 têm a Licenciatura (55,4%), 12 têm Formação Pós-graduada (21,4%), 5 têm o Ensino Básico – 3º ciclo (8,9%), 3 têm o Bacharelato (5,4%), 2 têm o Secundário (3,6%), 2 o Ensino Básico – 2º ciclo (3,6%) e 1 tem o Ensino Básico – 1º ciclo (1,8%).

Tabela 1 – Distribuição da Amostra

	N (%)
Sexo	58*
Masculino	13 (22,4)
Feminino	45 (77,6)
Estado Civil	59**
Solteiro	17 (28,8)
Casado	32 (54,2)
Divorciado	7 (11,9)
União de Facto	3 (5,1)
Escolaridade	56***
Ensino Básico (1º ciclo)	1 (1,8)
Ensino Básico (2º ciclo)	2 (3,6)
Ensino Básico (3º ciclo)	5 (8,9)
Secundário	2 (3,6)
Bacharelato	3 (5,4)
Licenciatura	31 (55,4)
Formação Pós-Graduada	12 (21,4)

* quarto inquiridos não responderam

** três inquiridos não responderam

*** seis inquiridos não responderam

Analisando a Idade desta amostra por classes (Tabela 2), podemos dizer que 14 sujeitos têm uma idade compreendida entre 30-34 anos (26,4%), 10 entre os 35-39 anos (18,9%), 7 entre os 40-44 anos (13,2%), 6 entre os 50-54 anos (11,3%), 6 entre os 55-59 anos (11,3%), 5 têm entre os 25-29 anos (9,4%), 4 entre os 30-34 anos (7,5%) e 1 tem entre os 60-64 anos (1,9%).

Relativamente à Actividade de Trabalho Principal que cada um destes indivíduos desempenha (Tabela 2), estes distribuem-se da seguinte forma: 31 são Enfermeiros (54,4%), 8 são Assistentes Operacionais (14,0%), 4 são Psicólogos (7,0%), 4 são Assistentes Técnicos (7,0%), 3 são Médicos (5,3%), 3 são Assistentes Sociais (5,3%), 3 são Terapeutas Ocupacionais (5,3%) e 1 é Fisioterapeuta (1,8%).

Tabela 2 – Distribuição da Amostra

	N (%)
Idade por classes	53*
25-29 anos	5 (9,4)
30-34 anos	14 (26,4)
35-39 anos	10 (18,9)
40-44 anos	7 (13,2)
45-49 anos	4 (7,5)
50-54 anos	6 (11,3)
55-59 anos	6 (11,3)
60-64 anos	1 (1,9)
Actividade de Trabalho Principal	57**
Assistente Operacional	8 (14,0)
Assistente Social	3 (5,3)
Assistente Técnico	4 (7,0)
Enfermeiro	31 (54,4)
Fisioterapeuta	1 (1,8)
Médico	3 (5,3)
Psicólogo	4 (7,0)
Terapeuta Ocupacional	3 (5,3)

* nove inquéritos não responderam

** cinco inquéritos não responderam

6. Resultados e Discussão

Nesta parte deste trabalho, serão apresentados e analisados os resultados obtidos e mais pertinentes no decorrer desta investigação.

Da mesma forma que foi caracterizada a amostra no ponto anterior, neste capítulo irei dar a conhecer os dados obtidos através da análise descritiva e de frequências realizada, tendo sido através da mesma possível encontrar quais os aspectos e valores mais significativos ($N(\%) = \text{ou} > a 0,5$) e, perceber quais as condições de trabalho e os riscos a que os participantes deste estudo percebem estar mais expostos (6.1. e 6.2.).

Deste modo, inicialmente, irei contextualizar cada um dos pontos de análise e, depois, enquanto vou apresentando os dados alcançados, irei realizar a discussão dos mesmos, recorrendo à teoria existente sobre este tema, à minha opinião e, também, refutando-os com citações obtidas nas entrevistas realizadas aos diferentes profissionais desta amostra. Por fim, no caso dos riscos do ambiente físico, irei apresentar uma Proposta de Avaliação e Prevenção dos mesmos.

Neste ponto que se segue, de forma geral, iremos então analisar o Ambiente Físico, os Constrangimentos Físicos e as Características do Trabalho.

6.1. Análise Geral dos riscos, situações e características a que estão expostos os Profissionais de Saúde do Pólo de Valongo do CHSJ

Alguns riscos ocupacionais comuns na actividade dos profissionais do meio hospitalar podem-se classificar como: do ambiente físico, gerados por ruídos e temperaturas extremas; químicos, representados por substâncias químicas nas formas líquida, sólida e gasosa; e biológicos, que compreendem os microrganismos (Espindola & Fontana, 2012).

Relativamente ao Ambiente Físico, começamos por analisar a exposição ao ruído nocivo ou incómodo. Pelos dados recolhidos, foi possível verificar que 51,8% dos inquiridos considera que se encontra exposto a este risco (Tabela 3). Este número não é muito esperado para o contexto em que foi desenvolvido este estudo, no entanto, depois de alguma permanência neste ambiente, acabamos por conseguir evidenciar algumas situações em que isso poderá acontecer, devido a algumas tarefas e ao meio em que estes profissionais actuam.

Tabela 3 – Ambiente Físico - Ruído Nocivo ou Incómodo

	N (%)
Exposto a Ruído Nocivo ou Incómodo	56*
Sim	29 (51,8)
Não	27 (48,2)

* seis inquéritos não responderam

Quanto à percepção dos profissionais acerca das condições de trabalho ambientais, como é o caso do ruído nocivo ou incómodo, Furtado e Júnior (2010) consideram que quando o mesmo é inadequado para a realização de uma assistência digna, com respeito ao ser humano e que permita a estabilização e tratamento dos pacientes atendidos, contribui para o esgotamento físico e emocional dos profissionais, sendo uma situação que decorre do ambiente em que eles trabalham e não gerada pelos próprios profissionais.

Isso é uma realidade vivenciada pelos profissionais desta amostra, a partir do momento em que estes se encontram num ambiente onde a presença de várias pessoas é permanente, bem como a utilização de determinados instrumentos leva a que tenham de realizar o seu trabalho nestas condições.

Quadro 1 – Ambiente Físico - Ruído Nocivo ou Incómodo

Citações
“Sim, o ruído, aqui, há dias que são para esquecer (...) temos na sala de espera, provocado pelos pacientes e a maior parte das vezes, pelos acompanhantes.” (E4)
“Sim, em relação ao ruído tenho, porque trabalho na esterilização com gás comprimido e faz muito barulho, mesmo muito elevado! Nós temos protectores (...) mas, mesmo assim, é um ruído muito elevado!” (E5)
“Como cirurgião, isso normalmente não acontece. Agora, no Serviço que dirijo, acontece no caso da esterilização, onde a lavagem é feita com ar comprimido e jactos de alta pressão e, isso, na verdade, traz um ruído ambiental mais excessivo para quem lida com eles.” (E6)

As citações do Quadro 1, permitem-nos compreender de que forma isso, de facto, acontece no meio hospitalar, sendo evidente que temos dois tipos de categorias profissionais que estão mais expostos a tal situação: os Assistentes Técnicos (E4), que

lidam com o ruído ao longo do dia, por parte dos pacientes e acompanhantes, na zona de recepção e da sala de espera; e os Assistentes Operacionais (E5), que têm de suportar ruídos extremamente elevados, apesar dos tampões de protecção que usam, para poder realizar as esterilizações com o ar comprimido e jactos de alta pressão. No entanto, profissionais como os Médicos e Enfermeiros também se encontram expostos a este risco, uma vez que no decorrer do seu dia de trabalho, em determinados momentos, também partilham os mesmos espaços que os Assistentes Técnicos e Operacionais.

Desta forma, num ambiente hospitalar existem inúmeras fontes de emissão de ruído ocupacional que irão influir na normal rotina clínica diária. Condições acústicas inadequadas poderão originar interacções psicossociais frágeis entre profissionais e pacientes, não havendo um discurso e fala fluentes e perceptíveis. Os trabalhadores têm de estar aptos a compreender e agir rapidamente perante determinados sinais e estímulos auditivos, tais como conversações importantes para a realização de determinada tarefa, sinais sonoros de alguns equipamentos médicos e sinais de alarme. Sem esta percepção, o profissional poderá não ter a performance adequada no seu serviço, originando um impacto negativo na prestação de cuidados, que poderá influenciar na segurança e saúde tanto do paciente, como do trabalhador (Silva, 2013).

Depois do ruído nocivo e incómodo, passamos para a análise de outro risco também relativo ao Ambiente Físico, que é o calor ou frio intenso (Tabela 4). Pela análise quantitativa, podemos verificar que 51,7% dos inquiridos considera que se encontra exposto a este risco. Tendo em conta que estamos a falar de uma instituição hospitalar, este é um dos valores que não é muito expectável.

Tabela 4 – Ambiente Físico - Calor ou Frio Intenso

	N (%)
Exposto a Calor ou Frio Intenso	58*
Sim	30 (51,7)
Não	28 (48,3)

* quatro inquiridos não responderam

Sabe-se que o desconforto térmico acarreta prejuízos à saúde dos trabalhadores, ocasionando a diminuição da capacidade de concentração e o aumento da fadiga, podendo favorecer a incidência de acidentes. Além disso, as temperaturas elevadas não são adequadas ao ambiente de trabalho em saúde devido à proliferação de microorganismos acelerada pelo calor, elevando o risco de infecções entre usuários e trabalhadores (Rodrigues, Silva, Silva, Martiniano, Silva & Martins, 2012).

Um estudo realizado em Dezembro de 2005, a 19 hospitais de Norte a Sul de Portugal, revelou que as medidas para o controlo das infecções hospitalares no que respeita à qualidade do ar não são suficientes. Nesse estudo, em mais de metade dos hospitais foram encontradas amostras de ar em que o número de bactérias superava o valor máximo indicado pela OMS para ambientes saudáveis: 500 ucf/m³ (unidades formadoras de colónias por metro cúbico). Em alguns casos, os valores detectados rondavam as 900 ufc/m³, quase o dobro do valor preconizado pela OMS. No Hospital dos Capuchos, em Lisboa, e no Hospital Pediátrico de Coimbra, foram encontradas quantidades de bactérias acima do limite indicado pela OMS em mais de uma amostra (Saúde, 2005).

Esta também é uma realidade com que este grupo de trabalhadores se tem de deparar o que, de certa forma, poderá ser preocupante, pois não é previsível que tal aconteça neste contexto. Por exemplo, um hospital, já de si é um local de risco a partir do momento em que é onde as pessoas doentes se vão tratar, havendo, à partida, já um risco de contágio, contaminação ou infecção. Quanto a isso ainda acrescentamos, a situação de calor intenso, passa a haver um aumento ainda maior do risco de infecção entre os doentes e os profissionais. Se acrescentássemos a situação de frio intenso, o cenário também não se tornaria melhor, pois alguém doente a ter de se submeter a essas condições, provavelmente acabaria por piorar; e, no caso de um profissional, estaria em péssimas condições ambientais físicas para realizar o seu trabalho.

Quadro 2 – Ambiente Físico - Calor ou Frio Intenso

Citações
“O meu termóstato está sempre no quente. Como o doente vem da sala de operações e é uma sala que tem de estar a uma temperatura baixa para não haver proliferação de germes, o doente e os profissionais que lá trabalham estão expostos ao frio. Quando o doente vem para o recobro, tem o ambiente aquecido, para não haver hipotermia (...) é mais aconchegante mas, para mim, é extremamente quente!” (E2)
“As salas nem sempre estão à mesma temperatura (...) é capaz de passar de excessivamente fria para quente (...) Não há um meio termo!” (E3)
“Há ar condicionado mas, nós não temos acesso ao seu funcionamento (...) quando pedimos para mexerem, ora fica demasiado frio, ora fica demasiado calor!” (E4)
“A temperatura neste Serviço é sempre inconstante. É as salas do bloco mais frias, o recobro mais quente e, é com isso que temos de lidar (...) ainda agora estive doente e essa inconstância de temperatura não ajuda nada...” (E5)
“O ar condicionado, infelizmente, nem sempre funciona de forma eficaz...” (E6)

Através das citações do Quadro 2, podemos entender o porquê do número obtido na análise quantitativa a esta amostra. Vemos que os profissionais deste meio se encontram expostos a estas mudanças extremas de temperatura pois, em primeiro lugar, tudo o que é funcionamento de ventilação, não pode ser controlado pelos próprios, tendo de ser alguém externo aos diferentes Serviços a realizar as alterações climáticas; e depois, o facto de, por questões internas ao funcionamentos dos Serviços, existirem diferenças significativas de temperatura entre diferentes espaços, como é o caso exemplificativo das diferenças entre as salas de operações e o recobro.

Dentro do Ambiente Físico, analisemos agora o risco relativo à exposição a agentes biológicos (Tabela 5). Pela análise quantitativa, apurou-se que 78,3% dos participantes considera que se encontra exposto a este risco. É um valor um pouco elevado mas, dentro deste tipo de riscos, acaba por ser expectável que tal aconteça, devido ao tipo actividade que estamos a analisar, onde o contacto com agentes deste tipo é frequente.

Tabela 5 – Ambiente Físico - Agentes Biológicos

	N (%)
Exposto a Agentes Biológicos	60*
Sim	47 (78,3)
Não	13 (21,7)

* dois inquéritos não responderam

No contexto hospitalar a exposição a agentes biológicos, potenciadores de contaminação, também é frequente, havendo uma grande variedade de possíveis agentes a que os profissionais deste meio se encontram expostos, uma vez que o contacto com estes faz parte das ordens de trabalho das suas actividades. Segundo um estudo exploratório da análise quantitativa de Cardoso & Figueiredo (2010), com profissionais da área hospitalar, foi possível observar 238 procedimentos com possível risco de contacto com material biológico, sendo que 90% envolviam o uso de agulhas ou contacto com sangue.

Esta é igualmente uma realidade com que estes profissionais se têm de deparar todos os dias. Como também visto na parte teórica deste trabalho, os profissionais de saúde estão em constante risco de sofrer com a exposição a este tipo de agentes, pois deles fazem parte, por exemplo, os vírus, as bactérias e os fungos, bem como as secreções, o sangue, as agulhas, ou até mesmo a saliva. Ao haver um contacto directo e permanente com pessoas que se encontram doentes e que necessitam dos seus cuidados, torna-se evidente a exposição dos mesmos a este tipo de risco.

Quadro 3 – Ambiente Físico - Agentes Biológicos

Citações
“Agentes biológicos são, basicamente, o sangue, as secreções...” (E1)
“Também estamos constantemente expostos a feridas abertas (...) e no final das cirurgias temos sempre de manusear o material sujo” (E3)
“Sim, lido com agentes biológicos diariamente porque faço a recolha dos lixos, as separações na parte exterior das salas...” (E5)
“Como cirurgião, já aconteceu ter tido um susto ou outro, pois é uma das profissões de mais alto risco de contágio com materiais biológicos (...) eu nunca tive Hepatite A (...) e, no entanto, apanhei-a de algum doente quando me piquei, porque neste momento, eu sei que tenho marcadores para Hepatite A quando eu nunca tive!” (E6)

Analisando o Quadro 3, podemos confirmar que existem inúmeros tipos de agentes biológicos presentes na actividade destes profissionais, e em concreto nos indivíduos desta amostra, como: sangue, secreções, feridas, material utilizado após cirurgias ou pequenas acções médicas, como por exemplo, um bisturi ou de uma agulha, os lixos dos serviços que contém material também já utilizado, entre muitos outros, o que faz com que estes sujeitos vivenciem, de facto, “uma das profissões de mais alto risco”, pois podem ser contagiados ou infectados no seu acto profissional.

Segundo Faria (2008), a cada ano, cerca de 18 mil profissionais de saúde são expostos profissionalmente ao contacto com o sangue e, devido a acidentes de trabalho, são grande parte deles infectados pelo Vírus da Hepatite B (VHB).

Aliás, na citação E6, temos ainda o caso real de um médico que não tinha Hepatite B e, devido à sua actividade prática diária, contraiu o vírus. Perante isto, este é, sem dúvida, um risco muito delicado e com o qual devem continuar a existir cuidados extremos e a serem tomadas medidas sérias e conscientes de protecção durante o manuseamento e contacto de/com estes agentes.

Ainda dentro do Ambiente Físico, analisemos, por último, o risco de exposição a agentes químicos (Tabela 6). Pela análise quantitativa, podemos ver que 52,6% dos profissionais considera que se encontra exposto a este risco. Tal como a exposição aos agentes biológicos, a exposição a agentes químicos também é esperada junto deste conjunto de trabalhadores do ramo hospitalar, uma vez que algumas tarefas que têm

de realizar, bem como alguns materiais que têm de utilizar para realizar as mesmas, fazem parte integrante deste tipo de agentes.

Tabela 6 – Ambiente Físico - Agentes Químicos

	N (%)
Exposto a Agentes Químicos	57*
Sim	30 (52,6)
Não	27 (47,4)

* cinco inquéritos não responderam

Todos os dias uma variedade de substâncias tóxicas são expostas aos trabalhadores da área da saúde. Esterilizantes, solventes, anestésicos, desinfetantes, anticépticos, produtos de limpeza, detergentes e medicamentos diversos são manipulados pelos profissionais deste contexto. Visto que as substâncias químicas podem estar presentes no ar, na água ou no solo, podem acarretar danos à saúde dos trabalhadores, devendo-se analisar as mesmas tendo em conta a sua concentração, o tempo de exposição do trabalhador, as características das substâncias, bem como a susceptibilidade pessoal. O uso de equipamentos de protecção individual contribuirá para a maior isenção de danos à saúde mas, não existem substâncias químicas seguras, existem apenas maneiras seguras de as utilizar (Silva, 2014).

Deste modo e de igual forma, os agentes químicos fazem parte da realidade laboral destes profissionais. É um tipo de agente que, quando presente, seja na forma que for, também desencadeia efeitos extremamente perigosos e negativos à saúde daqueles que se encontram exposto aos mesmos. Independentemente do tempo de exposição, a longo prazo, é um tipo de agente que causa graves problemas.

Quadro 4 – Ambiente Físico - Agentes Químicos

Citações
“Agentes químicos, os alogenatos (...) e talvez mais a nível anestésico...” (E1)
“Sim, como faço parte da limpeza (...) os produtos que nós pomos nos contentores para fazer a compressão dos sacos para baixo e os vapores; as misturas de fármacos...” (E5)
“Nós cirurgiões também lidamos com agentes químicos, não são só os responsáveis pela limpeza. Só as lavagens de mãos, por exemplo, são com agentes químicos que utilizamos para as lavar e desinfectar e são agressivos para a pele (...) e nós não lavamos as mãos só uma vez, são pelo menos 9 doentes operados, logo, 9 lavagens! (...) Alguns enfermeiros também lidam com outros químicos, como é o caso do formaldeído...” (E6)

Como podemos confirmar pelas citações do Quadro 4, existem também bastantes e diferentes tipos de agentes químicos no meio hospitalar, com: alogenatos, anestésicos, formaldeído, fármacos, produtos de limpeza e de lavagem/desinfecção, entre outros. Lidar com este tipo de agentes requer todo o cuidado e atenção, pois o mau uso dos mesmos pode levar a graves repercussões na saúde dos sujeitos, devendo fazer-se um uso consciente e, seguindo sempre as normas de segurança e higiene.

Também podemos verificar, pelas verbalizações obtidas nas entrevistas que há duas categorias profissionais que se destacam pelo uso mais frequente deste género de agentes: os Médicos (E6), através do manuseamento de fármacos ou da lavagem repetitiva das mãos; e os Assistentes Operacionais (E5), que são os responsáveis pelas limpezas dos serviços, estando expostos a produtos de limpeza agressivos. Contudo, os restantes profissionais, também se encontram expostos a estes agentes, uma vez que também estão inseridos para uma boa prática das suas funções e, como já referido, estes podem encontrar-se em diferentes formas, podendo alguns profissionais estarem, por vezes, expostos aos mesmos e não darem conta disso.

Depois de apresentados e analisados os dados relativos aos riscos do Ambiente Físico laboral, torna-se então pertinente passar para a Proposta de Avaliação e Prevenção de cada um deles. Optou-se por fazer uma para cada um, tendo em conta que cada um deles tem as suas particularidades e especificidades. No entanto, não deixam de existir fases em que as medidas ou processos a ter em conta, são transversais a todos eles.

Proposta de Avaliação e Prevenção do Ruído

Na identificação das situações de risco, devem caracterizar-se o ruído, as fontes e condições de propagação, bem como as medidas de protecção colectiva e individual adoptadas.

Na realização das medições que visem aferir a exposição dos trabalhadores ao ruído, as metodologias e os equipamentos de medição utilizadas deverão encontrar-se ajustados às especificidades das condições laborais a rastrear, tais como as características do ruído a medir, a duração da exposição ao ruído e aos factores ambientais. Nesse sentido, as metodologias e equipamentos de medição deverão permitir a determinação dos parâmetros e a verificação da ultrapassagem, ou não, dos valores da exposição legalmente fixados. Para a medição dos níveis sonoros são utilizados sonómetros, que fornecem uma medida objectiva e reproduzível do nível do som, devendo este instrumento ser sujeito, no local, a uma verificação, antes e depois de cada medição ou série de medições.

Na avaliação e redução destes risco, a responsabilidade e actuação do empregador é a de:

- Avaliação dos riscos regularmente actualizada, sempre que haja alterações significativas;
- A garantia do fornecimento e utilização de protectores auriculares individuais e/ou colectivos, assegurando o controlo da eficácia da utilização dos mesmos;
- Delineamento e aplicação de um conjunto de medidas técnicas e/ou organizacionais visando a redução da exposição;
- Sinalização de segurança e saúde dos locais de trabalho;
- Delimitação e restrições de acesso aos locais de trabalho;
- Identificação das causas da ultrapassagem dos valores limites de exposição (se for o caso);
- Informação e, se necessário, formação dos trabalhadores expostos e seus representantes, no que respeita: aos riscos da exposição ao ruído para a segurança e saúde; às medidas adoptadas para eliminar ou reduzir os riscos de exposição; aos valores-limites de exposição e os valores de acção; aos resultados das avaliações e das medições de ruído realizadas; à correcta utilização dos protectores auriculares; aos cenários de direito à vigilância específica da saúde; e às práticas de trabalho mais seguras;

- Informação/Consulta dos trabalhadores expostos e seus representantes, sobre a avaliação dos riscos, as medidas destinadas à redução da exposição e a selecção dos protectores auriculares;
- Vigilância da saúde através da realização de exames audiométricos para verificação (que deverá ser anual) da função auditiva.

Desta forma, como medidas de prevenção de carácter geral, penso que se deve:

- Fornecer informação e formação adequada sobre os riscos potenciais da exposição ao ruído e os resultados das avaliações da exposição pessoal diária, dos valores máximos de pico do nível de pressão sonora a que cada trabalhador se encontra exposto durante o trabalho, assim como do seu significado;
- Informar sobre as medidas a adoptar ou já adoptadas para controlar a exposição ao ruído;
- Proceder à vigilância médica e audiométrica dos trabalhadores expostos;
- Realização de um exame inicial antes da exposição e exames periódicos;
- Reduzir ao nível mais baixo possível as exposições dos trabalhadores ao ruído durante o trabalho, tendo em consideração o progresso técnico, de modo a serem sempre inferiores aos valores definidos na legislação específica;
- Sinalização do acesso às zonas de trabalho com ruído;
- Avaliar a exposição pessoal diária de cada trabalhador ao ruído durante o trabalho, no início da actividade e periodicamente, no caso de serem excedidos os valores de acção inferiores. Assegurar, ainda, avaliações suplementares no caso de ocorrerem modificações nos postos de trabalho que provoquem uma variação significativa da exposição.

Proposta de Avaliação e Prevenção do Ambiente Térmico

Na avaliação das situações de risco deve-se ter em atenção:

- Situações de *stress* térmico, onde se deve caracterizar as fontes de calor e condições de exposição (tempo, vestuário, actividade);
- Situações de conforto térmico, onde se deve caracterizar a exposição a ambientes térmicos moderados (parâmetros ambientais, vestuário, actividade), e caracterizar os sistemas de climatização e ventilação.

A temperatura dos locais de trabalho deve ser adequada ao organismo e ter em conta os métodos de trabalho e os constrangimentos físicos inerentes à execução do trabalho. Se possível, há que eliminar os riscos, impedindo a laboração em condições ou factores climáticos que ultrapassem os valores relativos à fadiga e ao desconforto térmico.

Ao nível da limitação dos efeitos dos riscos, a meu ver, devem ser tomadas medidas de diferentes tipos, tais como:

Medidas de concepção

- assegurar a qualidade de concepção, aquisição e manutenção dos sistemas de ventilação e climatização;
- ventilação e aspiração localizadas;
- previsão das necessidades de insuflação de ar quente em zonas frias.

Medidas organizacionais

- limitação do tempo de exposição;
- introdução de intervalos de descanso;
- selecção dos períodos do dia mais adequados para a execução de determinadas tarefas no trabalho;
- automatização de processos;
- alteração das instalações ou da implantação de postos de trabalho.

Medidas materiais

- controlo das fontes de emissão;
- substituição de equipamento de trabalho;
- protecção das paredes e tectos opacos;

Medidas de protecção individual

- utilização de equipamentos de protecção individual e de vestuário adequados;

Medidas de vigilância médica

- dos trabalhadores expostos a ambientes térmicos agressivos.

Proposta de Avaliação e Prevenção dos Agentes Biológicos

A avaliação de riscos deve integrar a determinação da natureza e do grupo do agente biológico, bem como o tempo de exposição dos trabalhadores, tendo em conta informações que dizem respeito: à classificação dos agentes que podem apresentar riscos para a saúde; aos trabalhadores com sensibilidade particular (grávidas, trabalhadores com medicação, etc.); a recomendações da autoridade de saúde; conhecimento técnico sobre doenças relacionadas com a natureza do trabalho; e o conhecimento de doenças anteriores de trabalhadores, relacionadas com o trabalho.

O empregador deve proceder à avaliação de riscos tomando em consideração:

- as informações técnicas sobre os produtos ou agentes biológicos;
- o tempo de exposição dos trabalhadores a esses agentes;
- a natureza do grupo do agente biológico;
- o perigo resultante da presença simultânea de várias categorias de agentes biológicos;
- o tipo de produtos biológicos habitualmente manipulados;
- o estado de saúde dos profissionais e as respectivas vulnerabilidades individuais;
- as vias de entrada no organismo.

Para a avaliação objectiva do risco por contaminação biológica procede-se primeiro à identificação dos diversos microrganismos presentes no local de trabalho, tendo presente que cada um deles em uma perigosidade intrínseca em função da sua capacidade patogénica e das possibilidades de contágio. Em segunda instância, efectua-se a medição e a quantificação dos mesmo e a consequente determinação do grau de exposição dos trabalhadores.

A identificação dos riscos assenta numa recolha de informação à cerca dos grupos de agentes, modos de transmissão, quantidades no material manipulado e vias de entrada.

A avaliação pressupõe o conhecimento de: frequência e duração da exposição; organização do trabalho; posto de trabalho; possíveis riscos para o trabalhador; e medidas a executar.

Como medidas de prevenção para este risco, devem ser tomadas medidas de diferentes tipos:

Medidas de redução da exposição

- substituição do agente biológico por um agente menos perigoso;
- prevenção da exposição mediante medidas físicas;
- limitação dos trabalhadores expostos;
- modificação de processos de trabalho e técnicas de controlo;
- aplicação de medidas de protecção colectiva e, complementarmente, de protecção individual;
- utilização da sinalização de segurança (sinal indicativo de perigo biológico);
- aplicação de medidas de higiene que eliminem ou reduzam a potencial disseminação de um agente para fora do local de trabalho (descontaminação e limpeza das instalações, proibição de comer ou fumar, fornecimento de vestuário de protecção adequado, etc.);
- implementação de processos de trabalho para a recepção, manipulação e transporte;
- elaboração de planos de acção, a activar em caso de acidente.

Medidas de vigilância médica

- exames de pré-colocação em função do estado de saúde e sensibilidade do trabalhador;
- exames periódicos e ocasionais em função do agente, do tipo de trabalho e das características do trabalhador;
- procedimento de:
 - registo da história clínica e profissional;
 - avaliação individual do estado de saúde;
 - vigilância biológica;
 - rastreio de efeitos precoces e reversíveis;
 - avaliação do estado imunitário e actualização da vacinação geral e específica (se necessária).

Medidas de formação e informação

Devem ser asseguradas no início da actividades e ajustadas à evolução dos riscos existentes e ao surgimento de novos riscos e incluir:

- riscos potenciais para a saúde;
- medidas para evitar a exposição aos riscos existentes;
- normas de higiene;
- utilização dos equipamentos e vestuário de protecção;
- medidas a executar pelos trabalhadores em caso de incidente.

Proposta de Avaliação e Prevenção dos Agentes Químicos

Na identificação de todos os agentes e substâncias perigosas que possam constituir perigo para a segurança e saúde dos trabalhadores, deverá ter-se em conta, nomeadamente: as suas propriedades perigosas (tóxicas, cancerígenas, mutagénicas, nocivas, irritantes, sensibilizantes, inflamáveis, explosivas, comburentes ou corrosivas) e as informações relativas à segurança e à saúde que constam nas fichas de dados de segurança, de acordo com a legislação aplicável, fornecidas pelos fabricantes ou importador, tendo de estar as mesmas redigidas na língua do país em que se aplicam.

O exercício de actividades que envolvem agentes químicos perigosos só pode ser iniciado após a avaliação dos riscos e a execução das medidas preventivas seleccionadas.

A avaliação da exposição a agentes químicos nos locais de trabalho, deverá ter em conta: a natureza, o grau e a duração da exposição; os trabalhadores expostos; a avaliação da concentração média ponderada de um agente químico presente na atmosfera do local de trabalho; os valores-limite obrigatórios e os valores-limite biológicos, assim como os valores-limite de exposição profissional, com carácter indicativo, estabelecidos pela legislação em vigor; os resultados disponíveis sobre qualquer vigilância da saúde já efectuada; e a determinação da quantidade de substâncias perigosas utilizadas ou armazenadas.

A avaliação dos riscos de exposição de agentes químicos no local de trabalho deve: ser revista sempre que ocorram alterações significativas que a tornem desactualizada, nas situações em que tenha sido ultrapassado um valor-limite de exposição profissional obrigatório ou um valor-limite biológico e nas situações em que os resultados da vigilância da saúde o justifiquem; e, identificar as actividades que impliquem a exposição a vários agentes químicos perigosos e ter em conta os riscos resultantes da presença simultânea de todos esses agentes.

As medidas de prevenção devem assegurar a protecção dos trabalhadores contra os riscos para a sua segurança e saúde resultantes dos efeitos dos agentes químicos e da utilização de substâncias perigosas, em particular, na fase da concepção. Não sendo possível eliminar ou substituir o agente químico perigoso, deve ter-se em conta o resultado da avaliação efectuada e aplicar medidas de controlo adequadas, podendo envolver diferentes domínios, como:

Medidas organizacionais

- organização da prevenção com programas dirigidos para a especificidade dos riscos;
- concepção dos processos de trabalho e de controlos técnicos apropriados;
- utilização de métodos de trabalho adequados, nomeadamente, disposições que assegurem a segurança durante o manuseamento, armazenagem e transporte de substâncias e preparações perigosas e dos resíduos que as contenham.

Medidas técnicas

- redução da quantidade de agentes químicos e substâncias perigosas nos locais de trabalho;
- utilização de equipamentos e materiais adequados que permitam evitar ou reduzir ao mínimo a libertação de substâncias perigosas;
- redução ao mínimo da duração e grau de exposição e do mínimo de trabalhadores expostos;
- elaboração de um plano de emergência em função do risco de acidente;
- aplicação de medidas de protecção colectiva na fonte do risco, designadamente de ventilação, segregação, armazenamento e de medidas organizativas adequadas;
- adopção de medidas de protecção individual, incluindo a utilização de equipamentos de protecção individual, se não for possível evitar a exposição por outros meios.

Medidas de vigilância médica

- vigilância da saúde dos trabalhadores expostos e susceptíveis de contrair doenças;
- criação de rotinas específicas nos exames de admissão, periódicos e ocasionais, que atendam ao agente, às características de exposição e ao trabalhador;
- vigilância dos parâmetros biológicos e rastreio dos efeitos precoces e reversíveis.

Medidas de formação e informação

- informar os trabalhadores à cerca dos riscos conexos com a exposição e os resultados das avaliações;

- assegurar formação contínua em práticas e procedimentos de segurança;
- utilizar as informações das fichas de dados de segurança para a preparação das instruções.

Os locais de trabalho devem manter registos das fichas de dados de segurança das quantidades de substâncias perigosas utilizadas ou armazenadas. Devem organizar-se registos de dados e conservar arquivos actualizados sobre os níveis de exposição a agentes químicos perigosos, bem como os resultados da vigilância da saúde de cada trabalhador. A identificação das substâncias perigosas e os resultados das avaliações dos riscos nos locais de trabalho devem constar em documentos escritos.

Para além dos Constrangimentos Ambientais, os profissionais do meio hospitalar também estão expostos a Constrangimentos Físicos, que levam a que estes estejam expostos a riscos que também poderão causar graves danos à sua saúde, como é o caso de: ter de permanecer muito tempo de pé, adoptar posturas penosas, ou de fazer esforços físicos intensos.

Avançando então para os Constrangimentos Físicos, começemos pela análise da exposição ao risco de ter de permanecer muito tempo de pé com deslocamentos (Tabela 7). Pela análise quantitativa, podemos verificar que 57,1% dos inquiridos considera que se encontra nesta situação. Este valor não é muito inesperado pois já a ideia que uma pessoa tem da realidade hospitalar é a de que os profissionais, por norma, andam sempre de um lado para o outro, a prestar os cuidados necessários e a dar resposta às tarefas que lhes são impostas ou solicitadas.

Tabela 7 – Constrangimentos Físicos - Muito tempo de pé com deslocamentos

	N (%)
Muito tempo de pé com deslocamento	56*
Sim	32 (57,1)
Não	24 (42,9)

* seis inquéritos não responderam

O corpo humano pode ser submetido a carga física resultante da combinação da postura, do movimento e do esforço muscular. Esta carga compreende dois tipos de esforços musculares: um estático, onde os músculos se encontram permanentemente contraídos e os vasos sanguíneos são comprimidos pela contracção, causando uma má irrigação e insuficiente oxigenação; e um dinâmico, onde existe um esforço muscular decorrente da alternância de períodos de contracção e de relaxação, o que permite uma boa irrigação sanguínea mas, acarreta uma certa fadiga em função do consumo de energia (Silva, Silva & Nelson, 2015).

Quadro 5 – Constrangimentos Físicos - Muito tempo de pé com deslocamento

Citações
“As deslocações são constantes (...) ora estamos no recobro, ora vamos para a indução, como temos de ir fazer registos (...) mas, quem está a instrumentar está numa situação pior, porque se for uma cirurgia um bocadinho mais prolongada, têm de ficar mesmo muito tempo de pé mas, parado” (E2)
“Muito tempo... Com e sem deslocamentos!” (E3)
“Aqui passa-se o contrário! Passamos muito tempo mas é sentados!” (E4)
“Com deslocamento, julgo que não é bem isso que acontece. No caso de um cirurgião, o que acontece realmente é estar muito tempo de pé mas, sem deslocamentos! (...) Passo muito tempo de pé parado, porque opero de pé; ou passo muito tempo sentado, a fazer consulta...” (E6)

Quando analisamos as citações do Quadro 5, verificamos que este cenário não é considerável em todas as categorias profissionais deste contexto. A meu ver, aqueles que se revêem realmente nesta situação são os Enfermeiros (E2 e E3), pois são aqueles que relatam realmente situações de terem de andar sempre de um lado para o outro. No entanto, tivemos duas categorias profissionais que não se revisaram nesta situação, como é o caso: dos Assistentes Técnicos (E4), que são os responsáveis pela recepção e atendimento aos pacientes, bem como dos trabalho mais ao nível de secretariado, tendo de passar muito tempo sentados, por exemplo, em frente ao computador; e os Médicos, que ou passam muito tempo de pé parados, a operar, ou passam muito tempo sentados a fazer consulta. De referir que, dada a diferença de opiniões por categoria profissional, a meu ver, o valor quantitativo obtido se deveu ao facto de, esta amostra, ser principalmente constituída por Enfermeiros.

Seguidamente, na análise dos Constrangimentos Físicos, passemos aos dados estatísticos relativos ao risco de ter de adoptar posturas penosas (Tabela 8). Podemos verificar que 61,4% dos inquiridos considera que se encontra nesta situação. Este número não se torna muito surpreendente a partir do momento que, é de conhecimento geral, que neste contexto, há diversas situações e funções que implicam que haja a adopção de posturas incorrectas, levando à penosidade dos profissionais.

Tabela 8 – Constrangimentos Físicos - Adotar posturas penosa

	N (%)
Adotar posturas penosas	57*
Sim	35 (61,4)
Não	22 (38,6)

* cinco inquéritos não responderam

No processo de trabalho destes profissionais, executam-se acções que levam a que façam um grande esforço físico, através da adopção de posturas penosas e inadequadas, em procedimentos como, ter de transportar pesos, sejam eles materiais ou pacientes, a aplicação de vacinas ou até a realização de curativos. Estas condições favorecem o surgimento de lesões músculo-esqueléticas que podem ocasionar adoecimento, facto que gera altos índices de absentismo (Rodrigues, Silva, Silva, Martiniano, Silva & Martins, 2012).

Apesar dos avanços que são feitos nas condições, nos instrumentos e nos métodos de trabalho desta categoria de trabalhadores, esta problemática continua a ser uma das que é evocada quando se fala na saúde e bem-estar dos profissionais das diferentes categorias, pois continua a estar muito presente e a desencadear situações constringedoras aos mesmos, bem como às organizações onde exercem.

Quadro 6 – Constrangimentos Físicos - Adotar posturas penosas

Citações
“(…) temos de transportar os doentes (…) as camas sempre têm o benefício da possibilidade de as elevar e ajustar à nossa altura para termos uma postura melhor, que no levantamento como no posicionamento dos doentes” (E2)
“Sim, dores de costas, músculo-esqueléticas (…) e quando temos de passar os doentes de uma cama para a outra, temos de ter em atenção a postura que adoptamos…” (E3)
“É horrível! (…) até tenho de tomar medicação, pôr água quente (…) tento adoptar a segunda para evitar tomar medicação, se não, tinha de tomar todos os dias!” (E4)
“Sim, isso temos algumas situações, como é o caso do transporte dos contentores” (E5)
“Temos de estar virados para os doentes, em posições viciosas, que depois até provocam doenças profissionais, causadas pelos posicionamentos durante horas (…) Já cheguei a ficar 14h de pé! Em posições, algumas, ingratas!” (E6)

Ao analisarmos o Quadro 6, através das citações, podemos realmente constatar que é uma realidade vivida por estes profissionais, sendo transversal a todas as categorias, pois tanto Enfermeiros (com o transporte ou levantamento dos doentes), como Assistentes Técnicos (com o posicionamento diário) ou Assistentes Operacionais (com o transporte de cargas, como os contentores), bem como Médicos (com as posturas que têm de adoptar, por exemplo, durante uma operação), deparam-se com diferentes situações que os obrigam a adoptar posturas penosas, causando, a longo prazo, danos graves à sua saúde, podendo levar até mesmo a doenças profissionais.

Ainda dentro dos Constrangimentos Físico, analisemos agora, por último, a exposição risco de fazer esforços físicos intensos (Tabela 9). Pela análise quantitativa, podemos verificar que 53,6% dos inquiridos considera que se encontra nesta situação. Tendo em conta a análise já feita dos outros dois riscos de exposição a constrangimentos físicos, podemos considerar que este valor é de certo modo esperado, pois ao realizarem tarefas como as já referidas, como por exemplo, o ter de transportar os doentes ou alguns materiais, como os contentores, implicam para além da adopção de posturas incorrectas, uma força extrema por parte destes indivíduos, levando, conseqüentemente, a que tenham de fazer esforços físicos intensos.

Tabela 9 – Constrangimentos Físicos - Fazer esforços físicos intensos

	N (%)
Fazer esforços físicos intensos	56*
Sim	30 (53,6)
Não	26 (46,4)

* seis inquéritos não responderam

Quando o trabalhador está exposto a esforços físicos intensos e repetitivos, ele não padecerá apenas de danos à sua saúde, mas também de um conseqüente dano existencial, uma vez que com o tempo, isso lhe trará problemas ao nível do conseguir realizar em condições as tarefas inerentes à sua actividade profissional (Rodrigues, 2015).

Esta é também, sem dúvida, uma realidade com que os profissionais deste sector se deparam. Como referido, é uma problemática que é analisada não só ao nível da saúde física, pois pode levar a situações de lesão física, como é o exemplo das músculo-esqueléticas mas, também ao nível emocional, ao poder trazer implicações na capacidade real de realização das tarefas das suas profissões.

Quadro 7 – Constrangimentos Físicos - Fazer esforços físicos intensos

Citações
“Esforços físicos intensos destacaria realmente o ter de levantar/movimentar os doentes (...) então quando são mais pesados...” (E1)
“Sim, fazemos (...) no transporte das camas e dos doentes somos obrigados a fazer esforços que, ao nível da ergonomia, não são perfeitos mas, também não é fácil...” (E2)
“Ficamos muito tempo de pé mas, fazemos os possíveis para mexer as pernas, das uns passos (...) Há doentes que pesam balúrdios e para nós profissionais é difícil mobilizá-los, então no pós-operatório, em que os doentes ainda estão a dormir, aí custa ainda mais...” (E6)

Na análise do Quadro 7, pelas citações obtidas nas entrevistas, podemos realmente confirmar que é uma realidade vivida por estes profissionais no seu dia-a-dia. Mais uma vez são referidos o levantamento e transporte dos doentes, bem como das camas em que os mesmos se encontram. Um dos aspectos referidos que é de destaque, é o facto de estes profissionais terem consciência destes esforços intensos que são obrigados a fazer no decorrer das suas actividades e da consciência que têm do impacto que os mesmos têm para a sua saúde ao nível ergonómico, por exemplo. É ainda de se realçar os casos em que os pacientes estão inconscientes (pós-operatório) e os profissionais têm de os movimentar na mesmas, sendo ainda mais complicada esta tarefa, pois o peso “morto” que têm de transportar faz com que tenham de fazer esforços ainda mais intenso.

Terminada a análise dos Constrangimentos Físicos que se demonstraram mais significativos nesta amostra, torna-se ainda pertinente fazer referência às três Características de Trabalho que estes profissionais consideraram ser as que melhor o descrevem (Tabela 10).

Pelos dados recolhidos nesta amostra, vemos que os inquiridos referem que o seu trabalho é um trabalho: Variado (94,7%), Imprevisível (76,3%) e Complexo (80,4%).

Tabela 10 – Características do Trabalho

	N (%)
Trabalho Variado	57*
Sim	54 (94,7)
Não	3 (5,3)
Trabalho Imprevisível	59**
Sim	45 (76,3)
Não	14 (23,7)
Trabalho Complexo	56***
Sim	45 (80,4)
Não	11 (19,6)

* cinco inquéritos não responderam

** três inquéritos não responderam

*** seis inquéritos não responderam

Sabe-se que a actividade dos profissionais de saúde é compreendida como aquela que acumula inúmeras responsabilidades, acarreta uma grande carga de trabalho, tarefas variadas, deparando-se com situações complexas ou com vários imprevistos que exigem demandas físicas e psicológicas, muitas vezes aquém do suportado por estes profissionais. Esses factores ajudam a explicar a alta incidência de patologias relacionadas ao *stress* laboral neste grupo (Silva, Dias, Teixeira, 2012).

Estes valores não são de todos inesperados pois todos os profissionais deste meio têm várias tarefas para realizar, de complexo grau, uma vez que se dedicam ao tratamento de pessoas e, para tal, utilizam instrumentos e técnicas extremamente complexas e elaboradas e, na realização das mesmas, podem-se deparar com dificuldades e situações imprevistas ou inesperadas, tendo de lidar com as mesmas mantendo sempre em vista a saúde e melhor cuidado prestados aos seus pacientes.

Quadro 8 – Características do Trabalho

Citações
“Sim, estamos sem dúvida perante um trabalho variado, complexo e imprevisível! (...) Apesar de todos os exames que se podem fazer antes de uma cirurgia, podemos sempre deparar-nos com surpresas numa cirurgia!” (E6)

Na citação que encontramos no Quadro 8, temos um exemplo prático real. Neste caso, de um médico cirurgião, que refere o facto de se poder deparar com situações imprevisíveis durante uma cirurgia, mesmo quando são tomadas todas as medidas e providências necessárias antes da realização das mesmas. No entanto, perante estas situações inesperadas, há de se destacar também a capacidade que estes profissionais têm de lidar com as mesmas, sendo sempre capazes de superar essas obstáculos com que se deparam na prática das suas profissões.

No próximo ponto, seguindo a mesma forma de apresentação e discussão dos resultados obtidos até então, iremos analisar os factores de risco psicossociais segundo a identificação referida na teoria por Gollac e Bodier (2011), dando destaque aos quatro que se demonstraram mais significativos neste estudo: pela negativa – Intensificação do Trabalho e Exigências Emocionais do Contacto com o Público –, e pela positiva – a Autonomia e Iniciativa e as Relações Sociais no Trabalho –, tendo em conta alguns itens que caracterizam a análise destes factores.

6.2. Análise dos Riscos e Factores de Risco Psicossociais a que estão expostos os Profissionais de Saúde do Pólo de Valongo do CHSJ

As diferentes condições de trabalho podem promover uma exposição a riscos, não raras vezes, entendidos como mais subjectivos e mais difíceis de avaliar. Falamos, neste caso, dos riscos e dos factores de risco psicossociais, que não são propriamente emergentes mas, também não deveriam ser vistos como uma realidade incontornável do mundo actual, sobre a qual não se equacionam alternativas (Barros-Duarte & Cunha, 2014).

Quanto à Intensificação do Trabalho, começemos por analisar o ter de trabalhar a um ritmo intenso. Pelos dados obtidos neste estudo quanto a esta situação, podemos verificar que 75,9% dos inquiridos considera que isso lhe acontece (Tabela 11). Este valor é de certo modo esperado quando temos em conta o tipo de tarefas, bem como o contexto em que estes profissionais actuam.

Tabela 11 – Intensificação do Trabalho - Trabalhar a um ritmo intenso

	N (%)
Ter de trabalhar a um ritmo intenso	58*
Sim	44 (75,9)
Não	14 (24,1)

* quatro inquéritos não responderam

Por ritmo de trabalho entenda-se que é o tempo que o trabalhador utiliza para executar uma tarefa. Seja físico ou mental, todo o trabalho tem três fases: (1) recepção da informação; (2) interpretação; e (c) emissão da resposta. A maior ou menor rapidez com que se assumem estas três fases determinará o ritmo de trabalho. Na maioria das situações, o trabalhador não dispõe de autonomia para controlar o seu trabalho, encontrando-se condicionado, por exemplo, pelas exigências de contratos com fornecedores ou do contacto com o público (Freitas, 2009).

O ritmo está directamente relacionado com o esforço que o trabalhador deve realizar. Com a introdução da tecnologia o esforço físico diminuiu mas, o esforço

mental aumenta (o que se traduz, com frequência, em monotonia) rompendo-se uma das características mais específicas do ser humano: a que relaciona o pensamento com a acção. Quando um indivíduo sente que não existe qualquer modo de alcançar as exigências estabelecidas pelo ritmo de trabalho, surge tensão, o que conseqüentemente leva ao aparecimento da fadiga física e psíquica (Valléry & Leduc, 2012).

O ritmo intensivo de trabalho também é uma das características que influencia a saúde do trabalhador, conduz a novas doenças e um crescente mal-estar físico (fadiga e problemas posturais) e psicológico (carga mental do trabalho), decorrente de uma exposição mais intensa aos riscos e da separação entre o nível conceptual e o nível de execução (Rodrigues, Silva, Silva, Martiniano, Silva e Martins, 2012).

A análise em estudos de situações de ritmo e tempo de trabalho excessivo, a pressão de prazos para o cumprimento das tarefas, a forte cobrança por resultados e as normas rígidas para execução das tarefas são consideradas frequentes, demonstrando médias altas, passando a ser algo característico nas instituições hospitalares (Campo & David, 2011).

Pelo valor obtido nesta questão, constatamos que, de facto, se reflecte esta realidade no contexto hospitalar. Os profissionais deste meio, têm uma série de tarefas para realizar no seu dia-a-dia e, quando às mesmas se acresce a pressão na solicitação para a rapidez de prestação das mesmas, mais a pressão feita pelos pacientes, leva a que tenham de adquirir um ritmo intenso para a realização das mesmas. No entanto, mesmo com a introdução da tecnologia neste meio, poderá ter-se reduzido alguns esforços físicos mas, não todos, pois, como já vimos no ponto anterior, estes profissionais encontram-se também expostos a esses riscos quando, por exemplo, têm de transportar os doentes ou os contentores. Contudo, a tecnologia inserida neste contexto tem melhorado, a meu ver, mais os instrumentos utilizados por estes sujeitos, como por exemplo, os que têm à disposição para os diagnósticos e/ou tratamentos.

Quadro 9 – Intensificação do Trabalho - Trabalhar a um ritmo intenso

Citações
“Nós aqui temos muita afluência de cirurgias (...) Por dia, o número pode variar entre 16 a 20 cirurgias (...) Nós enfermeiros somos e temos de ser polivalentes!” (E1)
“Sim, temos de dar resposta a muitas coisas e ao mesmo tempo...” (E2)
“É muita coisa ao mesmo tempo e, depois, não há compreensão e torna-se complicado fazer a gestão (...) estamos aqui no atendimento ao público mas, também temos de ir ao outro lado” (E4)
“Não, eu tenho a sensação que no meu Serviço, embora seja um trabalho continuado e com poucos espaços, há um aproveitamento do tempo. Toda a gente sabe o que está a fazer e não me parece que seja um ritmo assim tão intenso” (E6).

Na análise do Quadro 9, pelas citações das entrevistas, podemos realmente constatar que existe um grande número de tarefas destinadas aos trabalhadores destas diferentes categorias profissionais, tendo os mesmos de dar resposta a todas elas, também ao mesmo tempo, considerando que tais situações os levam a trabalhar a um ritmo bem intenso. Contudo, numa das citações, obtida por um dos Directores de Serviço, este reconhece que, de facto, existem um trabalho continuado no Serviço que dirige mas, como considera que os seus profissionais trabalham extremamente bem, através do bom aproveitamento do tempo que fazem pois, para ele, as pessoas que fazem parte da sua equipa sabem bem o que estão a fazer, considera estes aspectos como uma mais-valia. Tendo em conta esta citação, podemos ainda constatar mais uma vez, como no ponto abordado anteriormente, que estes sujeitos têm uma grande capacidade de lidar com o seu trabalho, que se demonstra complexo, variado e intenso, acabando sempre por conseguirem contornar situações inesperadas com que se possam deparar e adoptando sempre uma postura activa, que se reflecte na resposta eficaz que dão às tarefas que são solicitados a realizar.

Continuando no factor da Intensificação do trabalho, avancemos agora para o ser frequentemente interrompido. Os valores obtidos relativamente a esta situação revelam que 57,9% dos participantes considera que isso lhe acontece (Tabela 12).

Tabela 12 – Intensificação do Trabalho - Ser frequentemente interrompido

	N (%)
Ser frequentemente interrompido	57*
Sim	33 (57,9)
Não	24 (42,1)

* cinco inquéritos não responderam

O tempo de trabalho é um dos aspectos que tem uma incidência mais directa sobre a actividade laboral, na medida em que o número de horas trabalhadas pode afectar a qualidade de vida no trabalho e fora dele. Daí que, quando se estabelecem horários e a distribuição do tempo de trabalho, há que atender ao equilíbrio físico, mental e social da pessoa que trabalha (Freitas, 2009).

Há que considerar não apenas a sua capacidade de rendimento, o seu gasto energético ao executar a tarefa e as suas necessidades de recuperação mas, de igual modo, as exigências da sua vida pessoa, familiar e social, que tem em conta o tipo de empresa, a sua localização, as necessidades e aspirações dos trabalhadores, etc.. No entanto, a tudo isto, temos de atentar ainda sobre o facto de poderem existir frequentes interrupções na ordem normal das tarefas a executar, o que poderá também prejudicar os trabalhadores (Cardoso, 2013).

Alguns trabalhos abordam a discrepância entre o trabalho prescrito e o trabalho real e as suas implicações e efeitos negativos para o bem-estar dos trabalhadores sobre o processo produtivo (Campo & David, 2011).

Perante isto, podemos constatar que ser-se frequentemente interrompido só acarreta nos trabalhadores um efeito negativo. Ninguém gosta de estar a realizar a sua actividade e, enquanto dá resposta às tarefas que lhes são impostas e/ou solicitadas, ter de ser interrompido. Há situações pontuais que ainda se podem compreender, no entanto, nem sempre é fácil lidar com as mesmas, pois quando isso acontece, temos de ter em conta que os mesmos se encontram a realizar e a dar resposta a multi-tarefas e solicitações. Com isso, poderá levar a implicações não só na realização do trabalho e/ou no processo produtivo mas, também, na saúde e bem-estar dos profissionais.

Quadro 10 – Intensificação do Trabalho - Ser frequentemente interrompido

Citações
“Acontece, sim! Custa-me, por exemplo, quando estou a fazer os ensaios aos doentes e ser solicitada (...) agora, quando estou a fazer trabalhos mais burocráticos, mesmo que me interrompam, posso seguir o raciocínio mais tarde...” (E2)
“Sim, sou! E mais pelos profissionais do hospital do que pelos pacientes em espera...” (E4)
“Acontece! Tanto presencialmente como pelo telefone (...) Podemos estar a fazer alguma coisa e alguém me solicita para uma urgência e, com isso, sou interrompida e tenho de deixar o que estava a fazer e dar resposta ao que me foi pedido...” (E5)
“Sim! Então desde que sou Director de Serviço, é uma diferença brutal! Eu diria que é mesmo o item em que noto maior diferença (...) neste momento sou interrompido porque tudo passa por mim. Embora eu delegue, as pessoas vem na mesma falar comigo. Para além dos e-mails que recebo diariamente (...) já cheguei a receber mais de sessenta telefonemas num dia!” (E6)

Na análise do Quadro 10, pelas citações, podemos ver exemplos de momentos da rotina dos profissionais em que isto, de facto, se verifica, como: quando os profissionais estão a fazer os ensaios ou ensinamentos aos doentes; quando estão a realizar tarefas de teor mais burocrático; quando os profissionais que se encontram dentro do serviço e entram em contacto com os profissionais que se encontram na recepção; via telefone; entre outras, levando essa interrupção a possíveis desvios no trabalho realizado, pois os trabalhadores podem, por exemplo, perder o raciocínio ou o fio condutor daquilo que se encontravam a fazer.

É também de se destacar o caso do Director de Serviço que, a meu ver, mais do que os restantes profissionais, vivencia esta situação sistematicamente ao longo de todo o seu dia de trabalho, até porque “tudo passa” por ele, tendo um inúmero rol de coisas para fazer. A isso, acrescentar-se ainda situações de sistemáticas interrupções, em que, das mesmas, também advém novas tarefas, podendo levar a quebras no ritmo de trabalho e/ou no raciocínio.

No entanto, é de referir que, num contexto como este, apesar de ser uma situação incómoda, é de certa forma espectável, visto que se trata de um local onde o trabalho de equipa é frequente (sendo necessária a comunicação entre os diferentes profissionais dos serviços), onde têm diversas coisas para fazer e dar resposta e, onde os tempos que se tem para tal, nem sempre ajudam a que isto não deixe de acontecer.

Em seguida, continuando o foco de análise no factor da Intensificação do Trabalho, analisemos agora os casos de se terem de deparar com situações de Hipersolicitação. Os valores obtidos em relação a estes casos demonstraram-se também significativos, pois 58,9% dos participantes considera que isso lhes acontece (Tabela 13).

Tabela 13 – Intensificação do Trabalho - Situações de Hipersolicitação

	N (%)
Situações de Hipersolicitação	56*
Sim	33 (58,9)
Não	23 (41,1)

* seis inquéritos não responderam

Para os profissionais de saúde, uma das maiores queixas que causa grande insatisfação em relação às condições de trabalho é a questão da procura excessiva dos pacientes, o que faz com que tenham uma sobrecarga física e mental ao ter de dar resposta a todas as solicitações, sempre a um ritmo intenso (Furtado & Júnior, 2010).

Num estudo de Cezar-Vaz, Soares, Figueiredo, Azambuja, Sant'anna e Costa (2009), relatado por Rodrigues, Silva, Silva, Martiniano, Silva e Martins (2012) apresenta como condicionante para a existência de risco para o profissional que actua em saúde, o ritmo de trabalho provocado pela intensa solicitação, que relaciona a organização do trabalho e a necessidade de atenção da comunidade. Acrescentam ainda que também consideram a sobrecarga de trabalho como factor de risco para acidentes, uma vez que serviços de saúde que, por vezes, contam com número reduzido de trabalhadores, favorecem imperícias, imprudências e negligência nas práticas.

Num estudo referido por Pires, Bertoncini, Trindade, Matos, Azambuja e Borges (2012), os resultados do mesmo demonstraram o predomínio dos profissionais de saúde como o foco nas cargas de trabalho. Na actualidade, este tema analisado na actividade profissional do ramo da saúde, tem sido mundialmente discutido, em face das suas implicações na qualidade da assistência prestada aos paciente, na qualidade de vida destes profissionais e nos custos hospitalares.

Esta é uma realidade também presente no quotidiano dos profissionais de saúde. Mais do que ser frequentemente interrompido, a hipersolicitação é algo que pode ser constrangedor e que também leva ao desgaste de uma pessoa, não só a nível físico como mental, podendo trazer repercussões à saúde e bem-estar dos indivíduos.

Quadro 11 – Intensificação do Trabalho - Situações de Hipersolicitação

Citações
“No recobro acontece muitas vezes estarmos a fazer cuidados aos doentes e estarmos a ser hipersolicitados pelo telefone, o que também incomoda imenso (...) Mas, acredito que eles também precisam de respostas lá fora! Mas, às vezes, é de tal maneira frequente as solicitações e pedidos de informações que se torna realmente difícil de gerir...” (E2)
“Sim, temos de dar resposta a muita coisa e, pior ainda, é que ao mesmo tempo! Temos de lidar com muitas e diferentes tarefas (...) é sempre uma correria para dar resposta a tudo o que nos é solicitado!” (E5)
“Sim, acabo por ser hipersolicitado! Eu tenho dias em que tenho a nítida sensação de que não consigo fazer o que quero!” (E6)

Como podemos ver nas citações do Quadro 11, os profissionais desta amostra queixam-se deste género de situações devido ao facto de ser algo que lhes causa incómodo e que se torna difícil de gerir. Isto também acontece porque cada um dos profissionais já tem a sua longa lista de tarefas a cumprir e, ainda, os tempos que têm para as realizar, que são de certo modo limitados. Isto pode-se desencadear em desconforto no trabalho por parte dos sujeitos, por não conseguirem fazer aquilo que queriam fazer, como podemos constatar no relato da E6 “Eu tenho dias em que tenho a nítida sensação de que não consigo fazer o que quero!”. Para além disso, pode, conseqüentemente, levar a desmotivação ou insatisfação com o trabalho que apresentam, sendo, desta forma, necessário um grande “estofo” dos mesmos para conseguirem lidar e dar resposta a tudo.

Ainda dentro da Intensificação do Trabalho, analisemos agora, por último, a situação de ter de ultrapassar o horário normal de trabalho (Tabela 14). Pela análise quantitativa das respostas recolhidas, podemos ver que 67,8% dos participantes considera que isso lhe acontece.

Tabela 14 – Intensificação do Trabalho - Ultrapassar o horário normal de trabalho

	N (%)
Ultrapassar o horário normal de trabalho	59*
Sim	40 (67,8)
Não	19 (32,2)

* três inquéritos não responderam

Os horários de trabalho podem ser definidos como sendo o total de horas diárias, semanais ou mensais que cada trabalhador deve realizar, com a finalidade de atender ao seu contrato individual de trabalho e satisfazer a convenção colectiva de trabalho (Chiavenato, 2000).

Actualmente, os horários de trabalho surgem como um dos factores relacionados com a organização do trabalho que registam grande preocupação por parte das organizações. De acordo com Silva, Nogueira & Neves (2010), a organização temporal da sociedade estrutura-se em grande medida à volta dos horários de trabalho.

De facto os horários de trabalho têm efeitos consideráveis para a vida social e familiar do trabalhador, como também exercem um impacto significativo na motivação, ou na satisfação do indivíduo no trabalho (Sousa, 2006).

De acordo com o Código de Trabalho, o número de horas por trabalho semanal em Portugal, não pode exceder as 40 horas semanais, sendo que, quando regido por um instrumento de regulamentação colectivo de trabalho, a quantidade de horas semanais podem chegar até às 60 horas de trabalho. A legislação que define o horário de trabalho tem o objectivo de estabelecer o número de horas trabalhadas e assegurar o descanso dos trabalhadores, de forma a prevenir acidentes de trabalho e efeitos adversos à saúde dos mesmos (Gonçalves & Alves, 2012).

Quando as aptidões e habilidades do trabalhador não estão em sintonia com o tipo de trabalho, ou quando o horário de trabalho não permite um tempo adequado para o descanso e lazer, poderemos assistir ao aparecimento de danos e problemas graves, tanto para o trabalhador como para a própria organização (Martins, 2010).

Nos dias de hoje, a pressão económica vivenciada pelas organizações é sentida de forma intensa. Algumas organizações são quase que “obrigadas” a reduzir a sua mão de obra, através de cortes de pessoal, com o objetivo de reduzir os custos e aumentar a produtividade. Desta forma, aumentam-se as horas trabalhadas e, os trabalhadores que

ficam, são quase que obrigados a realizar o mesmo trabalho, com uma sobrecarga de horas extras. Como resultado desta situação, os trabalhadores ficam com pouco tempo para repousar, para actividades sociais e familiares (Salanova & Schaufeli, 2009).

Quadro 12 – Intensificação do Trabalho - Ultrapassar o horário normal de trabalho

Citações
“Raramente, só se houver situações em que o doente tem de ficar aqui mais um bocado para ser monitorizado e avaliado ou vigiado (...) Horários é normal, quem trabalha num bloco operatório já deve estar a contar com essa situação” (E1)
“Sim, às vezes acontece com mais frequência do que aquilo que é desejado. Sobretudo no tempo de recobro, porque às vezes as cirurgias demoram mais do que o previsto e a anestesia exige três horas no recobro e, quando passa esse tempo cirúrgico o doente sai da sala já fora do tempo de recobro habitual, que será até às oito. Portanto, suponhamos que ele sai às seis, tem de estar no recobro até às nove (...) se bem que estão a tentar agilizar de modo a contornar esta situação mas, há sempre situações inesperados e torna-se complicado (...) e por vezes incomoda, nós temos vida lá fora e interfere com a vida familiar...” (E2)
“Nem por isso. Só se um colega faltar é que poderemos ter de contornar a situação e fugir um bocadinho do horário normal...” (E4)

Pela análise das citações do Quadro 12, podemos confirmar que existem realmente casos em que isto acontece, como é exemplo o de quando uma cirurgia é mais demorada e têm de ficar até mais tarde para cumprir o tempo obrigatório de recobro. A meu ver, a parte mais complicada nesta situação é o facto de, quando isto acontece, poder interferir na vida fora do trabalho, neste caso, a familiar. As pessoas têm as suas vidas estruturadas e, é complicado gerir situações como esta. No entanto, é interessante a consciência de alguns profissionais em relação a este aspecto, como no caso da E1, o que, de certo modo, deverá ser realmente a melhor postura para lidar com situações como esta, neste género de contexto.

Assim, a forma como muitos indivíduos se sentem em relação ao tempo que dispõem, influencia o nível de *stress*, o seu comportamento e a sua rotina de trabalho. Perante isto, existe, cada vez mais, a preocupação por parte das organizações de tornar os horários de trabalho e as suas exigências mais conciliáveis com as necessidades individuais dos trabalhadores, com as suas actividades pessoais e com a vida familiar fora do contexto laboral (Costa, 2013).

Terminada a análise dos riscos que se destacaram nesta amostra, associados ao factor da Intensificação do Trabalho, torna-se pertinente fazer agora referência àquele que foi o factor mais significativo nesta análise: as Exigências Emocionais do Contacto com o Público.

Comecemos por analisar a questão relativa a existir contacto directo com o público, em que 96,6% dos participantes respondeu que sim (Tabela 15). Este elevado valor é perfeitamente compreensível e espectável uma vez que todos os profissionais inquiridos, sejam de qualquer uma das categorias profissionais, passam o dia a interagir com o público, neste caso, com os doentes e/ou com os familiares e acompanhantes dos mesmos.

Tabela 15 – Exigências Emocionais do Contacto com o Público

	N (%)
Existe contacto directo com o público	58*
Sim	56 (96,6)
Não	2 (3,4)

* quatro inquéritos não responderam

O número elevado de exposições a riscos ocupacionais relaciona-se, sobretudo, com o facto dos trabalhadores de saúde terem contacto directo na assistência aos pacientes e também ao tipo e à frequência de procedimentos realizados (Rodrigues, Silva, Silva, Martiniano, Silva & Martins, 2012).

A prevalência dos estudos no ambiente hospitalar pode ser explicada pela importância destas instituições para o sector da saúde que, vem-se mantendo como espaços relevante para tratamento de doenças, investigação e ensino na área da saúde (Pires, Bertoncini, Trindade, Matos, Azambuja, Borges, 2012).

Quadro 13 – Exigências Emocionais do Contacto com o Público

Citações
“Sim, acontece! É normal que os valores tenham sido elevados, tendo em conta que para se trabalhar num Hospital é necessário termos contacto com os pacientes” (E1)
“Sim, sim. E por público, neste caso, entenda-se que, para além dos pacientes, também há os acompanhantes e familiares!” (E2)
“Passamos todo o dia em contacto com os doentes que chegam aqui ou para consultas ou para serem operados” (E4)
“Uiii, e de que maneira! Todos os dias, a toda a hora!” (E6)

Analisando as citações presentes no Quadro 13, constatamos que, para os profissionais entrevistados, esta é, de facto, uma realidade do seu quotidiano.

Seguidamente, continuando nas Exigências Emocionais do Contacto com o Público, passemos para a análise da questão de terem de lidar com exigências, queixas e/ou reclamações do público (Tabela 16). A este item, podemos verificar que 89,7% dos inquiridos respondeu que sim. Este elevado valor é surpreendente, porque revela que os profissionais estão constantemente a fazer um “jogo de cintura” para lidar com o público, pois este contacto é sistemático, tornando-se cansativo e difícil de gerir.

Tabela 16 – Exigências Emocionais do Contacto com o Público - Exigências/Queixas

	N (%)
Ter de suportar exigências/queixas do público	58*
Sim	52 (89,7)
Não	6 (10,3)

* quatro inquiridos não responderam

Os profissionais de saúde fazem parte de uma profissão caracterizada por ter, em sua essência, o cuidado, tendo, conseqüentemente, contacto directo com os pacientes e os seus respectivos familiares, tendo de lidar, constantemente, com pessoas com as mais diversas concepções e culturas (Silva, Dias, Teixeira, 2012).

O contacto com o público constitui, frequentemente, um “serviço” que resulta da sinergia de multivariáveis, como: a conduta do usuário, as actividades dos

funcionários envolvidos na situação, a organização do trabalho e as condições físico-ambientais/instrumentais. Assim, o contacto com o público pode ser definido como algo complexo, que coloca em cena diferentes interlocutores, cuja interação social é mediada por distintas necessidades, podendo ser facilitada ou dificultada em função das condições (físicas, materiais, instrumentais ou organizacionais) disponibilizadas pela organização (Ferreira & Mendes, 2001).

O contacto com o público implica, por norma, trocas discursivas. Nessas trocas, existe a possibilidade de os profissionais terem de lidar com situações de reclamações/queixas e/ou exigências por parte do público, por norma, contra a instituição que o profissional representa, podendo ser legítimas ou não e, havendo a necessidade que estes mantenham um esforço mental intenso e prolongado para lidar com as mesmas (Soares, 2013).

Quadro 14 – Exigências Emocionais do Contacto com o Público - Exigências

Citações
<p>“Várias queixas... Eu acho que as pessoas não estão mentalizadas, acham que chegam, que têm de entrar logo e serem operadas naquele <i>timing</i> e, nós tentamos ser sempre receptivos às queixas mas, também tentamos sensibilizá-los, fazendo-os entender que realmente as coisas não são assim tão lineares (...) tentamos fazer com que os doentes compreendam mas, há pessoas que não entendem isso e têm atitudes inesperadas!” (E1)</p> <p>“Há uns tempos tivemos uma senhora a dizer que se ia embora porque a mandaram estar cá às 9h e era 12h e ainda não tinha sido operada e, eu queria explicar-lhe como era o nosso funcionamento de chamada de doentes (...) mas, nem sequer me queria ouvir!” (E3)</p> <p>“(...) cada vez mais nota-se que são muito impacientes e muito egoístas no sentido de só eles é que têm de andar para a frente, não pensam no geral...” (E4)</p>

É sem dúvida uma situação real e delicada que tem de ser tomada em conta na análise das condições e dos riscos a que estes profissionais estão expostos. Estes, não podem sair do seu papel profissional, por muito que por vezes apeteça responder “à letra” às pessoas com quem interagem no contexto laboral e que, muitas vezes, também perdem as noções e não têm qualquer razão para se queixarem.

Esta realidade ainda pode ainda ser mais confirmada com outra citação obtida numa das entrevistas:

“Sim, com alguma regularidade. Tanto pessoalmente como por escrito. Devo ter uma reclamação por mês por escrito. Algumas sem nexos e justificção nenhuma! As pessoas estão nervosas, perdem as estribeiras com demasiada facilidade e algumas não têm mesmo razão! Muitas vezes dizem que como pagam os impostos têm todos os direitos mas, as pessoas antes de terem direitos têm deveres e, muitas vezes, não fazem os deveres” (E6)

Ainda dentro das Exigências Emocionais do Contacto com o Público e no seguimento do referido até então, analisemos agora o item de ter de se confrontar com situações de tensão por parte do público (Tabela 17). Neste caso, 87,7% dos inquiridos respondeu que sim. Este, também, elevado número, revela, mais uma vez, que os profissionais de saúde estão expostos a situações extremamente stressantes e cansativas durante a rotina diária.

Tabela 17 – Exigências Emocionais do Contacto com o Público - Tensão

	N (%)
Ter de se confrontar com situações de tensão	57*
Sim	50 (87,7)
Não	7 (12,3)

* cinco inquéritos não responderam

O alto nível de tensão é caracterizado como uma das consequências do atendimento ao público destes profissionais, pois, para além de terem de lidar muitas vezes com casos de pacientes gravemente doentes ou com histórias de vida e doença bastante complicadas, também têm de se deparar com queixas e reclamações do público, com as quais nem sempre é fácil de lidar (Furtado & Júnior, 2010).

Esta realidade, a meu ver, é um seguimento da referida anteriormente, pois a situação analisada antes, de ter de lidar com queixas, reclamações e exigências por parte do público, também leva a situações de tensão. Mais uma vez é de se referir que estes profissionais têm de ter um cuidado especial no que toca à relação com os pacientes e familiar/acompanhantes dos mesmos, uma vez que têm de conseguir lidar da melhor forma possível perante estas situações que são reais neste contexto. Sem dúvida que têm de fazer uma gestão entre o que pensam e dizem perante estas circunstâncias, pois nunca podem adquirir comportamentos que possam comprometer a instituição que representam.

Quadro 15 – Exigências Emocionais do Contacto com o Público - Tensão

Citações
<p>“Aconteceu-nos uma situação muito complicada com a esposa de um doente que estava lá fora a fazer uma confusão porque queria entrar à força para o ver e, eu, já lhe tinha dito que ainda não podia entrar porque o marido tinha acabado de entrar no recobro (...) fui lá fora de novo e disse-lhe para ter calma e, que quando pudesse entrar, eu a chamaria (...) fez uma confusão enorme, aos berros, a dizer que éramos insensíveis e fez uma reclamação (...) o marido ficou chocadíssimo e envergonhado com a situação toda e, quando chegou lá fora, riscou a reclamação” (E1)</p> <p>“A mais engraçada de todas foi um doente que se queixou porque estava para ser operado de manhã e, devido a imprevistos, não o pode ser e passou para de tarde (...) estava muito indignado porque tinha vindo de manhã em vão e, ainda por cima, nem lhe tinham dado de almoçar nem nada! Ora, ele para ser operado tem de estar em jejum, obviamente que ele não podia almoçar, se não, não era operado! Mas, na cabeça dele, aquilo não fazia sentido e escreveu uma reclamação...” (E6)</p>

Para além das exigências e queixas, é visível que estes profissionais ainda têm de suportar reclamações e situações de tensão que, se não forem bem geridas e “digeridas” pelos mesmos, podem acabar muito mal. No entanto, analisando o Quadro 15, temos relatos de duas histórias reais e, se tivermos ambas em consideração, podemos realmente assumir que o público, quer pacientes como familiares, não tem noções e cada vez mais adopta uma postura incorrecta e indelicada, o que acaba por afectar os profissionais, ao nível da satisfação, motivação, gestão relacional e de conflitos, entre outras.

As principais medidas de prevenção perante estes casos situam-se ao nível da concepção e organização do local de trabalho (admissão de trabalhadores suficientes, melhoria do serviço de recepção de contacto com o público, gestão de filas de espera, etc.), meio de ambiente de trabalho (medidas de segurança, como vídeo vigilância ou iluminação adequada) e formação acerca do modo de gerir situações de tensão (Correia, 2016).

Após a análise das situações acerca das exigências, queixas e reclamações, bem como o ter de se confrontar com situações de tensão do contacto com o público, passemos para análise da exposição ao risco de agressões por parte do público. O primeiro tipo de Agressão que vamos ter em conta é a Verbal (Tabela 18). A este item, 83,9% dos participantes respondeu que sim, que já passou por situações deste género.

Tabela 18 – Exigências Emocionais do Contacto com o Público - Agressão Verbal

	N (%)
Exposição ao risco de agressão verbal	56*
Sim	47 (83,9)
Não	9 (16,1)

* seis inqueritos não responderam

As situações de violência nos diferentes locais de trabalho ultrapassam as fronteiras dos países e os múltiplos contextos laborais e categorias profissionais. Determinados locais de trabalho e profissões encontram-se mais expostos e enfrentam um número superior de situações, como é o caso do pessoal dos serviços de saúde (Freitas, 2009).

Podemos definir a violência no trabalho como uma situação na qual um indivíduo ou grupo de indivíduos é alvo, no local de trabalho, de actos de agressão ou violência, sob a forma de ataque, agressão verbal ou física e comportamentos desrespeitadores, por parte de pessoas externas à organização (Rodríguez & Paravic, 2013).

A meu ver, estas possíveis circunstâncias e o valor obtido nas respostas a esta questão é demasiado alto e preocupante. É inadmissível e impensável tais profissionais estarem expostos a tamanho risco. Juntamente a isto, o que também me surpreende são os relatos reais que obtive nas entrevistas realizadas (Quadro 16).

Quadro 16 – Exigências Emocionais do Contacto com o Público - Agressão Verbal

Citações
<p>“Um doente que tinha sido operado, tinha de ficar no recobro e, como achava que ele é que mandava e sabia, fez uma confusão a dizer que se queria ir embora! (...) aí foram tomadas as devidas precauções, assinou o termo de responsabilidade e foi-se embora (...) mas, foi super bruto conosco, então verbalmente, foi super bruto mesmo!” (E5)</p> <p>“As pessoas não têm noções e pensam que estão a falar para aí com o vizinho (...) um doente tinha vindo para ser operado mas, não se pode realizar a cirurgia porque, antes de vir para cá, tinha resolvido fumar umas ganzas (...) tinha estado a fazer noite ainda por cima e, para além disso, estava completamente ganzado! “Oh meu, não posso ser operado? Numa boa...” (...) dada a situação, chamamos a companheira para lhe comunicar o mesmo que já tínhamos comunicado ao doente (...) esta desata numa gritaria brutal, com verbalizações e vocabulário do mais baixo que há, a bater na porta de entrada do bloco, com toda a força, aos pontapés (...)” (E6)</p>

Perante estas citações, é visível que as pessoas não têm mesmo noções e pensam que podem fazer tudo mas, estamos a falar de um contexto hospitalar, onde já chega a confusão normal do mesmo e, ainda se acrescem, e cada vez mais, situações como estas? É realmente preocupante verificar que isto acontece e que é um tipo de situação que tem vindo a aumentar.

Outro relato que comprova que são preocupantes os acontecimentos como estes, e que demonstra que é normal que os profissionais tenham cada vez mais receio em lidar com algumas pessoas que integram o público destas instituições é:

“Uma situação com um senhor que nos ameaçou aqui na recepção e à enfermeira (...) a enfermeira trancou logo a porta que dá lá para dentro e nós ficamos aqui fora cheias de medo (...) ameaçou-nos a dizer que sabia quem éramos e que nos esperava lá fora!” (E4)

Depois da referência à exposição do risco de Agressão Verbal, passamos para o risco de exposição à Agressão Física (Tabela 19). Perante esta questão, 66,1% dos sujeitos da amostra respondeu que sim, que se encontra ou encontrou perante esta situação. A meu ver, este é um valor extremamente preocupante e completamente inesperado.

Tabela 19 – Exigências Emocionais do Contacto com o Público - Agressão Física

	N (%)
Exposição ao risco de agressão física	56*
Sim	37 (66,1)
Não	19 (33,9)

* seis inquiridos não responderam

As situações de violência no trabalho podem ser acentuadas em serviços hospitalares, sendo importante a criação de estratégias que prevêm um contacto estreito entre a equipa dos profissionais de saúde e a população atendida (Rodrigues, Silva, Silva, Martiniano, Silva & Martins, 2012).

Segundo Contrera-Moreno e Contreta-Moreno, (2004) a violência ocupacional tem-se vindo a tornar num problema de saúde pública, podendo ser prejudicial à vida, à carreira e mesmo à saúde dos trabalhadores do sector de saúde.

De facto e infelizmente, este é um género de situação, real, que os profissionais do sector da saúde vivenciam no seu dia-a-dia de trabalho. No entanto, quando reflecto sobre os valores obtidos nesta questão, só me consigo questionar: como é que num contexto hospitalar se vivenciam cenários como estes, de agressão, quanto mais física?

Quadro 17 – Exigências Emocionais do Contacto com o Público - Agressão Física

Citações
“Um dia estava a trabalhar e ouvi uns gritos, coisas a cair por todo o lado e, saí para ver o que se passava (...) um miúdo gordo, muito corpulento, não queria ser operado! (...) saiu da cama e começou aos berros, aos encontrões em tudo, aos pontapés (...) montes de pessoas a tentarem segurá-lo (...) eram colegas a cair, a irem contra os armários (...) ele por onde passava levava tudo!” (E3)
“O Doutor estava a explicar a um doente que não podia ser operado nesse dia devido a não existirem condições (...) o paciente foi extremamente mal educado, agressivo verbalmente e fisicamente, começando aos pontapés à porta e a bater com a mesma!” (E5)
“Uma vez tive uma situação com um doente cigano (...) teve uma rixa, chegou às urgências e tinha cortes na cara e não só (...) quando eu e o meu colega fomos chamados para o ver, fomos à zona onde ele estava (havia umas cortinas a separar cada doente) e, ao abrirmos a cortina, apanhámos! Eu ainda recuei e levei com um pontapé na barriga, o meu colega apanhou um murro que fez com que lhe saltasse um dente!” (E6)

Forma de responder à questão, não há propriamente, pois não é um tema fácil e muito menos com vasta análise teórica e/ou empírica. Contudo, também são surpreendentes os relatos obtidos junto dos profissionais entrevistados, o que ajuda a compreender de que maneira é que esta realidade se reflecte neste contexto e como é que a mesma é percebida pelos inquiridos (Quadro 17).

Dentro dos exemplos citados das situações a que esta amostra já esteve exposta, podemos dizer que é sem dúvida difícil lidar com as mesmas. Temos diferentes casos em que isso se demonstrou, sendo necessário que estes trabalhadores participem estas situações tentando minimizar casos como estes. Perante isso, é preciso que as instituições hospitalares tomem medidas para lhes prestar o apoio necessário, com o intuito de os proteger de situações como estas.

Para além das citações já apresentadas, houve uma que também obtive sobre este item que podemos dizer que é mais “aceitável”, pois não é propriamente intencional por parte dos pacientes e, acaba por ser uma realidade para a qual os profissionais em questão já adoptaram estratégias e consciência para conseguirem lidar da melhor forma com a situação, como é o caso do seguinte relato:

“Também temos agressões de pessoas ao acordar (...) eu e um colega bem constituído a tentar agarrar o doente, mais a anestesista e ainda mais duas pessoas e nós não o conseguimos ter em cima da marquesa! Braços por todo o lado (...) se uma pessoa não se desvia, leva um murro que até anda de lado! E isto acontece com frequência...” (E3)

Penso que este é um dos pontos mais chocantes deste estudo e, para o qual, devem ser tomadas medidas conscientes e o quanto antes, por fim a colmatar estes cenários, garantido as melhores condições laborais às diferentes categorias profissionais que actuam neste contexto laboral.

De referir ainda que, nos casos em que não for possível impedir a violência, há que fornecer condições para apoiar a vítima, minimizando os efeitos da situação e prevenindo o sofrimento do trabalhador. Este deve ser devidamente acompanhado e obter apoio psicológico adequado, ao mesmo tempo que todos os colegas serão informados acerca das circunstâncias da ocorrência e procedimentos mais adequados para evitar a sua repetição (Lima & Sousa, 2015).

Por último, ainda dentro das Exigências Emocionais do Contacto com o Público, analisemos o item relativo às situações em que estes profissionais têm de responder às dificuldades e sofrimento das pessoas (Tabela 20). A esta questão, 93,1% dos participantes respondeu que sim. Este é um dos itens que apresenta um maior valor e, a meu ver, dá que pensar, pois é uma situação com a qual os profissionais de saúde têm de lidar diariamente e, que não é nada fácil.

Tabela 20 – Exigências Emocionais do Contacto com o Público - Dificuldades

	N (%)
Responder às dificuldades/sofrimento das pessoas	58*
Sim	54 (93,1)
Não	4 (6,9)

* quatro inquéritos não responderam

Segundo Lautert, Chaves & Moura (1999), grande parte das pesquisas sobre o *stress* aborda a saúde mental dos pacientes. Nesses estudos relacionados com os profissionais de saúde, constata-se que o *stress* acomete mais estes trabalhadores devido à escassez de recursos nos serviços de saúde, aos cortes no quadro funcional e ao contacto com o sofrimento e a morte.

Esse tipo de relação contribui fortemente para, por exemplo, a génese do *stress* laboral. A síndrome surge nos profissionais de saúde de todo o mundo, em diferentes contextos de trabalho, levando-os a desenvolverem sentimentos de frustração, frieza e indiferença em relação às necessidades e ao sofrimento dos doentes (Silva, Dias, Teixeira, 2012).

Foram observadas possíveis causas que contribuem para o desenvolvimento de doenças profissionais, como as relações humanas, sobretudo, com o paciente em situação de debilidade, sofrimento ou morte iminente. Com isso, conclui-se como factores ou causas stressantes: o desgaste provocado pelo contacto directo com pacientes; maior atenção do trabalhador em relação ao doente; contacto constante com sofrimento, dor e muitas vezes a morte; entre outros (Sousa-Uva & Serranheira, 2013).

Segundo Silva, Dias e Teixeira (2012), não devem haver sentimentos nem envolvimento com os pacientes/doentes, pois estes podem desencadear um desgaste ao profissional. Referem que o afastamento e a negação de sentimentos são

mencionados como estratégias para os trabalhadores se manterem emocionalmente “saudáveis” no ambiente de trabalho e, ainda, que ao longo do tempo, são criados mecanismos próprios de defesa que podem prejudicar o aspecto humano da assistência prestada.

Desta forma, também são consideradas como situações desgastantes os cuidados dos profissionais para com os pacientes, quer estejam em estado grave ou em situação terminal, tendo em conta que o segundo caso poderá provocar maior desgaste emocional (Pires, Bertoncini, Trindade, Matos, Azambuja, Borges, 2012).

Quadro 18 – Exigências Emocionais do Contacto com o Público - Dificuldades

Citações
“Temos duas situações: o doente está adaptado à doença e está a vivenciá-la da melhor forma dentro do possível; ou o doente está extremamente deprimido e não aceita a doença. Aí, realmente, temos de saber lidar com as dificuldades e o sofrimento dos diferentes doentes (...)” (E2)
“Às vezes nem é para nos pedir nada, é para falar, desabafar mas, como eu gosto muito de perceber a pessoa que tenho do outro lado (...) gosto muito de conversar com os doentes (...) mexe sempre um bocadinho connosco mas, acho que nós, com o tempo, acabamos por aprender a distanciar-nos, lidando com a situação, tentando encará-la com outros olhos (...) faz-nos muito bem ouvir as histórias deles...” (E3)
“é complicado (...) choca-me ver, às vezes, um doente e ver uma pessoa mais nova a tentar consolá-lo mas, a não conseguir, porque realmente é muito desânimo e, tentar animar, nem sempre é fácil (...) vou muitas vezes para casa a pensar em certos doentes (...) por exemplo, pessoas que vem tirar os cateteres, que tiveram cancro, quimioterapias, tratamentos puxados (...) até porque aqui lidamos directamente com eles e ouvimo-los, eles falam connosco das suas vidas e é mesmo complicado fazer esta gestão (...)” (E5).

No Quadro 18, podemos constatar esta realidade com algumas transcrições das respostas obtidas nas entrevistas realizadas, em que temos diferentes pontos de vista, apesar de no fundo, todos eles considerarem que são situações delicadas e complicadas. No entanto, temos profissionais que só se focam num tipo de doentes, como o caso dos doentes oncológicos, descrevendo que é perturbador lidar com alguns mas, no fundo, estão sempre disponíveis para os ajudar, ouvir, animar e/ou consolar.

Contudo, achei curiosa e bastante interessante a resposta obtida na E6, que, a meu ver, teve uma visão geral mas também, bem profunda da realidade actual do nosso país e, conseqüentemente, da realidade com que se depara todos os dias ao lidar com diferentes pacientes, sendo extremamente complicado fazer toda esta gestão e prestar os cuidados adequados. Ainda refere que algo que também não ajuda é o facto de os doentes não terem condições para dar continuidade aos procedimentos médicos supostos/necessários, tendo estes profissionais de se depararem com cenários lamentáveis e muito tristes, podendo levar a que estes passem por sentimentos de pena, frustração e, ao mesmo tempo, de distanciamento, por forma a tentarem lidar estas situações, como podemos constatar no seguinte relato:

“Há dois tipos de dificuldades e sofrimentos. Os próprios da cirurgia e do acto cirúrgico ou da doença e, temos os da sociedade. Nós, neste momento, temos de lidar com as duas realidades! A primeira, já sabemos lidar. Se o doente tem mais ou menos dor, temos meios de lidar com isso (...) Agora, não consigo tratar o sofrimento que as pessoas têm neste momento em Portugal, que é real, dificuldades brutais até para comer! Tive dois doentes que já perderam o trabalho porque foram operados! (...) neste momento há um medo em perder o emprego e, por isso, os doentes não querem ser operados, só querem quando estão de férias (...) Temos doentes que não vêm ao Hospital de Valongo porque não têm dinheiro para pagar os transportes, temos doentes que não tomam medicação porque não têm dinheiro para a comprar, temos doentes que não comem porque têm de dar de comer aos filhos! Isto é dramático! Continuo, infelizmente, a não ver grandes progressos para que isto deixe de acontecer e, aí, nós, não temos nem conseguimos resolver...” (E6)

Penso que esta questão é bastante pertinente para ser aplicada ao contexto onde se realizou este estudo e, pode ter, de facto, diferentes pontos de vista, o que demonstra, realmente, a variedade e complexidade de situações com as quais estes profissionais têm de se deparar e lidar no exercício das suas profissões.

Passaremos agora para a análise dos dois Factores Psicossociais que se demonstraram significativos mas, pela positiva, pois a percentagem de respostas “não” foi alta, demonstrando que podemos fazer uma análise não olhando só para os problemas e para as lacunas mas, também valorizando os aspectos positivos que emergiram desta investigação.

Começamos por analisar os itens de Autonomia e Iniciativa (Tabela 21). Este é um cenário que se transparece real neste contexto pois os profissionais deste estudo referem que no seu trabalho estão expostos a situações de: ser obrigado a fazer o trabalho tal e qual como foi definido, sem qualquer possibilidade de alteração (86,0%); ser obrigado a respeitar, de forma rígida, os momentos de pausa, sem os poder escolher (89,3%); ter que obedecer a um horário de trabalho rígido, sem qualquer possibilidade de pequenas alterações (86,2%); e, não poder participar nas decisões relativas ao meu trabalho (91,1%).

Tabela 21 – Autonomia e Iniciativa

	N (%)
Fazer o trabalho tal e qual como definido	57*
Sim	8 (14,0)
Não	49 (86,0)
Respeitar os momentos de pausa sem escolha	56**
Sim	6 (10,7)
Não	50 (89,3)
Obedecer um horário de trabalho rígido	58***
Sim	8 (13,8)
Não	50 (86,2)
Não poder participar nas decisões do trabalho	56**
Sim	5 (8,9)
Não	51 (91,1)

* cinco inquéritos não responderam

** seis inquéritos não responderam

*** quatro inquéritos não responderam

O excessivo de trabalho e a falta de autonomia são os principais motivos de insatisfação e aumento do *stress* entre os profissionais de saúde. Esses aspectos podem ser influenciados/modificados pelas condições e organização do trabalho, como por exemplo, a redução do número de pacientes sob a responsabilidade de cada profissional, jornadas de trabalho alternativas ou o desenvolvimento de trabalhos mais cooperativos (Pires, Bertoncini, Trindade, Matos, Azambuja, Borges, 2012).

No entanto, quando o aumento da volume de trabalho é acompanhado de maior autonomia e menor processo de rotina das tarefas a desempenharem no trabalho, aumenta a satisfação do profissional mesmo que isso acarrete maior fadiga física (Silva, Dias, Teixeira, 2012).

A capacitação dos profissionais no manuseamento de equipamentos e materiais, bem como a adesão a novos protocolos, a adoção de novas abordagens aos pacientes e a autonomia profissional contribuem para aumentar a satisfação no trabalho e para diminuir o *stress*, a resistência à inovação e o volume e intensidade do trabalho (Rodrigues, 2015).

Este cenário, a meu ver, é bastante positivo, pois a autonomia e a iniciativa representam a possibilidade que um trabalhador tem de controlar o método de trabalho ou a ordem de execução das suas tarefas. Pode ser temporal, quando referida ao grau de liberdade de decisão acerca do comportamento a adoptar ao longo do período de trabalho ou de decisão quando reportada a aspectos conexos com as tarefas. Mas, conferir autonomia permite aumentar o grau de satisfação no trabalho, evitando a saturação.

Quadro 19 – Autonomia e Iniciativa

Citações
“Em relação à autonomia e à iniciativa, considero que exista por parte dos profissionais mas, julgo que não é muito aplicável aqui porque as coisas estão todas ou quase todas previstas e, quando não o estão, telefonam-me (...) ainda hoje aconteceu, uma enfermeira ligou-me para me colocar questões por causa de alterações e coisas que não estavam protocoladas ainda e, ligou-me para fazer essas mesma questões, o que é pertinente mas, teve de pensar e, apesar disso, teve de ligar ao director, porque é ele quem sabe o que fazer e qual é a melhor solução. Elas sabem o que estão a fazer mas, quando têm dúvidas, devem perguntar ao superior, ou à enfermeira chefe ou ao director de serviço, que estão sempre disponíveis, porque na prática e em última análise, sou eu que mais sei ou que devo saber tudo o que se passa neste Serviço” (E6)

Contudo, pela citação que podemos observar no Quadro 19, podemos concluir que, nem em todas as situações isto é assim tão literal, pois há assuntos que, por muita autonomia e iniciativa que haja, têm de passar sempre pelos superiores pois, eles, são quem podem e sabem realmente o que fazer em determinadas situações.

Por último, analisemos os itens que se destacaram relativamente ao Factor Psicossocial das Relações de Trabalho (Tabela 22). Segundo as respostas recolhidas, os inquiridos consideram que no seu trabalho é frequente a necessidade de ajuda dos colegas (83,6%). Apesar desta necessidade, através da análise dos dados, podemos verificar que existe uma boa relação entre os colegas e o Serviço onde estes profissionais trabalham, destacando-se pela resposta “não” os seguintes itens: é frequente não ter ajuda dos colegas quando preciso (83,6%); é raro conseguir trocar experiências ou truques com outros colegas para o realizar melhor (94,8%); e, é desconsiderada a minha opinião para o funcionamento do departamento/secção (87,3%).

Tabela 22 – Relações de Trabalho

	N (%)
Frequente necessidade de ajuda dos colegas	61*
Sim	51 (83,6)
Não	10 (16,4)
Frequente não ter ajuda dos colegas	55**
Sim	6 (10,7)
Não	50 (89,3)
Raro conseguir trocar experiências com colegas	58***
Sim	8 (13,8)
Não	50 (86,2)
É desconsiderada a minha opinião no Serviço	55**
Sim	5 (8,9)
Não	51 (91,1)

* um inquérito não respondi

** sete inquéritos não responderam

*** quatro inquéritos não responderam

As relações no trabalho estão associadas ao limitado e insuficiente relacionamento com os colegas e supervisores, ao conflito interpessoal e à falta de apoio social. No entanto, existem argumentos que consideram que bons relacionamentos entre trabalhadores e outros mesmos grupos de trabalho ou da própria instituição, são essenciais para a saúde individual e organizacional (Rego & Barbosa, 2012).

O trabalho é uma actividades essencialmente humana. Como actividade humana, o trabalho requer, para a sua realização, a presença obrigatória do homem. O trabalho é, além disso, uma actividade transitiva, uma actividade de modo tal que, iniciando-se no sujeito humano, se endereça para um objecto exterior. Nestes termos, o trabalho deve ser sempre visto como uma interacção, do homem com a natureza física e natural. Mas, o trabalho é também, sobretudo, uma interacção do homem com outros homens ou do homem consigo próprio (Coelho, 2010).

As interacções próprias ao trabalho são, portanto, de natureza física ou de natureza psicossocial. O objecto exterior para o qual o homem se endereça consiste, ou em coisas (um objecto ou um espaço – interacção física), ou em pessoas (uma pessoa, várias pessoas ou a própria pessoa – interacção social) (Espindola & Fontana, 2012).

A interacção psicossocial apenas pode envolver interacções sociais (que respeitam ao indivíduo em relação com outros indivíduos). As interacções psicossociais no trabalho são cada vez mais importantes e primordiais, na medida em que o trabalho na actual Sociedade de Serviços assenta, fundamentalmente, em interacções sociais (Branco, 2015).

O conceito de interacção social assume um lugar central na abordagem psicossocial, ou seja, nesta abordagem multipolar, simultaneamente psicológica e social. O próprio domínio da psicossociologia apareceu, então, essencialmente, como o da interacção (social), ou seja, a problemática da interacção social converge com a perspectiva psicossociológica (Coelho, 2010).

Pelos valores obtidos às questões referidas, é sem dúvida interessante constatar-se que, apesar de todas as situações constrangedoras a que estes profissionais estão expostos, com as quais têm de se deparar e vivenciar no exercer das suas profissões, haja espaço para um ambiente relacional extremamente positivo, em que está sempre presente a ideia de que partilham um objectivo comum, tendo sempre em conta o melhor para si, para a sua equipa, para o seu serviço e, para a organização que integram.

Quadro 20 – Relações de Trabalho

Citações
“Mesmo que esteja a instrumentar, eu vou ajudar os colegas, mesmo antes de me ir embora (...) ajudamos sempre a passar a marquesa para a cama (...) estamos sempre a trabalhar em conjunto!” (E3)
“Quando é o transporte de doentes extremamente pesados “Hey, espera aí, calma, não vais levantar sozinha!” e então levantam as duas (...) se for assim, acabamos por minimizar os riscos individuais...” (E3)
“O que está descrito nas normas é que é a colega da anestesia é que vai buscar o doente à indução mas, normalmente, algumas das outras colegas já está disponível e quando está a chegar ao recobro, já temos o doente preparado à entrada. E assim há trabalho de equipa!” (E3)
“Eu já disse, de todos os serviços em que já estive e do que conheço dos que já estive, acho que aqui há realmente muito preocupação por parte dos profissionais com os doentes! E isso faz mesmo a diferença! Telefonam ao doente depois de ser operado (...) passado um mês (...) E, por incrível que pareça, outros serviços e do mesmo hospital, não fazem isso!” (E5)

Esta realidade é comprovada através das citações recolhidas nas entrevistas acerca deste tema, podendo ser possível analisar exemplos de situações diárias em que isto, de facto, acontece (Quadro 20).

Desta forma, penso que o bom relacionamento nos Serviços de saúde é sem dúvida uma mais-valia para que tudo esteja em sintonia e funcione da melhor forma. Ao haver precisamente relações de trabalho positivas entre colegas, há logo uma predisposição diferente para se trabalhar e para se lidar com determinadas situações, pois permite que haja abertura entre os colegas e um sentimento de entreajuda que só trará valor acrescido para os serviços em que trabalham, bem como para organização em geral, dando possibilidade a que estes tenham o melhor funcionamento possível e assegurem os melhor cuidados possíveis.

Conclusão

A análise das condições de trabalho, dos riscos e factores de risco gerais e psicossociais têm-se destacado e têm de ser cada vez mais consideradas, por forma a continuar a possibilitar o aparecimento de novas formas de organização e gestão nas diferentes instituições.

Acredita-se que estudar o trabalho do ponto de vista do trabalhador, diminui equívocos de avaliação. Não basta a racionalidade dos pesquisadores e técnicos pois, é preciso envolver aquele que vive a situação de trabalhado para que, a partir das singularidades, efectivamente, haja construção colectiva (Espindola & Fontana, 2012).

Este foi um dos aspectos positivos deste estudo, pois obtive, desde o início, um *feedback* extremamente positivo da parte dos sujeitos envolvidos (quer dos dire

ctores de serviço como dos profissionais em geral), tendo havido uma participação interessada e consciente da parte de todos, com o intuito de, daqui, retirarem aspectos importantes a serem trabalhados e melhorados, contribuindo para um melhor contexto profissional individual mas, também, organizacional.

No entanto, na realização desta dissertação, deparei-me com algumas limitações. A nível geral, poderei destacar situações como: o facto de ter tido uma amostra mais pequena do que gostaria, em relação à população onde foi realizado o estudo, bem como o facto de, apesar de ter incluído todas as diferentes categorias profissionais desta instituição, destacaram-se os enfermeiros como a categoria profissional mais participativa, podendo isto levar a eventuais “desvios” na análise dos dados. A nível pessoal, penso que é de se referir que o longo tempo de espera para iniciar o estudo em questão, bem como o facto de ter “perdido” a primeira versão desta dissertação, levaram-me a momentos de impaciência e desmotivação. Contudo, o interesse em dar resposta ao *feedback* tão positivo que tive de todos os profissionais, bem como o incentivo da minha orientadora e de todos aqueles que me acompanharam nesta etapa, contribuíram para que levasse este trabalho a bom porto.

A análise mais aprofundada dos factores de risco gerais e psicossociais permite destacar outras relações entre a saúde e o trabalho que, embora possam traduzir situações patológicas, perturbam o bem-estar dos trabalhadores e dificultam a sua vivência no dia-a-dia de trabalho (Barros-Duarte & Cunha, 2014).

Com esta investigação foi possível constatar precisamente isso. Existem várias condicionantes ao nível laboral que levam a implicações na saúde e bem-estar dos

trabalhadores, tendo-se destacado nesta amostra: ao nível do ambiente físico, a exposição ao ruído nocivo ou incómodo; a exposição a mudanças de temperatura extremas; a exposição a agentes biológicos e a agentes químicos; e ao nível dos constrangimentos físicos: o ter de estar muito tempo de pé com deslocamentos; o ter de adoptar posturas penosas; e, o ter de fazer esforços físicos intensos.

Para além do referido, foi possível confirmar ainda que, as actividades profissionais que estes trabalhadores têm de realizar têm características próprias e transversais a todos, tendo-se destacado como as principais, este ser variado, imprevisível e complexo.

Depois da elaboração deste trabalho, quer a nível teórico como ao nível prático, torna-se, sem dúvida, essencial a análise dos riscos gerais e psicossociais, bem como dos factores de risco associados aos mesmos.

Perante isto, foram destacados alguns factores de risco psicossociais a que esta amostra está mais exposta, tais como: a intensificação do trabalho, através de casos como, o ter de trabalhar a um ritmo intenso; o ser frequentemente interrompido; ter de lidar com situações de hipersolicitação; e, o ter de ultrapassar o horário normal de trabalho; e, ainda, as exigências emocionais do contacto com o público, através de situações como, o ter de lidar com as exigências, queixas e reclamações; lidar com situações de tensão; estar exposto a situações de agressão verbal e física; bem como ter de lidar com as dificuldades e sofrimento dos outros.

De referir ainda que, para além da análise dos aspectos negativos mencionados, também houve a possibilidade de constatar, através dos dados obtidos, que os profissionais desta instituição têm autonomia e iniciativa, bem como boas relações de trabalho, sendo considerados factores extremamente positivos para a realização de um bom trabalho, garantindo a melhor prestação de serviços hospitalares.

Para que seja feita uma análise correcta destas questões, para além da necessidade de ter uma boa base teórica como a apresentada, há, sem dúvida, uma grande importância na administração de questionários junto dos profissionais para obtermos os dados necessários e os números que quantifiquem, de facto, aquilo que acontece no dia-a-dia das diferentes actividades existentes.

Uma das vantagens deste estudo e da utilização do instrumento INSAT para a recolha e análise dos dados foi o facto de a aplicação do mesmo, na modalidade de autopreenchimento, ser susceptível de facilitar a expressão e a explicitação do vivido no trabalho. A estrutura do inquérito e o tipo de questões colocadas constituem

elementos promotores desta tomada de consciência e de uma evolução progressiva, quer na reflexão desenvolvida, quer nas declarações realizadas (Barros-Duarte & Cunha, 2014).

Ora, se uma das preocupações presentes na concepção do inquérito foi a de seleccionar questões que tivessem sido analisadas e debatidas em estudos de terreno é, portanto, insuficiente uma análise e interpretação dos resultados meramente estatística. De facto, o recurso às pesquisas qualitativas assume uma importância crucial nas análises dos resultados estatísticos, nomeadamente, os estudos de terreno que, recorrendo à análise da actividade de trabalho, permitem completar, enriquecer e validar os resultados obtidos (Barros-Duarte & Cunha, 2014).

Com isto, tenho de dar grande importância a algo que ainda não é tido muito em conta na realização da maioria das investigações deste género: a Análise Qualitativa. Penso que esta é, sem dúvida, uma mais-valia para qualquer pessoa que analise estas temáticas, pois, para além dos números, tive através das entrevistas, da observação e permanência nos serviços, a possibilidade de contactar directamente os profissionais de saúde que desempenham as suas funções e, através dos mesmos, compreender realmente os dados que obtive através da administração do INSAT.

A maior parte dos artigos sobre as condições de trabalho, os riscos gerais e psicossociais, configuram estudos quantitativos (prospectivos, transversais ou correlacionais) que estabelecem relações com a saúde mental e física, com profissões ou locais de trabalho específicos, com características do trabalho e performance laboral. Os estudos de revisão da literatura, revisão sistemática e/ou reflexão teórica, focam-se em conceitos genéricos sobre riscos psicossociais, a definições de risco e risco profissional, saúde ocupacional, acidentes de trabalho, segurança, psicodinâmica e psicopatologia do trabalho e, políticas de gestão e prevenção de riscos gerais e psicossociais. Nas metodologias qualitativas são utilizadas entrevistas individuais e/ou colectivas a trabalhadores e chefias, *Focus Group Discussion*, observação de processos de trabalho, consulta e análise documental, análise de verbalizações e *checklists* (Costa & Santos, 2013).

Ao haver esta dupla análise, tive a oportunidade de contextualizar os dados e compreender, realmente, a actividade real de trabalho destes profissionais, acabando, a meu ver, por ser um contributo ainda maior e mais concreto daquilo que pretendia compreender, pois, melhor que ninguém, os próprios trabalhadores é que nos podem explicar o que é trabalhar em determinada actividade, em determinado contexto e em

determinadas condições, sendo possível, desta forma, obter exemplos reais e concretos daquilo que vivenciam.

Segundo um estudo realizado por Costa & Santos (2013), de análise sistemática da literatura acerca da problemática dos riscos psicossociais, verificou-se que os estudos que abordam problemas ou consequências, associados aos riscos, em concreto os psicossociais, referem a existência: de mal-estar e sofrimento; ocorrência de discriminação, violência e assédio; níveis de exposição à violência a aumentar; e os trabalhadores expostos a violência, *bullying* ou assédio reportam níveis mais altos de problemas de saúde e mais sintomas físicos que os não expostos. Verificou-se, ainda, que dos sectores estudados, os que parecem ser mais afectados por estes riscos são os da saúde e educação, administração pública, transportes, comunicação, hotelaria e restauração (Costa & Santos, 2013).

O mesmo estudo constatou ainda que as metodologias e tipos de estudos mais realizados para a análise dos riscos gerais e psicossociais é a quantitativa, com uma percentagem de 58%, enquanto que os métodos qualitativos representam apenas 18% da totalidade. Relativamente aos instrumentos de avaliação, também podemos constatar que se verifica o mesmo princípio, uma vez que a utilização de escalas, inquéritos e questionários corresponde a 73% e a realização de entrevistas, apenas 17% (Costa & Santos, 2013).

O INSAT corresponde, portanto, a um dispositivo metodológico de carácter quantitativo, mas que pode encontrar o seu espaço de avaliação e de intervenção em abordagens mais “compreensivas” do que “explicativas”, assumindo desde a concepção à análise e interpretação dos resultados, uma combinação coerente entre a análise da actividade e o inquérito por questionário (Barros-Duarte & Cunha, 2014).

É nesta perspectiva que o INSAT2013 procura ultrapassar as tradicionais práticas de avaliação de riscos e do seu impacto na saúde e no bem-estar, reforçando uma abordagem mais centrada no vivido subjectivo pelo trabalhador e, portanto, mais tradutora da postura que considera que a avaliação de riscos integra, inevitavelmente, os factores psicossociais de risco, mas também os riscos físicos, químicos, biológicos – todos aqueles que influenciam a actividade humana de trabalho – e que podem fragilizar a saúde e o bem-estar dos trabalhadores (Barros-Duarte & Cunha, 2014).

Dessa maneira, as normas prescritas, de reconhecimento e controle dos perigos identificados pela gestão de riscos, são consideradas relevantes, servindo como ponto de partida para melhorar continuamente as condições de saúde e segurança no

trabalho. Entretanto, as normas não são suficientes para abordar os riscos subjetivos, os ainda não conhecidos, os imprevistos, os psicossociais, enfim, as dimensões invisíveis do trabalho. Determinados riscos podem ocorrer pela tentativa de simplificação do que está envolvido na actividade laboral. A generalização das normas propõe e presume a redução da complexidade e variabilidade do humano e do trabalho, de modo que, as fórmulas daí advindas, nunca serão capazes de contemplar todas as possíveis manifestações no trabalho, uma vez que nem todos os acontecimentos e riscos são antecipáveis, controláveis ou elimináveis (Mesquita, Santos, Machado, Ramos & Macedo, 2016).

Este estudo evidencia ainda que há a necessidade de criação de mais pesquisas relacionadas com as características do trabalho dos profissionais de saúde, tendo como foco de atenção os riscos gerais e psicossociais e os factores de risco associados, pois pouco se nota no que se refere ao surgimento de novas patologias relacionadas com o trabalho.

Desta forma, com esta investigação, pretendo também sensibilizar para que, cada vez mais, se continuem a desenvolver trabalhos nesta área, sendo aqui abordadas questões tão importantes e que têm de ser tidas cada vez mais em conta, servindo como contributo de análise e como ponto de partida para melhorar as condições de trabalho destes profissionais. Para isso, é preciso ter sempre o cuidado de não olhar só para a parte quantitativa mas, sim, corroborar os dados quantitativos com toda uma análise qualitativa, que permite realmente entender o que está por detrás dos números, querendo destacar, assim, a importância desta dupla análise: Quantitativa *vs* Qualitativa.

Referências Bibliográficas

- Autoridade para as Condições do Trabalho - ACT. (2013). in www.act.gov.pt.
- Almeida, A.M.C.S. (2015). Prevalência da Patologia disfuncional e da dor associada à ATM em indivíduos que recorrem à consulta de Medicina do Trabalho do SAMS. (Tese de Mestrado). Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz. Lisboa: Portugal.
- Alter, N. & Reynaud, E. (1996). Le système social de France Telecom et ses acteurs à l'épreuve des reformes. *Lettre du CEE*, (42), 1-10.
- Alvarez, D. & Telles, A.L. (2004). Interfaces ergonomia-ergologia: uma discussão sobre trabalho prescrito e normas antecedentes. In Figueiredo, M., Athayde, M., Brito, J. & Alvarez, D. (Eds.), *Labirintos do Trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo* (pp. 63-90). Rio de Janeiro: DP&A.
- Andrade, D.R., Finkler, C., Closs, M., Marini, A.L. & Capp, E. (1998). Efeitos do ruído industrial no organismo. *Pró-fono Revista de Atualização Científica*, 10(1), 17-20.
- Antunes, A.S.D. (2016). *Trabalho em equipa*. Relatório de Estágio para Mestrado em Educação pré-escolar, Instituto Politécnico de Setúbal, Portugal.
- Araújo, T.M., Aquino, E., Menezes, G., Santos, C.O. & Aguiar, L. (2003). Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadores de enfermagem. *Revista Saúde Pública*, 37(4), 424-433.
- Arezes, P. (2002). Percepção do risco de exposição ocupacional ao ruído. (Tese de doutoramento). Universidade do Minho. Guimarães: Portugal.
- Arezes, P.M., Bernardo, C.A. & Mateus, O.A. (2012). Measurement strategies for occupational noise exposure assessment: A comparasion study in diferente

industrial environments. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 42(1), 172-177.

Arnold, J., Robertson, I., Cooper, C., Silvester, J., Patterson, F. & Burnes, B. (2005). *Work Psychology: understanding human behaviour in the workplace*. England, Pearson Education Limited.

Askenazy, P. & Caroli, È. (2010). Innovative Work Practices, Information Technologies, and Working Conditions: Evidence for France. *Industrial Relations*, 49(4), 544-565.

Assunção, A.A., Lima, F.P.A. Aproximações da ergonomia ao estudo das exigências afectivas das tarefas. In: Glina, D.M.R., Rocha, L.E. (Org.). *Saúde mental do trabalho: da teoria à prática* (p. 210-228). São Paulo: Roca.

Avendanõ, C. (2002). Riesgos para la salud de las enfermeras del sector publico. *Revista Enfermaria*, 30(102), 11- 38.

Baptista, R.F.C. (2014). Exposição aos riscos psicossociais no trabalho numa amostra de enfermeiros portugueses da administração pública. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto. Porto: Portugal.

Barbosa, A. (1989). Riscos Ocupacionais em Hospitais: um desafio aos profissionais da área de saúde ocupacional. (Tese de Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: Brasil.

Barros-Duarte, C. & Cunha, L. (2014). Avaliação dos fatores psicossociais de risco: contributos do Inquérito INSAT. In H.V. Neto, J. Areosa & P. Arezes (Org)., *Manual sobre Riscos Psicossociais no Trabalho* (p. 333-346). Porto, Portugal: RICOT.

- Barros-Duarte, C., Cunha, L. & Lacomblez, M. (2007). INSAT: uma proposta metodológica dos efeitos das condições de trabalho sobre a saúde. *Laboreal*, 3(2), 54-62.
- Barros-Duarte, C. & Cunha, L. (2010). INSAT2010 – Inquérito Saúde e Trabalho: outras questões, novas relações. *Laboreal*, 6(2), 19-26.
- Benavides, F.G. (2000). *Salud Laboral, conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales*. Barcelona: Masson.
- Bendassolli, P.F. (2012). Psicologia do Trabalho como Psicologia da Acção: O Aporte das Teorias da Actividade. *Psico*, 43(3), 341-349.
- Bendassolli, P.F. & Guedes Gondim, S.M. (2014). Significados, sentidos e função psicológica do trabalho: Discutindo essa tríade conceitual e seus desafios metodológicos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32(1), 131-147.
- Bentes, H. (2012). Riscos psicossociais no trabalho. *Pessoal*, 115, 46.
- Bouffartigue, P. (2012). *Mesures et démesures du travail – XIII éme journées Internationales de Sociologie du travail, Bruxelles*, (p. 25-27), Bélgica.
- Braga, L.C. (2007). Condições de trabalho e saúde dos profissionais da rede básica de saúde de Botucatu – SP. (Tese de Mestrado). Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho. Botucatu: Brasil.
- Branco, A.P. (2015). Os Riscos Psicossociais nos tripulantes da aviação comercial. (Tese de Mestrado). Universidade Europeia de Lisboa. Lisboa: Portugal.
- Brasil, A.C.O., Brandão, J.A.M., Silva, M.O.N. & Filho, V.C.G. (2005). O papel do Fisioterapeuta do Programa de Saúde da Família do Município de Sobral-Ceará. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 18(1), 3-6.

- Brito, J.C. (2009). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Brasil: Fundação Oswaldo Cruz.
- Bulhões, I. (1998). *Riscos do trabalho de enfermagem*. Rio de Janeiro: Folha Carioca Editora.
- Camili, E.A. (2007). Tratamento da manipueira por processo de flotação sem uso de agentes químicos. (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho de Botucatu. São Paulo: Brasil.
- Campos, H., Santos, J.R.M., Alencar, R. & Alves, S.A. (2014). Avaliação dos Riscos Psicossociais relacionados ao Trabalho no Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal. (Tese de Mestrado). Universidade de Brasília – Instituto de Psicologia. Brasília: Brasil.
- Campos, J.F. & David, H.S.L. (2011). Avaliação do contexto de trabalho em terapia intensiva sob o olhar da psicodinâmica do trabalho. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42(2), 363-368.
- Campos, T.C.P. (2003). *Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda.
- Caran, V.C.S. (2007). Riscos Psicossociais e Assédio Moral no Contexto Acadêmico. (Dissertação de Mestrado). Universidade de São Paulo. São Paulo: Brasil.
- Cardo, D. M. (2004). A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. *The New England Journal of Medicine*, Waltham, 32, 85-94.
- Cardoso, A.C.M. (2013). Organização e intensificação do tempo de trabalho. *Revista Sociedade e Estado*, 28, 351-374.

- Cardoso, A.C.M. & Figueiredo, R.M. (2010). Biological Risk in Nursing Care Provided in Family Health Units. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3), 368-372.
- Cardoso, C.I.D.C. (2013). Planos de Prevenção de Riscos de gestão: Transparência dos Institutos Politécnicos Portugueses. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Ciências Empresariais – Instituto Politécnico de Setúbal. Setúbal: Portugal.
- Carvalho, A.C. (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP.
- Castro, D., Simões, H., Figueiredo, J.P., Tavares, Ó., Braga, H., Negrão, M., Gonçalves, R., Bizzaro, V. & Ferreira, D. (2013). *Determination of noise levels in the intensive care unit of the Coimbra Hospital and University Center*. Paper presented at the Occupational Safety and Hygiene 2013, Guimarães, Portugal: SPOSHO.
- Centeno, M. (2016). *O Trabalho, uma visão de mercado*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Cezar-Vaz, M.R., Soares, J.F.S., Figueiredo, P.P., Azambuja, E.P., Sant'anna, C.F. & Costa, V.Z. (2009). Percepção do risco no trabalho em saúde da família: estudo com trabalhadores no sul do Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(6), 31-37.
- Chagas, D. & Reis, S. (2014). A influência da organização do trabalho na satisfação laboral dos trabalhadores. *International Journal on Working Conditions*, 8, 83-97.
- Chiavenato, I. (1995). *Recursos Humanos*. São Paulo: Editora Atlassa.
- Chiavenato, I. (2004). *Gestão de pessoas: e o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. Rio de Janeiro: Elsevier.

- Chiodi, M. & Marziale, M. (2006). Riscos ocupacionais para trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde: Revisão Bibliográfica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(2), 212-217.
- Clot, Y. (2006). *A função psicológica do trabalho*. Petrópolis: Vozes.
- Clot, Y. (2010). *Le travail à coeur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris: La Découverte.
- Coelho, J.A. (2008). *Uma introdução à Psicologia da Saúde Ocupacional: prevenção dos riscos psicossociais no trabalho*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Coelho, J.A. (2010). *Prevenção de Riscos Psicossociais no trabalho em Hospitais*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Coelho, J.A. (2011). *Gestor Hospitalar e Prevenção de Riscos Psicossociais no Trabalho*. Lisboa: Placebo.
- Coelho, J.A. (2013). *Psicólogo da Saúde Ocupacional: uma nova saída profissional*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Coelho, J.M.A. (2009). *Gestão Preventiva de riscos psicossociais no trabalho em Hospitais no Quadro da União Europeia*. (Tese de Doutoramento). Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Porto: Portugal.
- Contrera-Moreno, L. & Contreta-Moreno, M.I. (2004). Violência no trabalho em enfermagem: um novo risco ocupacional. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(6), 764-749.
- Cooper, C.L. & Williams, S. (1994). *The Costs of Health Work Organization*. Chichester: Wiley.

- Correia, J.A.C. (2016). *Violência no trabalho dos enfermeiros no serviço de urgência*. Tese de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo.
- Costa, A.C.C. (2015). Riscos Psicossociais e Capacidade no Trabalho na população de Outil (Cantanhede). (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Coimbra: Portugal.
- Costa, E.Q., Couto, D., Carvalho, J., Costa, J.T., Diogo, M.T. & Baptista, J.S. (2013). Ambiente térmico, aclimatação e temperatura da pele numa actividade sedentária – resultados preliminares. In Neto, H.V., Areosa, J. & Arezes, P. (Eds.), *Working Conditions International Congress – CICOT2013* (p. 148-154). Vila do Conde, Portugal: Civeri Publishing.
- Costa, L.S. & Santos, M. (2013). Factores Psicossociais de risco no trabalho: lições aprendidas e novos caminhos. *International Journal on working conditions*, 5, 39-58.
- Costa, L.S. & Santos, M. (2013). Factores Psicossociais de Risco no Trabalho: O que se mede, como se mede e qual o objectivo de medir. In Neto, H.V., Areosa, J. & Arezes, P. (Eds.), *Working Conditions International Congress – CICOT2013* (p. 234-240). Vila do Conde, Portugal: Civeri Publishing.
- Costa, L.S. & Santos, M. (2015). Factores psicossociais de risco no trabalho: uma problemática, diferentes abordagens. In *International Congress on safety and labour market: book at abstracts*, Covilhã, 8-9 Maio.
- Costa, T.C. (2013). A influência dos horários de trabalho (horário normal e horário por turnos) na qualidade de vida no trabalho e engagement profissional. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico do Porto. Porto: Portugal.
- Covita, H., Pacheco, C. & Santos, I. (2011). Identificar necessidades de formação em cuidados continuados integrados. (Relatório Final). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. Lisboa: Portugal.

- Cumbe, V.F.J. (2010). Síndrome de Burnout em Médicos e Enfermeiros cuidadores de pacientes em doenças Neoplásticas em Serviços de Oncologia. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto: Portugal.
- Cunha, L. & Barros-Duarte, C. (2013). Se as condições de trabalho mudam... como mudam os instrumentos que as avaliam? Análise da evolução do *Inquérito Saúde e Trabalho*. In Neto, H.V., Areosa, J. & Arezes, P. (Eds.), Working Conditions International Congress – CICOT2013 (pp. 256-261). Vila do Conde, Portugal: Civeri Publishing.
- Dantas, A.S.D.S. (2015). Hospital de Seridó: uma história ainda pouco contada. (Tese de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Rio Grande do Norte: Brasil.
- Dejours, C. (2012). Trabalho Vivo: trabalho e emancipação. Brasília: Paralelo.*
- Domingues, A.R.S. (2009). Inteligência Emocional, Empatia e Satisfação no Trabalho em Médicos. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Porto: Portugal.
- Dominguez, T.H.F. (2014). Construção de uma grelha de avaliação dos riscos psicossociais : caso do centro hospitalar de luta contra o cancro de Nice, França. (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior de Economia e Gestão da Universidade Técnica de Lisboa. Lisboa: Portugal.
- Drinka, T.J.L., Clark, P.G. & Baldwin, D.C. (2000). *Health care teamwork: interdisciplinary practice and teaching*. Boston: Auburn House Publishing.
- Durand, J.P. (2004). *La chaîne invisible. Nouvelles formes de travail: flux tendu et servitude volontaire*. França: Seuil.
- Espindola, M.C.G. & Fontana, R.T. (2012). Riscos Ocupacionais e mecanismos de autocuidado do trabalhador de um centro de material e esterilização. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(1), 116-123.

- Esteves, J.R. (2013). Avaliação e Diagnóstico dos riscos psicossociais numa loja hipermercado. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Porto: Portugal.
- European Commission (2014). *Flash Eurobarometro*. Consultado e disponível em http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_398_fact_pt_en.pdf.
- Facas, E.P. (2013). Protocolo de Avaliação dos Riscos Psicossociais no Trabalho – Contribuições na Psicodinâmica do Trabalho. (Tese de Mestrado). Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Brasília: Brasil.
- Faria, A.M.C. (2008). Caracterização e Análise dos Acidentes de Trabalho com Profissionais de uma Unidade Hospitalar. (Dissertação de Mestrado). Escola de Engenharia da Universidade do Minho. Minho: Portugal.
- Fedel, A.S. & Santos, J.C.F. (s/d). *Sociologia do Trabalho*. Brasil: UNISA.
- Felli, V.E.A. (2012). Condições de trabalho e adoecimento: motivos para a redução da jornada de trabalho para 30 horas. *Enfermagem em Foco*, 3(4), 178-181.
- Fernandes, A.G. (2014). Caracterização do ambiente térmico ocupacional dos Trabalhadores da Indústria da metalomecânica (com fundição). (Dissertação de Mestrado). Universidade do Minho. Minho: Portugal.
- Ferreira, M. C. (2012). Interfaces entre a psicodinâmica do trabalho, a sociologia clínica e a ergonomia da actividade: a face da ergonomia da actividade. In: Mendes, A.M., Merlo, A.R.C., Morrone, C.F., Facas, E.P. (Orgs.). *Psicodinâmica e clínica do trabalho: temas, interfaces e casos brasileiros* (p. 193-216). Curitiba: Juruá.
- Ferreira, M.C. & Mendes, A.M. (2001). Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau humor?: atividade de atendimento ao público e prazer-sofrimento no trabalho. *Estudos de Psicologia*, 6(1), 93-104.

- Figueiredo, R. M. (1992). Opinião dos servidores de um hospital escola a respeito de acidentes com material perfuro-cortante na cidade de Campinas. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 20(76), 20-35.
- Filho, J.C.B. & Alvarenga, R.Z. (2013). O dano existencial e o Direito do Trabalho. *Âmbito Jurídico*, 111.
- Fischer, F.M. (2012). Relevância dos factores psicossociais do trabalho na saúde do trabalhador. *Revista Saúde Pública*, 46(3), 401-416.
- Fisher, G. & Tarquinio, C. (2010). *Os conceitos fundamentais da psicologia da saúde*. Portugal: Instituto Piaget.
- Fonseca, R.A.P. (2015). Ambiente térmico e índice de satisfação nos locais de trabalho. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra – Instituto Politécnico de Coimbra. Coimbra: Portugal.
- Forastieri, V. (2013). Psychosocial risks and work-related stress. *Medicina y seguridad del trabajo*, 59(232), 297-301.
- Freitas, L.C. (2005). *Gestão da Segurança e Saúde no Trabalho*. Lisboa: Edições Universitárias Lusófonas.
- Freitas, L.C. (2008). *Manual de Segurança e Saúde no Trabalho*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Freitas, L.C. (2009). *Manual de Segurança e Saúde do Trabalho*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Friedmann, G. (1946). *Problèmes humains du machinisme industriel*. Paris: Gallimard.
- Furtado, B.M.A.S.M. & Júnior, J.L.C.A. (2010). Percepção de enfermeiros sobre condições de trabalho em sector de emergência de um hospital. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(2), 160-174.

- Gaignard, L. (2008). Fatalisme économique, ambition et psychose de souhait. *Travailler*, (20), 19-36.
- Gaillard, J. (1997). *Psychologie de l'homme au travail: les relations homme-machine*. Paris: Donud.
- Gallie, D. (2007). *Employment Regimes and Quality of Work*. Oxford: Oxford University Press.
- Garlet, E.R., Lima, M.A.D.S., Santos, J.L.G. & Marques, G.Q. (2009). Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. *Texto e Contexto Enfermagem*, 18(2), 266-272.
- Gasparini, S.M., Barreto, S.M. & Assunção, A.A. (2005). O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. *Educação e Pesquisa*, 31(2), 189-199.
- George, F.H.M. (2014). Orientação n.º 008/2014 – Organização e funcionamento do Serviço de Saúde Ocupacional/Saúde e Segurança do Trabalho dos Centros Hospitalares/Hospitais, *Direcção Geral da Saúde (DGS)*.
- GEP (2000). *Inquérito de Avaliação das condições de trabalho dos trabalhadores*. DETEFP, Portugal.
- Gil-Monte, P. (2012). Riesgos psicosociales en el trabajo e salud ocupacional. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(2), 237-41.
- Giroux, D., Lapointe, G. & Baril, M. (1992). Toxicological index and the presence in the workplace of chemical hazards for workers who breastfeed infants. *The American Industrial Hygiene Association Journal*, 53(7), 471-474.
- Glanzner, C.H. (2014). O descompasso entre o trabalho real e o prescrito: pazer e sofrimento dos profissionais das equipes de Saúde da Família no Grupo Hospitalar Conceição. (Tese de Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Brasil.

- Gollac, M. & Bodier, M. (2011). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*. Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé, Avril.
- Gollac, M. & Volkoff, S. (2006). La santé au travail et ses masques. *Actes de la recherche en sciences sociales*, (163), 4-17.
- Gomes, A.R., Cruz, F.C. & Cabanelas, S. (2009). Estresse Ocupacional em Profissionais de Saúde: Um Estudo com Enfermeiros Portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 307 – 318.
- Gomes, N.C.A. (2015). Os efeitos do ambiente térmico: avaliação subjetiva e numérica. (Dissertação de Mestrado). Escola de Engenharia da Universidade do Minho. Minho: Portugal.
- Gomes, S.F.S., Santos, M.M.M.C.C. & Carolino, E.T.M.A. (2013). Riscos psicossociais no trabalho: estresse e estratégias de coping em enfermeiros em oncologia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(6), 1282-1289.
- Gonçalves, F. & Alves, M.J. (2012). *Código do Trabalho*. Coimbra: Edições Almedina S.A..
- Gonçalves, I.C. & Welling, H. (2001). Psicoterapeutas, Trabalho em Equipa e Integração em Psicoterapia. *Psicologia*, 15(2), 267-287.
- Gonçalves, J. (2009). Um Departamento de Saúde Ocupacional na Universidade do Porto. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto: Portugal.
- Gonçalves, R.M.A., Lacman, S., Sznelwar, L.I., Cordone, N.G.C.. Barros, J.O.B. (2015). Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). *Revista Brasileira Saúde Ocupacional*, 40(131), 59-74.

- Green, F. (2001). It's been a hard day's night. The concentration and intensification of work in late twentieth century Britain. *British Journal of Industrial Relations*, 39(1), 53-58.
- Green, F. (2006). *Demanding work: The paradox of job quality in the affluent economy*. EUA: Princeton University Press.
- Greenberg, J. (1987). A Taxonomy of Organizational Justice Theories. *The Academy of Management Review*, 12(1), 9-22.
- Guérin, F., Kerguelen, A., Laville, A., Daniellou, F. & Duraffourg, J. (2001). *Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia*. São Paulo: Blucher.
- Guimarães, L.A.M. (2013). Factores psicossociais de risco no trabalho. In: Ferreira, J.J. (Coord.). *Saúde mental no trabalho: coletânea do Fórum de Saúde e Segurança no Trabalho do Estado de Goiás* (p. 273-282). Goiânia: Cir Gráfica.
- Hall, P. & Weaver, L. (2001). Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road. *Med. Educ.*, 35, 867-875.
- Heskett, J., Sasser, W.E. & Schlesinger, L.A. (1997). *The Service Profit Chain: How leading Companies Link Profit and Growth to Loyalty, Satisfaction and Value*. New York: Free Press.
- Jankauskiene, R. (2012). Avaliação de riscos profissionais na empresa Safe Step-Andaimes, Lda.. (Pós-Graduação em Segurança e Higiene no Trabalho). Escola Superior de Tecnologia de Setúbal – Instituto Politécnico de Setúbal. Setúbal: Portugal.
- Japiassu, H. (1976). *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago.
- Jardim, R., Barreto, S.M. & Assunção, A.A. (2007). Condições de trabalho, qualidade de vida e disfonia entre docentes. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(10), 2439-2461.

- Júnior, J.L., Alchieri, J.C. & Maia, E.M.C. (2009). Avaliação das condições de trabalho em Hospitais Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 43(3), 670-676.
- Karasek, R. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, (24), 285-308.
- Karasek, R. & Theorell, T. (1994). *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books.
- Kessler, A.I. & Krug, S.B.F. (2012). Do prazer ao sofrimento no trabalho da enfermagem: o discurso dos trabalhadores. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(1), 49-55.
- Kogien, M. & Cedaro, J.J. (2014). Pronto-socorro público: impactos psicossociais no domínio físico da qualidade de vida de profissionais de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(1), 51-58.
- Lacerda, R.A. (2003). *Riscos de infecção ocupacional por exposição a substâncias orgânicas e medidas de precauções*. In: Lacerda, R. A. (Org). Controle de infecção em centro cirúrgico, fatos, mitos e controvérsias. São Paulo: Atheneu.
- Lautert, L., Chaves E.H.B. & Moura, G.M.S.S. (1999). O stress na actividade gerencial do enfermeiro. *Revista Panamericana de Saúde Pública*, 6(6), 415-25.
- Lazzareschi, N. (2009). *Sociologia do Trabalho*. Curitiba: IESDE Brasil S.A..
- Leão, L.H.C. (2012). Psicologia do Trabalho: aspectos históricos, abordagens e desafios actuais. *ECOS – Estudos Contemporâneos da Subjectividade*, 2(2), 291-305.
- Légeron, P. (2001). *Le stress au travail*. Paris: Odile Jacob.

- Légeron, P. (2008). Le stress professionnel. *L'information psychiatrique*, 84(9), 809-826.
- Leitão, I.M.T.A., Fernandes, A.L. & Ramos, I.C. (2008). Saúde Ocupacional: Analisando os riscos relacionados à equipe de enfermagem numa unidade de Terapia Intensiva. *Ciência Cuidado Saúde*, 7(4), 476-484.
- Leplat, J. & Cuny, X. (1997). *Introdução à Psicologia do Trabalho*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Lima, G.H.A. & Sousa, S.M.A. (2015). Violência psicológica no trabalho da enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(5), 535-541.
- Linhart, D. (2009). *Travailler sans les autres*. Paris: Seuil.
- Lopes, N. (2006). Equipas de Saúde: uma perspectiva sociológica sobre o exercício profissional. *Re(habilitar) Revista da Escola Superior de Saúde Egas Moniz*, 3, 25- 35.
- Loriol, M. (2011). Pourquoi tout ce stress?, in Marry C. e tal, *Maux du travail: dégradation recomposition ou illusion?*. *Sociologie du travail*, 53(1).
- Lucca, S.R. & Kitamura, S. (2012). O ensino da Medicina do Trabalho e a importância das visitas aos locais de trabalho. *Revista Brasileira de Medicina no Trabalho*, 10(2), 41-48.
- Macedo, R.B. (2012). *Segurança, Saúde, Higiene e Medicina do Trabalho*. Brasil: IESDE.
- Magnago, T.S.B.S., Lisboa, M.T.L., Griep, R.H., Zeitoune, R.C.G. & Tavares, J.P. (2010). Condições de trabalho de profissionais de enfermagem: avaliação baseada no modelo demanda-controle. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(6), 811-817.

- Mattos, U.A.O. & Másculo, F.S. (2011). *Higiene e Segurança do Trabalho*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda.
- Mauro, M.Y.C., Paz, A.F., Mauro, C.C.C., Pinheiro, M.A.S. & Silva, V.G. (2010). Condições de trabalho da enfermagem em enfermarias de um hospital universitário. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 14(1), 13-18.
- Marichalar, P. & Martin, E. (2011). Les syndicats et la souffrance, in Marry C. et al, Maux du travail: dégradation recomposition ou illusion?. *Sociologie du travail*, 53(1).
- Martins, A. M. (2010). Qualidade de vida no trabalho, satisfação profissional e saliência das actividades em adultos trabalhadores. (Dissertação de mestrado). Universidade de Lisboa. Lisboa: Portugal.
- Martins, M.D.S. (2014). Epidemiologia dos Acidentes de Trabalho em Instituições Públicas de Saúde – Factores associados e repercussões. (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto: Portugal.
- Martins, S.R. (2013). Subjectividade (intersubjectividade). In: Vieira, F.O., Mendes, A.M., Merlo, A.R.C. (Orgs.). *Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho* (p. 433-438). Curitiba: Juruá.
- Mathieu, J. & Zajac, D. (1990). A review and Meta-Analysis of the Antecedents, Correlates and Consequences of Organizational Commitments. *Psychological Bulletin*, 108(2), 171-194.
- Matos, S.S. (2014). Riscos Psicossociais em Trabalhadores na Arábia Saudita. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Ciências Empresariais – Instituto Politécnico de Setúbal. Setúbal: Portugal.
- Meda, D. & Pérvier, H. (2007). *Le deuxième âge de l'émancipation. La société, les femmes et l'emploi*, Paris: Seuil.

- Merlo, A.R.C. & Lapis, N.L. (2007). A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho. *Psicologia e Sociedade*, 19(1), 61-68.
- Mesquita, S.M.M., Santos, C.M., Machado, L.S., Ramos, L.F.C. & Macedo, K.B. (2016). Ergonomia, Psicodinâmica e Riscos. *ECOS – Estudos Contemporâneos da Subjectividade*, 6(1), 136-149.
- Milković-Kraus, S. & Horvat, D. (1991). Chromosomal abnormalities among nurses occupationally exposed to antineoplastic drugs. *American journal of industrial medicine*, 19(6), 771-774.
- Moorman, R. (1991). Relationship between Organizational Justice and Organizational Citizenship Behavior: Do Fairness Perception Influence Employee Citizenship. *Journal of Applied Psychology*, 76(6), 845-855.
- Morgado, M.F. (2014). Ergonomia ocupacional em contexto industrial: estudo do ambiente térmico. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Aveiro. Aveiro: Portugal.
- Muchinsky, P.M. (2003). *Psicologia Organizacional*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Neto, H. (2015). Estratégias organizacionais de gestão e intervenção sobre riscos psicossociais do trabalho. *International Journal on Working Conditions - RICOR*, 9, 1- 21.
- Neto, V. (2013). Identificação e Análise de Riscos Profissionais. (Relatório de Estágio em Higiene e Segurança no Trabalho). Escola Superior de Tecnologias – Instituto Politécnico de Setúbal. Setúbal: Portugal.
- Nogueira-Martins, L.A. (2003). Saúde Mental dos Profissionais de Saúde. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 1(1), 56-68.

- Nogueira, V.M.R. & Miotto, R.C.T. (2006). Sistematização, Planejamento e Avaliação das Acções dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde. *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho*, 88-110.
- Nubling, M., Vomstein, M., Schmidt, S., Gregersen, S., Dulon, M. & Nienhaus, A. (2010). Psychosocial work load and stress in geriatric care. *Biomed Central Public Health*.
- Nunes, R. (2014). Consentimento Informado. *Arquivos da Academia Nacional de Medicina de Portugal*.
- Oliveira, I.J.F. (2012). A Qualidade de Vida no Trabalho e a Satisfação Profissional dos Assistentes Operacionais dos Hospitais E.P.E. da Região de Trás-os-Montes e Alto Douro. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Trás-os-Montes: Portugal.
- Oliveira, M.M.R. (2015). Avaliação dos Factores Psicossociais de Risco nos Trabalhadores da recolha de resíduos sólidos. (Tese de Mestrado). Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra – Instituto Politécnico de Coimbra. Coimbra: Portugal.
- Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L. & Macinko, J. (2013). O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Séries: Saúde no Brasil 1*, 377(9779), 11-31.
- Paugam, S. (2000). *Le salaridé de la précarité: les nouvelles formes de l'intégration professionnelle*. Paris: PUF.
- Peiró, J.M., Prieto, F. & Roe, R.A. (2004). El Trabajo como Fenómeno Psicossocial. In Peiró, J.M. & Prieto, F. (Eds.), *Tratado de Psicología del Trabajo – Volumen II: Aspectos psicossociales del trabajo* (pp. 15-33). Madrid: Editorial Síntesis.

- Pelosi, M.B. & Nunes, L.R.O.P. (2009). Formação em Serviço de Profissionais de Saúde na área de Tecnologia Assistiva: o papel do Terapeuta Ocupacional. *Revista Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano*, 19(3), 435-444.
- Penteado, M.S. & Oliveira, T.C. (2010). Infraestrutura de biossegurança para agentes biológicos em hospitais do sul do Estado da Bahia, Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(5), 699-705.
- Pereira, M.C.A. & Fávero, N. (2001). A motivação no trabalho da equipa de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9(4), 7-12.
- Pinhal, H. (2016). Monitorização biológica de exposição a agentes químicos em estabelecimentos de saúde. In <http://hdl.handle.net/10400.18/3246>.
- Pinho, M. (2006). Trabalho em Equipes de Saúde: limites e possibilidades de actuação eficaz. *Ciências e Cognição*, 8, 66-87.
- Pinto da Costa, M.C.S. (2009). Burnout nos médicos – Perfil e enquadramento destes doentes. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade de Porto. Porto: Portugal.
- Pinto, J.P.M. (2014). Riscos Psicossociais nos trabalhadores do Metropolitano de Lisboa, E.P.E.. (Dissertação de Mestrado). Escola de Ciências Sociais e Humanas – Instituto Universitário de Lisboa. Lisboa: Portugal.
- Pinto, P.C.A. (2009). Bem-estar no Trabalho: um estudo com Assistentes Sociais. (Dissertação de Mestrado). Instituto Universitário de Lisboa. Lisboa: Portugal.
- Pinto, P.R.S.L. (2012). Consulta dos trabalhadores no âmbito da prevenção de riscos profissionais. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto. Porto: Portugal.

- Pires, D.E.P., Bertocini, J.H., Trindade, L.L., Matos, E., Azambuja, E. & Borges, A.M.F. (2012). Inovação Tecnológica e cargas de trabalho nos profissionais de saúde: uma relação ambígua. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 33(1), 157-168.
- Pires, F.C.M. (2013). Prevenção dos riscos profissionais nas paragens e manutenções industriais. (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior de Línguas e Administração. Vila Nova de Gaia: Portugal.
- Pizo, C.A. & Menegon, N.L. (2010). Análise ergonómica do trabalho e o reconhecimento científico do conhecimento gerado. *Produção*, 20(4), 657-668.
- Ream, P.S.F. (2014). Epidemiologia dos acidentes com material biológico entre trabalhadores da limpeza e conservação de serviços de saúde. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Goiás. Goiânia: Brasil.
- Reis, A., Fernandes, S. & Gomes, A. (2010). Estresse e Factores Psicossociais. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 4, 712-725.
- Renner, A.F., Goldim, J.R. & Prati, F.M. (2002). Dilemas Éticos presentes na prática do Fisioterapeuta. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 6(3), 135-138.
- Rezende, M.P. (2005). Agravos à saúde dos enfermeiros resultantes da exposição ocupacional. (Dissertação de Mestrado). Universidade de São Paulo. São Paulo: Brasil.
- Ribas, B., Fernandes, A. & Antão, C. (2015). Fatores de risco psicossociais: avaliação em colaboradores da unidade local de saúde do nordeste. In III Encontro de Jovens Investigadores do Instituto Politécnico de Bragança, Bragança.
- Ribeiro, J.L.P. (2002). O Consentimento Informado na Investigação em Psicologia da Saúde é necessário?. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3(1), 11-22.

- Rodrigues, L.O. (2013). Os hospitais portugueses no Renascimento (1480-1580): o caso de Nossa Senhora do Pópulo das Caldas da Rainha. (Tese de Doutoramento). Universidade do Minho. Minho: Portugal.
- Rodrigues, A.P. (2015). *Princípios de Direito do Trabalho*. São Paulo: LTr Editora.
- Rodrigues, L.M.C., Silva, C.C.S., Silva, V.K.V.A., Martiniano, C.S., Silva, A.C.O. & Martins, M.O. (2012). Riscos Ocupacionais: Percepção de Profissionais de Enfermagem da Estratégia Saúde da Família em João Pessoa – PB. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 16(3), 325-332.
- Rodríguez, V.A. & Paravic, T.M. (2013). Un modelo para investigar violencia laboral en el sector salud. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(1), 196-200.
- Rosenfield, C.L. & Almeida, M.L. (2014). Contratualização das relações de trabalho: embaralhando conceito canônicos da sociologia do trabalho. *Revista de Ciências Sociais*, 41, 249-276.
- Ruiz, V.S. & Araújo, A.L.L. (2012). Saúde e segurança e a subjectividade no trabalho: os riscos psicossociais. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 33(25), 170-180.
- Sá, J.C.V. & Silva, O.M.C. (2012). A importância da avaliação e da comunicação dos riscos na prevenção – caso prático: máquinas para trabalho com madeiras. In Soares, C.G., Teixeira, A.P. & Jacinto, C. (Eds.), *Riscos, Segurança e Sustentabilidade* (pp. 1069-1083). Lisboa: Edições Salamandra.
- Salanova, M., Gracia, F.J. & Peiró, J.M. (2004). Significado del Trabajo y Valores Laborales. In Peiró, J.M. & Prieto, F. (Eds.), *Tratado de Psicología del Trabajo – Volumen II: Aspectos psicosociales del trabajo* (pp. 35-63). Madrid: Editorial Síntesis.
- Salanova, M. & Schaufeli, W. (2009). *El engagement en el trabajo: cuando el trabajo se convierte en pasión*. Madrid: Alianza Editorial.

- Santos, E.H. (2012). Trabalho Prescrito e Real no atual mundo do trabalho. *Trabalho e Educação*, 1, 13-27.
- Santos, J. (2003). *Tensões por trocas térmicas: calor e frio*. In: Mendes, R. (Org.). Patologia do trabalho. São Paulo: Atheneu.
- Santos, J.L.G., Prochnow, A.G., Silva, D.C., Silva, R.M., Leite, J.L. & Erdmann, A.L. (2013). Prazer e sofrimento no exercício gerencial do enfermeiro no contexto hospitalar. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 17(1), 97-103.
- Santos, M. & Almeida, A. (2016). Principais riscos e factores de risco ocupacionais associados aos bombeiros, eventuais doenças profissionais e medidas de protecção recomendadas. *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional*, 1, 1-15.
- Santos, M. & Almeida, A. (2016). Principais riscos e factores de risco ocupacionais dos marceneiros e carpinteiros, bem como doenças profissionais associadas e medidas de protecção recomendadas. *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional*, 1, 1-10.
- Sato, L., Andrada, C.F., Évora, I.M.A., Neves, T.F.S. & Oliveira, F. (2011). As tramas psicossociais da cooperação e da competição em diferentes contextos de trabalho. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 63, 1-14.
- Schein, E.H. (1982). *Psicologia Organizacional*. Rio de Janeiro: Editora Prentice-Hall do Brasil.
- Schneider, B., Hanges, P.J., Smith, D.B. & Salvaggio, A.N. (2003). Which Comes first: Employee Attitude or Organizational Financial and Market Performance?. *Journal of Applied Psychology*, 88(5), 836-851.
- Schneider, M.S.P.S. (2006). Trabalho Prescrito x Trabalho Real: necessidade de análise para compreensão do trabalho do professor. *Revista Espaço Académico*, (62).

- Schwartz, Y. (2011). Conceituando o trabalho, o visível e o invisível. *Trabalho, Educação e Saúde*, 9(1), 19-45.
- Seennett, R. (1998). *The Corrosion of Character: The Personal Consequences of Work in the New Capitalism*. New York, Norton.
- Serafim, A., Campos, I., Cruz, R. & Rabuske, M. (2012). Riscos Psicossociais e Incapacidade do Servidor Público: Um Estudo de Caso. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(3), 686- 705.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-41.
- Silva, E. G., Nogueira, M. D. & Neves, A. S. (2010). (RE)Conciliação dos usos do tempo: Imigração, Género e Trabalho-Família. *Psico*, 41(4), p. 455-461.
- Silva, J.C.B.C., Silva, A.L.A. & Nelson, A.V.M. (2015). Sofrimento Humano nas Organizações: o enfoque na sociedade disciplinar. *Revista de Carreiras e Pessoas*, 5(3), 402-412.
- Silva, J.L.L., Dias, A.C. & Teixeira, L.R. (2012). Discussão sobre as causas da Síndrome de Burnout e suas implicações à saúde do profissional de enfermagem. *Aquichan*, 12(2), 144-159.
- Silva, L.I.C. (2014). *A prevenção de riscos psicossociais*. (Dissertação de Mestrado). Coimbra Business School – Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra. Coimbra: Portugal.
- Silva, M.A., Giuntini, P.B. & Meneguim, S.H. (1997). A percepção dos profissionais da saúde frente à exposição a riscos químicos. *Revista de Enfermagem Brasília*, 50(4), 591-598.

- Silva, M.C.M. & Gomes, A.R.S. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia*, 14(3), 239-348.
- Silva, T. (2014). *Avaliação da efectividade de diferentes agentes químicos na redução de colónias de candida albicans em amostras de resina acrílica de base de prótese total: um estudo piloto*. (Pós-Graduação em Odontologia). Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: Brasil.
- Silva, V. (2013). Análise da exposição do ruído ocupacional em ressonância magnética. In Neto, H.V., Areosa, J. & Arezes, P. (Eds.), *Proceedings – Working Conditions International Congress – CICOT 2013* (pp. 168-174). Vila do Conde, Portugal: Civeri Publishing.
- Silva, V.M.M. (2014). *Gestão da informação de acidentes de trabalho em profissionais de saúde – proposta de um sistema de gestão da sinistralidade laboral no Centro Hospitalar São João*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Engenharia e Faculdade de Letras da Universidade do Porto. Porto: Portugal.
- Smith, A. (1776). *Recherches sur la nature et les causes de la recherche en sciences sociales*. Paris: Flammarion.
- Soares, R. G. (2013). A dupla função da pausa na actividade de atendimento face a face: instrumento para resolução de conflitos e renovação do gênero. *Trabalho & Educação*, 22(1), 219-223.
- Sobrinho, C.L.N., Carvalho, F.M., Bonfim, T.A.S., Cirino, C.A.S. & Ferreira, I.S. (2006). Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos Saúde Pública*, 22(1), 131-140.
- Sorj, B. (2000). Sociologia e Trabalho: mutações, encontros e desencontros. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 15(43), 25-34.

- Sousa, F. H. (2006). *Os comportamentos na Organização*. Lisboa: Editorial Verbo.
- Sousa-Uva, A. & Serranheira, F. (2013). Trabalho e Saúde/(Doença): o desafio sistemático da prevenção dos riscos profissionais e o esquecimento reiterado da promoção da saúde. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 11(1), 43-49.
- Souza d'Ávila, L., Fraga Sousa, G.A. & Sampaio, R.F. (2005). Prevalência de distúrbios musculoesqueléticos relacionados ao trabalho em Fisioterapeutas da Rede Hospitalar SUS-BH. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 9(2), 219-225.
- Souza, S.F., Carvalho, F.M., Araújo, T.M. & Porto, L.A. (2010). Fatores psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns em eletricitários. *Revista Saúde Pública*, 44(4), 710-717.
- Souza, S., Costa, R., Shiroma, L., Maliska, I., Amadigi, F., Pires, D., & Ramos, F. (2010). Reflexões de Profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 12(3), 449-455.
- Spector, P.E. (1997). *Job satisfaction: Application, Assessment, Causes and Consequences*. London: Sage.
- Takeda, E., Robazzi, M.L. & Lavrador, M.A.S. (2001). Risco ocupacional de adquirir tuberculose entre trabalhadores de enfermagem hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem do Rio de Janeiro*, 53(3), 456-465.
- Teixeira, F.I.M.C. (2014). Factores de Risco Psicossocial em Cuidados Integrados. (Dissertação de Mestrado). Universidade Lusófona de Humanidade e Tecnologias. Lisboa, Portugal.
- Teixeira, J.R.B., Boery, E.N., Casotti, C.A., Araújo, T.M., Pereira, R., Ribeiro, I.J.S., Rios, M.A., Amorim, C.R., Moreira, R.M., Boery, R.N.S.O. & Sales, Z.N. (2015). Associação entre aspectos psicossociais do trabalho e qualidade de vida de mototaxistas. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(1), 97-110.

- Uva, A. (2006). Avaliação e gestão do risco em Saúde Ocupacional: algumas vulnerabilidades. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 6, 5-12.
- Valenty, M., Chevalier, A., Homere, J., Le Naour, C., Mevel, M., Touranchet, A. & Imbernon, E. (2008). Surveillance des maladies à caractère professionnel par un réseau de médecins du travail en France. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 32.
- Valléry, G. & Leduc, S. (2012). *Les risques psychosociaux*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Vandenberg, R.J., Richardson, H.A. & Eastman, L.J. (1999). The impact of High Involvement Work Process on Organizational Effectiveness: A Second-Order Latent Variable Approach. *Group & Organization Management*, 24(3), 300-399.
- Vásquez, P., Suazo, S. & Klijn, T. (2014). Factores de riesgos psicosociales en el trabajo: género y enfermería. *Avances en Enfermería*, 32(2), 271-279.
- Villalobos, J. (2004). Estrés y trabajo. Instituto Mexicano del Seguro Social. *Revista de Medicina y Salud*, 10(1), 27-31.
- Xelegati, R. & Robazzi, M.L.C.C. (2003). Riscos químicos a que estão submetidos os trabalhadores de enfermagem: uma revisão de literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(3), 350-56.
- Ximenes, V.J. (2014). Influência do ambiente térmico no desempenho cognitivo de trabalhadores do sector elétrico. (Dissertação de Mestrado). Escola de Engenharia da Universidade do Minho. Minho, Portugal.
- Weber, L. & Grisci, C.L. (2010). Trabalho, gestão e subjectividade: dilemas de chefias intermédias em contexto hospitalar. *Cadernos EBAPE Brasil*, 8(1), 53-70.
- Wisner, A. (1994). *A inteligência no trabalho: textos selecionados de ergonomia*. São Paulo: Fundacentro.

ANEXOS

Anexo A – Caracterização das diferentes categorias profissionais presentes no Pólo de Valongo do CHSJ

Os Médicos

A relação médico/doente é desigual por natureza, pois o primeiro providencia o cuidado e o segundo recebe-a. Ao promover este cuidado, o médico obtém gratificações psicológicas, tais como, avaliar a dor e o sofrimento, diagnosticar correctamente, curar e prevenir doenças, sentir-se competente, salvar vidas, ensinar, aconselhar, educar, receber reconhecimento e gratidão (Pinto da Costa, 2009).

Na prática da sua profissão, os médicos enfrentam limitações no serviço prestado que dificultam o sucesso das medidas terapêuticas que implementam. Estas respeitam as vicissitudes sociais, financeiras, políticas, culturais e psicológicas que determinam a saúde/doença e que transvazam o sistema de saúde. Contudo, a responsabilidade focaliza-se no médico quando o insucesso tem lugar e, conseqüentemente, muitas vezes, este interioriza a culpa, com sentimentos negativos de inadequação e falta de autoconfiança. Desta forma, o médico devia focar-se no tratar ou cuidar dos seus pacientes, cada vez melhor, consciente das limitações impostas pela realidade de que o sofrimento e a morte fazem parte da vida e de que estes têm de lidar diariamente com as mesmas. No entanto, a maior parte dos estudantes de medicina focam-se animadamente no âmbito da sua saúde profissional, pelo poder de cura mas, darem-se conta desta limitação é um dos primeiros reveses dos jovens médicos (Pinto da Costa, 2009).

Os avanços na ciência impõem mais objectividade mas, a Medicina não é uma ciência exacta e, não é passível de seguir com total precisão o protocolo científico que garanta o sucesso terapêutico. Parente o imperativo de objectividade, instalam-se práticas defensivas, uma procura de subespecialização e um recurso evidente a testes adicionais por forma a diminuir as margens de erro (Carvalho, 2011).

Antes, os médicos “limitavam” as suas preocupações ao diagnóstico e à prescrição que, geralmente, era aceite pelo doente. No entanto, actualmente, a consulta está invadida por actos altamente burocráticos que empalidecem o acto médico, exigindo-se a estes trabalhadores que intervenham nos sistemas em que se insere o doente, trabalhando sistema familiar, resolvendo dificuldades sociais, intervindo na esfera do trabalho, enquanto assume a gestão financeira, contabiliza os custos das intervenções,

rentabiliza as instalações, planeia e avalia, contribuindo para a implementação de novos modelos de organização da prestação de cuidados, promovendo a saúde e educando os doentes, descentralizando as decisões, liderando e trabalhando em equipa de forma igualitária, tendo competências negociais, dominando o marketing da saúde, a transculturalidade dos comportamentos, a comunicação e os relacionamentos, as perícias da investigação, sendo hábil na angariação de fundos, sem descurar o imprescindível estudo e desenvolvimento profissional, numa carreira cada vez mais competitiva (Pinto da Costa, 2009).

Quando nos referimos à categoria profissional dos Médicos, pode compreender as profissões de médico de diferentes especialidades: cirúrgicas, médica e técnicas com especial incidência no diagnóstico, tratamento e prevenção de uma categoria específica de doença, estando estes especializados num campo particular da medicina, tipo de paciente ou método de tratamento, podendo conduzir investigações na sua área de especialização (Pinto da Costa, 2009).

No caso concreto da amostra deste trabalho de investigação, destacou-se apenas a participação de médicos de especialidades cirúrgicas. As tarefas e funções de um profissional desta categoria compreendem:

- Examinar o doente a fim de estabelecer a indicação operatória, avaliando os riscos da intervenção, o método a empregar e estabelecendo um prognóstico, tendo em conta o estado geral do doente, a sua reacção ao tratamento e a sua história clínica;
- Dar instruções para a preparação do doente, bem como para a preparação dos instrumentos e materiais necessários à realização da intervenção;
- Criar e/ou assegurar a existência de condições e materiais (equipamento pessoal, instalações necessárias e suficientes para um pós-operatório adequado);
- Prescrever os cuidados pós-operatórios essenciais e seguir o doente neste processo, a fim de acompanhar a convalescença (Carvalho, 2011).

É ainda importante referir que, ao longo da planificação deste trabalho, tive contacto directo com Médicos mas, em especial, com três, que eram os Directores dos três diferentes Serviços que integram esta investigação. Desta forma, é importante referir que, para além das tarefas e funções referidas anteriormente (no caso de um

médico de práticas cirúrgicas), estes, como Directores de Serviço, ainda têm mais um agregado delas para cumprir, tais como:

- Fornecer orientação geral e gestão para um serviço, instalação e organização;
- Dirigir, supervisionar e avaliar actividades dos médicos, enfermeiros, pessoal técnico, administrativo e de outros serviços de saúde;
- Estabelecer objectivos e avaliar as unidades que gere;
- Dirigir e/ou conduzir a selecção e formação dos recursos humanos;
- Desenvolver, implementar e monitorizar procedimentos, políticas e normas de desempenho para os diferentes profissionais com quem trabalha no seu Serviço;
- Monitorizar a utilização de meios de diagnóstico, camas para internamento, instalações e recursos humanos para assegurar o seu uso eficiente;
- Controlar a elaboração de orçamentos, a preparação de relatórios e despesas em acessórios, equipamentos e serviços;
- Estabelecer contactos com fornecedores de serviços de saúde e bem-estar, organismos de gestão e financiamento para coordenar o fornecimento de serviços;
- Aconselhar organismos do Estado sobre medidas a adoptar para melhorar serviços e instalações de saúde;
- Representar a organização em negociações, convenções, seminários e consultas públicas sobre serviços de saúde (Carvalho, 2011).

Os Enfermeiro

A Ordem dos Enfermeiros no seu enquadramento conceptual inclui a saúde, a pessoa, o ambiente e os cuidados de enfermagem como a base de sustentação do exercício profissional dos enfermeiro. Estes conceitos são comuns a todas as perspectivas e paradigmas que explicam o que é a Enfermagem e sustentam o Metaparadigma da Enfermagem criado por Fawcett em 1984 (Martins, 2014).

O ambiente é encarado por diferentes teóricos, ao longo do tempo, como uma influência directa ou indirecta na saúde das pessoas em que a enfermagem deve intervir de forma a promover a saúde e prevenir a doença. Sendo o ambiente laboral

algo que ocupa grande parte do tempo das vidas das pessoas em idade activa, tem uma influência significativa na saúde dos trabalhadores, tornando-se, deste modo, um local privilegiado para a prestação de cuidados de enfermagem promotores de saúde. Desta forma, a enfermagem é uma profissão da área da saúde, alicerçada em conhecimentos científicos sólidos, que tem como objectivo prestar cuidados ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, ou a grupos sociais, em que está integrado de forma a que mantenham, melhorem e recuperem a saúde (Martins, 2014).

Os Enfermeiros, tal como muitos outros profissionais, por norma, fazem parte de uma equipa multidisciplinar, constituída, por exemplo, por médicos de diferentes especialidades, psicólogos, técnicos, assistentes, etc., devendo, assim, mobilizar os seus conhecimentos e competências tendo como foco a interdisciplinaridade e o trabalho em equipa (Martins, 2014).

Quando nos referimos à categoria profissional dos Enfermeiros, pode compreender as profissões de enfermeiros de diferentes especialidades: cuidados gerais, especialistas em reabilitação, em saúde infantil e pediátrica, saúde mental e psiquiátrica, enfermagem comunitária, médico-cirúrgica, saúde materna e obstetrícia, com especial incidência na prestação de cuidados e tratamentos de enfermagem para doentes (físicos ou mentais), deficientes ou outras necessidades (Carvalho, 2011).

No caso concreto da amostra deste trabalho de investigação, destacaram-se três diferentes especialidades: Enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgicas (no Serviço de Cirurgia de Ambulatório), Enfermeiros especialistas em reabilitação (no Serviço de Medicina Física e Reabilitação), e Enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica (no Serviço da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental). As tarefas e funções de um profissional destas categorias, apresentam-se seguidamente.

No caso de Enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgicas:

- Conceber, coordenar, executar e avaliar cuidados de enfermagem especializados nas áreas médico-cirúrgicas;
- Prestar cuidados a doentes de médio e alto risco;
- Detectar e actuar em situações de urgência.

No caso de Enfermeiros especialistas em reabilitação:

- Conceber, coordenar, executar e avaliar cuidados de enfermagem especializados na área de reabilitação, a nível individual, familiar e comunitário;

- Prevenir e evitar complicações e incapacidades;
- Recuperar, manter e maximizar as funcionalidades da pessoa;
- Ensinar e treinar actividades de vida diária;
- Ensinar e orientar a família no processo de reabilitação do doente.

No caso de Enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica:

- Conceber, coordenar, executar e avaliar cuidados de enfermagem especializados na área de saúde mental e psiquiátrica;
- Realizar cuidados de enfermagem nos domínios da prevenção, tratamento e reintegração social;
- Participar em grupos terapêuticos no domínio da enfermagem (Carvalho, 2011).

Os Assistentes Técnicos

Quando falamos em Assistentes Técnicos no meio hospitalar, podemos também caracterizá-los como Secretários da área da medicina, uma vez que é neste contexto que desempenham as suas tarefas e funções, sendo estas de carácter mais administrativo, podendo-se referir que estes particularmente são responsáveis por:

- Marcar e confirmar as marcações de actos médicos e transmitir recados ao pessoal médico ou aos pacientes;
- Fazer o trabalho de recepção dos doentes nos diferentes Serviços, encaminhando-os e organizando a ordem de entrada e saída dos mesmos;
- Compilar, registar e rever gráficos, relatórios, documentos e correspondência médica;
- Falar com os pacientes para completar formulários, documentos e história da doença;
- Completar formulários de seguros ou de sinistros;
- Manter registos e ficheiros médicos e de biblioteca técnica;
- Preparar mapas financeiros e procedimentos de facturação;
- Apoiar a preparação de orçamentos, elaborar contratos e pedidos de compra ou aquisição;
- Supervisionar trabalhadores administrativos desta área (Carvalho, 2011).

Os Assistentes Operacionais

Como todos os profissionais do meio hospitalar, os Assistentes Operacionais assumem também uma grande importância para o funcionamento regular e eficiente das unidades de saúde, de forma a que estas primem pela qualidade dos serviços prestados. Desta forma, estes também estão, diariamente, sujeitos a lidar com a pressão do ambiente em que exercem a sua profissão, trabalhando essencialmente em regime de turnos, com jornadas prolongadas de trabalho, estando também perante cenários paradoxos, como a vida e a morte, perdas, alegrias e tristezas e, dor e sofrimento (Oliveira, 2012).

Quanto às tarefas e funções desempenhadas por estes profissionais, podemos enumerar as seguintes:

- Limpeza e higienização dos espaços;
- Manutenção dos equipamentos de trabalho;
- Preparação, limpeza e esterilização dos instrumentos e outros materiais farmacêuticos e cirúrgicos;
- Etiquetar medicamentos e outras preparações farmacêuticas, bem como o transportar os mesmos para consumo corrente;
- Armazenamento, conservação e distribuição dos materiais necessários;
- Colocar instrumentos no tabuleiro, preparar materiais e assistir médicos e enfermeiros durante os exames, tratamentos ou operações;
- Repôr o stock dos materiais necessários;
- Acompanhamento e transporte de doentes dentro e fora do hospital, incluindo aqui o ter de levantar e deslocar os mesmos, transportando-os, se necessário, em cadeira de rodas ou macas;
- Preparar pacientes para exames ou tratamentos;
- Prestação de cuidados de higiene e conforto aos doentes sobre a orientação do pessoal de enfermagem;
- Revelar raios-X;
- Recepção e distribuição das fardas de trabalho lavadas dos profissionais dos diferentes serviços, bem como recolha e entrega para lavagem das mesmas (Oliveira, 2011).

Os Fisioterapeutas

Os Fisioterapeutas também desenvolvem um trabalho no contexto hospitalar muito importante, sendo a inserção dos mesmos uma forma de enriquecimento para os cuidados de saúde dos pacientes (Brasil, Brandão, Silva & Filho, 2005).

Tal como outros profissionais, actuar como Fisioterapeuta implica o contacto directo com os pacientes, bem como com o sofrimento, desconforto e situações de angústia dos mesmos (Renner, Goldim & Prati, 2002).

Podemos ainda referir que estes profissionais têm como principal instrumentos de trabalho o seu próprio corpo, sendo, este, muitas vezes utilizado em situações de sobrecarga, seja pela realização inadequada de um movimento ou durante o trabalho com o paciente totalmente dependente (Souza d'Ávila, Fraga Sousa & Sampaio, 2005).

Relativamente às tarefas e funções desta categoria profissional, podemos dizer que estas consistem particularmente em:

- Organizar e executar tratamentos ajustados à recuperação, manutenção e desenvolvimento das capacidades físicas dos deficientes e lesionados;
- Colaborar no diagnóstico, avaliando os sintomas e as capacidades dos pacientes;
- Elaborar e executar programas de tratamento para recuperar capacidades físicas com recurso às técnicas de terapia do movimento, técnicas manipulativas, hidroterapia, electroterapia, raios laser, ultra-sons e outras técnicas de inibição e facilitação neuromuscular;
- Ensinar e dar aos pacientes os exercícios para prosseguimento pelo próprio treino funcional adequado para as actividades da vida diária;
- Tratar doentes de diferentes patologias, como, ortopédica, respiratória, neurológica, entre outras;
- Elaborar relatórios das observações efectuadas e da evolução dos doentes;
- Participar em programas de prevenção e de reabilitação de lesões físicas (Carvalho, 2011).

Os Psicólogos

O Psicólogo profissional de saúde tem um papel clínico, social, organizacional e educacional, com áreas de actuação que abrangem a Psicologia Preventiva e de Tratamento (Campos, 2003).

No entanto, estes profissionais, para além de estabelecerem contacto com os seus pacientes, também têm de ir junto dos familiares dos mesmos, expressando-se diferentes modos de conduta. Para além do atendimento cirúrgico e das diferentes terapias que adoptam, também há uma necessidade de atendimento psicológico não só para os pacientes mas, também, com os familiares, pois estes também precisam entender, participar e compreender o processo que ocorre e qual a importância da sua participação (Campos, 2003).

Devido à história pessoal e personalidade de cada paciente, o trabalho terapêutico destes profissionais pode ser inócuo, devido à falta de colaboração, interesse e motivação do próprio doente, havendo uma grande necessidade de consciencialização e responsabilização dos mesmos, sendo fundamental o estabelecimento de um vínculo terapêutico entre ambas as partes (Campos, 2003).

Deste modo, estes profissionais deparam-se com diferentes tipos de pessoas: algumas adoecem e reincidem nas doenças; outras apresentam-se como eternas queixosas; umas reagem bem à sua situação; outras apresentam complicações diversas; outras não sabem ao certo o que se está a passar consigo mesmas, com o seu corpo e como podem ajudar-se a si próprias; algumas fazem da sua doença física ou orgânica um escudo para as suas dificuldades gerais, etc. (Campos, 2003).

Assim, relativamente às tarefas e funções destes profissionais de saúde podemos referir:

- Planear e realizar testes e questionários para medir características mentais, físicas e outras (como a inteligência, competências, aptidões, potencialidades, entre outras);
- Interpretar e avaliar os resultados obtidos nos testes e questionários, fornecendo aconselhamento;
- Analisar a influência de factores hereditários, sociais, profissionais ou outros no raciocínio e comportamento dos indivíduos;
- Conduzir entrevistas de aconselhamento ou terapêuticas a indivíduos ou grupos, fornecendo serviços de acompanhamento;

- Estabelecer contactos com as famílias dos pacientes, autoridades educacionais e empregadores, recomendando soluções e tratamentos para os problemas;
- Estudar factores psicológicos no diagnóstico, tratamento e prevenção de doença do foro mental e emocional ou perturbações de personalidade;
- Formular testes de aptidão, diagnóstico e previsão a utilizar por professores no planeamento de métodos e conteúdos de ensino;
- Conduzir inquéritos e estudos de investigação sobre projectos de trabalho, grupos de trabalho, moral, motivação, supervisão e gestão;
- Elaborar relatórios, pareceres e modelos sobre o comportamento humano (Carvalho, 2011).

Os Assistentes Sociais

Os Assistentes Sociais têm um papel muito importante na sua actuação quotidiana relativamente aos direitos sociais e à construção da integralidade em saúde. Não só tendem a ter uma abordagem do indivíduo na sua totalidade, como parte de um contexto social, económico, histórico e político mas, também, na organização de práticas de saúde que integrem acções de promoção, prevenção, cura e reabilitação (Nogueira & Mito, 2008).

Segundo alguns autores, para a maioria dos assistentes sociais, a necessidade de serem úteis constitui o impulsionador preliminar na escolha da sua profissão, afirmando ainda que a opção pelo serviço social é influenciada pela vontade de trabalhar ajudando os outros, na tentativa de resolverem os problemas dos indivíduos e da sociedade (Pinto, 2009).

Quanto às tarefas e funções desta categoria profissional, podemos dizer que estes são responsáveis por:

- Entrevistar indivíduos, famílias ou grupos para avaliar situações e problemas, determinando os serviços necessários;
- Analisar a situação dos indivíduos e apresentar alternativas para solucionar os problemas;
- Compilar registos de processos, de relatórios de tribunal ou de outros aspectos legais;

- Proporcionar aconselhamento, terapia, serviços de mediação e sessões de grupo para que o indivíduo desenvolva competências para resolver e lidar com os seus problemas sociais e pessoais;
- Planear e implementar programas de intervenção para o auxílio dos indivíduos e, consultar serviços que forneçam assistência financeira, ajuda legal, alojamento, tratamento médico, entre outros;
- Investigar casos de abuso ou negligência e levar a cabo acções que protejam crianças, jovens e outras pessoas em risco;
- Trabalhar com “infractores” durante e após o processo de sentença para ajudar a integração dos mesmos na comunidade e mudar atitudes e comportamentos;
- Actuar como advogado na resolução dos problemas que afectam grupos de pessoas na comunidades;
- Desenvolver programas de prevenção e intervenção ajustados às necessidades da comunidade (Carvalho, 2011).

Os Terapeutas Ocupacionais

O trabalho do Terapeutas Ocupacionais envolve a avaliação das necessidades dos pacientes, das suas habilidades físicas, cognitivas e sensoriais. Estes profissionais avaliam a receptividade dos indivíduos quanto à modificação ou uso da adaptação, quanto à sua condição sociocultural e as características físicas do ambiente em que essa adaptação terá de se inserir. Com isto, estes trabalhadores procuram promover opções ou soluções para que as pessoas possam, apesar das suas limitações, realizar as suas actividades funcionais da forma mais independente possível (Pelosi & Nunes, 2009).

Desta forma, como tarefas e funções desta categoria profissional podemos referir:

- Avaliar aptidões, recursos e interesses dos doentes e as condições do meio social para elaborar programas de reabilitação;
- Identificar áreas subjacentes de disfunção neurológica e de maturação e, analisar as actividades a cada caso para as converter em exercícios terapêuticos;

- Ocupar os pacientes com actividades manuais e de criatividade para recuperarem a capacidade funcional dos músculos, a coordenação dos movimentos e a resistência à fadiga;
- Reensinar os pacientes a executar os gestos comuns do quotidiano, como por exemplo, comer, vestir, fazer a higiene, etc.;
- Aconselhar sobre adaptações arquitectónicas e dos equipamentos de uso doméstico;
- Elaborar relatórios das observações efectuadas e do processo de evolução dos doentes (Carvalho, 2011).

Anexo B – Documentos para pedido da realização do estudo à Comissão de Ética do CHSJ

DECLARAÇÃO

Identificação do Investigador Principal:

Inês Lopes Serrão Soares da Costa

Instituição a que pertence o Investigador Principal:

Universidade Fernando Pessoa - UFP

Título do Estudo/Projecto de Investigação:

Estudo exploratório da relação entre as condições de trabalho e a taxa de absentismo dos profissionais do CHSJ João - Pólo de Valongo

Serviço onde pretende realizar o Estudo/Projecto de Investigação:

Serviços do Pólo de Valongo; Serviço de Saúde Ocupacional CHSJ João

De acordo com a ética institucional, o profissional de saúde ("elo de ligação" pertencente ao serviço onde será realizada a investigação) que fará a ligação do investigador com os doentes, seus processos ou familiares é Dr. Pedro Norton, o qual, ao assinar este documento, declara ter conhecimento da Nota informativa da CES intitulada "ELO DE LIGAÇÃO".

Data: 5 / Outubro / 2015

Profissional do Serviço

Investigador(a) Principal

O "ELO DE LIGAÇÃO"

NOTA INFORMATIVA DA CES

O Centro Hospitalar de S. João recebe, hoje, muitos pedidos para realização de estudos de investigação, por profissionais que não pertencem a esta Instituição. Torna-se indispensável, nestas circunstâncias, acautelar os direitos dos doentes e, bem assim, a confidencialidade devida aos seus dados pessoais, para que os mesmos não possam ser revelados sem o respectivo consentimento.

Para responder a esta questão, a Comissão de Ética do Centro Hospitalar de S. João criou a figura do "Elo de ligação" que corresponderá ao profissional de saúde que aceita assumir a responsabilidade de fazer a ligação do doente ao investigador não pertencente ao Centro Hospitalar de S. João.

O "Elo de ligação" deve assim ser um profissional da equipa de saúde do doente, nomeadamente seu médico ou seu enfermeiro, conhecedor pois, pela inerência das suas funções assistenciais, dos dados pessoais do doente que acompanha.

Ao "elo de ligação" competirá, agora, efectuar um contacto prévio com o doente. Neste contacto, o profissional de saúde terá como tarefa primordial informar o doente:

1. Do interesse do investigador em contactá-lo, para o convidar a participar no estudo
2. Dos direitos que lhe pertencem para, livremente, aceitar ou recusar este contacto do investigador, sem que dessa decisão decorra qualquer prejuízo para a assistência a que tem direito
3. De que será, enquanto "Elo de ligação", o garante do respeito pela confidencialidade de todos os seus dados que, constantes do processo clínico, nada tenham a ver com o estudo em causa

Só depois desta anuência do doente é que será possível o investigador aceder à entrevista com o doente e, agora, iniciar toda a dinâmica inerente ao processo que conduzirá a um eventual consentimento do doente a participar no estudo.

Pedido Anexo à Declaração de Concordância do Director de Serviço

No âmbito da realização da Tese de Mestrado em Psicologia do Trabalho e das Organizações pela Universidade Fernando Pessoa (UFP) – Porto, pela Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, venho por este meio formalizar o pedido para a realização de um estudo no Centro Hospitalar São João do Porto e Pólo de Valongo, junto do Serviço de Saúde Ocupacional, sob a orientação do Dr. Pedro Norton, por forma a este ser o “elo de ligação” desta investigação, fazendo a ligação entre o investigador e a população com que se pretende realizar a mesma.

Com o estudo em questão pretende-se analisar a relação entre as condições de trabalho e a taxa de absentismo dos profissionais do Centro Hospitalar São João – Pólo de Valongo.

Assim, como Orientador ou “elo de ligação” do Centro Hospital São João deste estudo, comprometo-me a orientar e a facultar os dados e informações necessários relativos a esta temática, não comprometendo o anonimato dos participantes e após consentimento dos mesmos, de forma a fazer uma boa ligação entre aquilo que esta Tese pretende analisar, indo de encontro às necessidades do Hospital, assumindo responsabilidade de fazer a ligação entre os participantes do estudo e o investigador não pertencente à instituição em questão.

O Orientador do Centro Hospitalar S. João

Investigador(a) Principal

Pedido de Concordância do âmbito do estudo à Orientadora da Universidade

No âmbito da realização da Tese de Mestrado em Psicologia do Trabalho e das Organizações pela Universidade Fernando Pessoa (UFP) – Porto, pela Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, venho por este meio formalizar a proposta da realização de um estudo no Centro Hospitalar São João do Porto, junto do Serviço de Saúde Ocupacional, sob a orientação da Professora Dra. Carla Barros, por forma a esta ser a orientadora da Universidade ao longo desta investigação, fazendo a ligação entre a investigadora e a Instituição a que pertence o mesmo.

Com o estudo em questão pretende-se analisar a relação entre as condições de trabalho e a taxa de absentismo dos profissionais do Centro Hospitalar São João – Pólo de Valongo.

Assim, como Orientadora da Instituição a que pertence a investigadora deste estudo, aceito os termos do mesmo e comprometo-me a orientar, dar todas as instruções necessárias e a auxiliar a aluna para o bom desenvolvimento da sua Tese e, de forma a fazer uma boa ligação entre aquilo que apreendeu ao longo dos anos do seu Curso e a realização da sua Tese, pondo em prática os conhecimentos adquiridos.

A Orientadora da Universidade

Investigador(a) Principal

Protocolo de Investigação

No âmbito da realização da Tese de Mestrado em Psicologia do Trabalho e das Organizações pela Universidade Fernando Pessoa (UFP) – Porto, pela Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, o presente documento procura fazer o pedido para a realização de um estudo no Centro Hospitalar São João do Porto, junto do Serviço de Saúde Ocupacional, sobre Orientação do Dr. Pedro Norton.

O estudo em questão seria realizado com o intuito analisar a relação entre as condições de trabalho e a taxa de absentismo dos profissionais do Centro Hospitalar São João – Pólo de Valongo.

Objectivo

Analisar a relação entre as condições de trabalho e a taxa de absentismo dos profissionais do Centro Hospitalar São João – Pólo de Valongo.

Participantes

A população alvo a considerar para a realização do presente estudo serão os profissionais do Centro Hospitalar São João – Pólo de Valongo, das três diferentes Unidades lá existentes (a Unidade de Cirurgia de Ambulatório, o Serviço de Medicina Física e Reabilitação e, a Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental), das diferentes classes profissionais (Médicos, Enfermeiros, Assistentes Técnicos e Assistentes Operacionais), de ambos os sexos, e que, após conhecimento de todas as etapas do mesmo, dêem o seu consentimento informado para participar na investigação, por forma a serem analisados todos os dados recolhidos junto destes.

Material

O instrumento a ser utilizado será o Inquérito de Saúde e Trabalho – INSAT, que se trata de um inquérito de auto-preenchimento, com uma perspectiva centrada na pessoa, que tem como objectivo analisar as condições de trabalho actuais e passadas e as suas consequências a nível da saúde e do bem-estar do trabalhador.

O INSAT compreende 7 eixos principais, dividindo-se pelos domínios do trabalho e as suas condições, as dificuldades sentidas no trabalho, o estado de saúde e a saúde no trabalho. Este inquérito engloba o Nottingham Health Profile (NHP), que é um instrumento de avaliação de qualidade de vida, constituído por 38 itens, baseados na

classificação de incapacidade descrita pela OMS, com respostas no formato sim/não. Os itens estão organizados em seis categorias que englobam: Nível de Energia (NE), Dor (D), Reacções Emocionais (RE), Sono (S), Isolamento Social (IS) e Mobilidade Física (MF).

Juntamente com o INSAT, será também entregue um questionário Sociodemográfico, por fim a fazer uma melhor análise da população a estudar.

Para além da aplicação do questionário anteriormente referido, será ainda necessária a realização de entrevistas semi-estruturadas individuais e/ou colectivas junto dos profissionais do Centro Hospitalar São João – Pólo de Valongo, por fim a analisar e compreender da melhor forma os dados recolhidos, fazendo-se uma análise quantitativa mas, também, qualitativa neste estudo.

Procedimento

Os participantes deste estudo serão devidamente informados dos objectivos do estudo, das diferentes fases que este compreenderá, bem como de que a sua participação é livre. Caso não queiram participar, nenhuma consequência resultará da sua decisão, sendo apenas considerados os sujeitos que concordarem e assinarem o consentimento informado que lhes será entregue numa primeira fase. Serão ainda informados que podem desistir do preenchimento do questionário a qualquer momento.

Para a administração do INSAT, foram obedecidas todas as questões burocráticas e cumpridos todos os procedimentos específicos necessários da Comissão de Ética da Universidade do Porto – UP e da Universidade Fernando Pessoa – UFP, bem como a solicitação da utilização do mesmo junto das suas autoras.

Após reuniões da investigadora com os respectivos Directores de Serviço das Unidades presentes no Centro Hospitalar São João – Pólo de Valongo (a Unidade de Cirurgia de Ambulatório – Dr. Rui Soares da Costa; o Serviço de Medicina Física e Reabilitação – Dr. Fernando Parada; e a Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental – Dr. Roma Torres), foi dada a autorização dos mesmos para a realização do estudo. Desta forma e de modo a preservar o anonimato e a confidencialidade dos dados, já se definiu todas as etapas e como será feita a entrega e recolha dos questionários, tendo-se planificado que o local para a administração dos mesmos será numa determinada sala dos Serviços do Pólo de Valongo do Centro Hospitalar São João, local onde os indivíduos a considerar trabalham, acordando-se encontros em determinados dias,

com pequenos grupos de pessoas de cada serviço, por forma a não criar transtorno nos trabalhos das equipas. A investigadora estará sempre presente para colocar os participantes a par do estudo e de tudo o que o envolve, e para que estes, posteriormente, procedam ao preenchimentos dos questionários. Na fase do preenchimento, esta apenas intervirá caso o participante coloque alguma dúvida ou não perceba alguma questão.

Investigadora Principal

Exmo. Senhor
Presidente da Comissão de Ética para a Saúde do
Centro Hospitalar de S. João – EPE

Assunto: Pedido de apreciação e parecer para estudo/projecto de investigação

Nome do Investigador Principal: Inês Lopes Serrão Soares da Costa

Título do projecto de investigação: Estudo exploratório da relação entre as condições de trabalho e a taxa de absentismo dos profissionais do CHSJ - Pólo de Valongo

Pretendendo realizar no(s) Serviço(s) de Saúde Ocupacional; Serviços Pólo de Valongo do Centro Hospitalar de S. João – EPE o estudo/projecto de investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, a sua apreciação e a elaboração do respectivo parecer.

Para o efeito, anexo toda a documentação referida no dossier dessa Comissão respeitante a estudos/projectos de investigação.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 5 / Outubro / 2015

O INVESTIGADOR/PROMOTOR

Direcção Clínica
 30 DEZ. 2015

CES 304-15

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar de S. João – EPE



Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo/projecto de investigação

Nome do Investigador Principal: Jués Lopes Serzedo Soares da Costa

Título do projecto de investigação: Estudo exploratório da relação entre as condições de trabalho e a taxa de absentismo dos profissionais do Centro Hospitalar São João - Polo de Valongo

Pretendendo realizar no(s) Serviço(s) de Saúde Ocupacional, Serviços Polo de Valongo do Centro Hospitalar de S. João – EPE o estudo/projecto de investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efectivação.

Para o efeito, anexa toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de S. João respeitante a estudos/projectos de investigação, à qual endereçou pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 5 / Outubro / 2015.

O INVESTIGADOR/PROMOTOR

Jués Lopes Serzedo Soares da Costa

Anexo C – Declaração de Consentimento Informado



**Declaração de Consentimento Informado assinada pelos
participantes no "Inquérito Saúde e Trabalho – INSAT 2013"**



CENTRO
DE PSICOLOGIA
DA UNIVERSIDADE
DO PORTO



UNIVERSIDADE
FERNANDO PESSOA
WWW.UFPPT



Declaração de Consentimento Informado assinada pelos participantes no “Inquérito Saúde e Trabalho – INSAT 2013”

Aprovada pela Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, em Julho de 2015

O uso do Inquérito Saúde e Trabalho enquadra-se no âmbito do Projeto Dissertação de mestrado em Psicologia do Trabalho e das Organizações, promovido pela Universidade Fernando Pessoa, sob a coordenação/orientação da Prof. Doutora Carla Barros.

O objetivo intrínseco à utilização deste instrumento consiste em analisar a relação entre as condições de trabalho e a taxa de absentismo dos profissionais do Centro Hospitalar São João – Pólo de Valongo, solicitando-se a sua participação na resposta às questões colocadas, e na partilha de outras informações que considere pertinentes face ao objetivo deste Projeto.

Toda a informação recolhida será mantida sob anonimato e confidencialidade.

Após a análise e tratamento dos dados, os resultados obtidos serão alvo de restituição junto dos participantes envolvidos nesta pesquisa.

Caso recuse participar, tal decisão não lhe trará quaisquer benefícios ou prejuízos. De igual forma, poderá a qualquer momento decidir não dar continuidade à sua participação, sem a exigência de justificação.

Obrigada pela sua colaboração.

Para mais esclarecimentos, por favor, contactar: Inês Soares da Costa, através do email: 21810@ufp.edu.pt

“Declaro que tomei conhecimento dos objetivos do estudo. Fui informado/a de todos os aspetos que considero importantes e tive a oportunidade de esclarecer as minhas dúvidas sobre a investigação. Participo de forma voluntária e fui informado/a de que a minha participação, a sua interrupção, ou recusa em participar, não traria quaisquer benefícios ou prejuízos.”

Participante

Assinatura _____

Data ___/___/___

Anexo D – Informação ao Participante

Informação ao Participante

Este estudo realiza-se no âmbito da elaboração da Tese de Mestrado em Psicologia do Trabalho e das Organizações pela Universidade Fernando Pessoa (UFP) – Porto, sob a investigação de Inês Lopes Serrão Soares da Costa, cujo objectivo é analisar a relação entre as condições de trabalho e a taxa de absentismo dos profissionais do Centro Hospitalar São João – Pólo de Valongo. Este estudo está a ser levado a cabo, após cumprimento de todas as etapas necessárias ao nível das questões burocráticas, tendo sido sujeito a análise e validação junto da Comissão de ética do Hospital São João do Porto, tendo ficado acordado que seria realizado sobre a orientação do Dr. Pedro Norton, Médico do Trabalho do Serviço de Saúde Ocupacional deste mesmo Hospital.

Para a recolha de dados desta investigação, o instrumento a ser utilizado será o Inquérito de Saúde e Trabalho – INSAT, que se trata de um inquérito de auto-preenchimento, com uma perspectiva centrada na pessoa, que tem como objectivo analisar as condições de trabalho actuais e passadas e as suas consequências a nível da saúde e do bem-estar do trabalhador.

O INSAT compreende 7 eixos principais, dividindo-se pelos domínios do trabalho e as suas condições, as dificuldades sentidas no trabalho, o estado de saúde e a saúde no trabalho. Este inquérito engloba o Nottingham Health Profile (NHP), que é um instrumento de avaliação de qualidade de vida, constituído por 38 itens, baseados na classificação de incapacidade descrita pela OMS (Organização Mundial de Saúde), com respostas no formato sim/não. Os itens estão organizados em seis categorias que englobam: Nível de Energia (NE), Dor (D), Reacções Emocionais (RE), Sono (S), Isolamento Social (IS) e Mobilidade Física (MF).

Para a administração do INSAT, foram também obedecidas todas as questões burocráticas e cumpridos todos os procedimentos específicos necessários da Comissão de Ética da Universidade do Porto – UP e da Universidade Fernando Pessoa – UFP, bem como a solicitação da utilização do mesmo junto das suas autoras.

Além da aplicação do questionário referido, pretende-se ainda que se realizem pequenas entrevistas semi-estruturadas individuais ou colectivas junto dos inquiridos, por fim a compreender melhor algumas questões relacionadas com a temática, através

da visualização e relato daqueles que realmente vivenciam esta profissão e as condições e aspectos inerentes à mesma.

A referir que a participação dos participantes é livre. Caso não queiram participar, nenhuma consequência resultará da sua decisão, sendo apenas considerados os sujeitos que concordarem e assinarem o consentimento informado, que lhes é juntamente entregue. Poderão desistir do preenchimento do questionário a qualquer momento. Visto que é um questionário de auto-preenchimento, a investigadora apenas intervirá caso o participante tiver alguma dúvida ou não perceba alguma questão.

De modo a preservar o anonimato e confidencialidade dos dados, foi definido, previamente, com os respectivos Directores de Serviço, o procedimento a levar a cabo, de forma a não interferir com os trabalhos das equipas.

Com este estudo, pretende-se que haja uma consciencialização dos indivíduos envolvidos relativamente a esta temática e, ao mesmo tempo, trazer uma mais-valia para a sua área, podendo, posteriormente, analisar/consultar dados e conclusões estatísticas relativamente ao impacto que esta problemática pode ter nas suas profissões.

Agradecia imenso que pudessem ajudar-me na recolha de dados, preenchendo o Inquérito Saúde e Trabalho - INSAT, perdendo algum do vosso tempo participando neste estudo mas, no entanto, também ganhando com isso, pois ao fazê-lo, estarão a contribuir para que juntos consigamos analisar e possivelmente melhorar as questões associadas às condições de trabalho e, mais concretamente, as vossas. A veracidade das respostas é algo fundamental para que a análise e conclusões deste estudo possam ser o mais real possível.

Deste modo, todas as informações recolhidas são anónimas, serão tratadas de forma confidencial e apenas no âmbito desta investigação, não tendo desta forma qualquer carácter avaliativo nem para quem responde nem para a instituição que representam.

Desde já, muito obrigada!

Investigadora Principal

Contacto: 913607157

Anexo E – Guião da Entrevista

Guião da Entrevista

Bom dia!

Antes de mais, agradeço a sua disponibilidade para falar comigo.

Como sabe, as condições de trabalho, os riscos psicossociais e os constrangimentos a que os profissionais estão expostos é um tema que tem sido analisado de forma cada vez mais profunda e, é o centro do tema da minha investigação.

Após a análise dos dados recolhidos através do instrumento INSAT, que vos foi primeiramente administrado, foi possível averiguar alguns valores e pontos chave que, se demonstraram tanto curiosos como inesperados.

De maneira a compreendê-los melhor, pretendo, com esta entrevista, fazer uma análise mais qualitativa dos mesmos, por forma a fundamentá-los.

Relativamente aos Constrangimentos Ambientais, a maioria dos profissionais destacou estar exposto a determinadas situações. Algumas delas eram esperadas, no entanto, outras, confesso que nem por isso.

Uma grande % de participantes referiu estar exposto a agentes químicos e biológicos (mostrar documento com a tabela das % no caso geral da amostra e no caso específico dos Enfermeiros para consulta do entrevistado).

1 – Está de acordo com esta situação/com estes números?

2 – De que forma isto se reflecte de facto no seu dia-a-dia? (Pedir exemplos)

Agora, dentro dos constrangimentos menos esperados, destacaram-se, com uma grande percentagem também, estarem expostos a ruído nocivo ou incómodo e, também, a calor/frio ou a variações de temperatura extremas.

(Mostrar documento com a tabela das % no caso geral da amostra e no caso específico dos Enfermeiros para consulta do entrevistado).

3 – Revê-se nesta situação?

4 – Se sim, de que forma é que a pode explicar perante o seu dia-a-dia de trabalho?

Relativamente aos Constrangimentos Organizacionais, numa perspectiva de ritmo e de tempo de trabalho, tivemos também algumas questões em que os valores dos resultados foram mais acentuados.

(Mostrar documento com a tabela das % no caso geral da amostra e no caso específico dos Enfermeiros para consulta do entrevistado).

Como podemos ver, uma grande % de sujeitos refere o ter trabalhar a um ritmo intenso de trabalho, ser frequentemente interrompido e ter de se deparar com situações de hipersolicitação.

5 – Identifica-se com estas situações?

6 – Se sim, pode-me exemplificar de que forma isto acontece?

7 – De que forma lida com as mesmas?

(Voltar a consultar as tabelas com os dados)

Como podemos ver, também há uma grande % de inquiridos refere ainda ter de ultrapassar o horário normal de trabalho e o facto de ter de saltar ou “encurtar” refeições, bem como o ter de manter a disponibilidade permanente.

8 – No seu dia-a-dia, depara-se com estas situações?

9 – Se sim, poderia-me dar exemplos concretos em que isso lhe acontece?

10 – E de que forma procura lidar com as mesmas?

Por último e aquele que foi o Constrangimento com resultados mais elevados, foi o dos Constrangimentos Emocionais, mais concretamente, no Contacto com o Público.

Em todas as questões deste ponto obtive, como podemos ver nas tabelas deste documento, valores que não eram de todo esperados. Por forma a compreender o que os participantes realmente queriam dizer com isto, voltarei a fazer as questões presentes no questionário oralmente, pedindo-lhe que me dissesse se se revê nestas situações e de que forma as vivencia, dando-me exemplos concretos das mesmas. Pode ser?

11 – No seu trabalho existe contacto directo com o público?

12 – Se sim, tem que suportar as exigências, queixas ou reclamações do público?

13 – Como por exemplo?

14 – Tem de confrontar-se com situações de tensão nas relações com o público?

15 – Poderia dar exemplos de situações de tensão com que já se deparou?

16 – Tem de estar exposto ao risco de agressão verbal por parte do mesmo?

17 – Se sim, poderia-me descrever a situação que vivenciou?

18 – Tem de estar exposto ao risco de agressão física por parte do mesmo?

19 – Se sim, pode-me descrever também uma situação com que se tenha deparado?

20 – Teve de dar resposta às dificuldades e/ou sofrimento de outras pessoas?

21 – Se sim, de que forma é que isto aconteceu?

22 – Poderia-me dar um exemplo concreto desta situação?

23 – De que forma procura lidar com estas dificuldades com que se depara no seu dia-a-dia de trabalho?

24 – Há mais alguma coisa que queira acrescentar ao que foi dito até então, relativamente às temáticas faladas?

25 – E sem ser sobre estas questões de que falamos, há mais algum tema ou situação que não foi referida e que ache pertinente referir ou que lhe cause/traga incómodo ou desconforto no seu dia-a-dia?

Dou então por terminada a entrevista!

Agradeço uma vez mais a sua colaboração!

No final da minha investigação, volto a frisar que todos os resultados serão divulgados junto dos participantes!

Anexo F – Autorização de Gravação da Entrevista

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____

autorizo a gravação da Entrevista, no âmbito do Estudo de Investigação da Tese de Mestrado de Inês Lopes Serrão Soares da Costa, cujo tema se prende com a análise das condições de trabalho dos Profissionais de Saúde do Centro Hospitalar São João – Pólo de Valongo.

Ao autorizar a gravação da mesma, permito que, de forma confidencial e anónima, sejam utilizados excertos das respostas obtidas na mesma.

A Investigadora, ao assinar este documento, compromete-se a manter todas as respostas obtidas sob confidencialidade e anonimato, utilizando as mesmas apenas no âmbito da sua Tese de Mestrado.

Assinatura do Profissional de Saúde

Assinatura da Investigadora

Porto, 2016

Anexo G – Transcrição das Entrevistas

Transcrições das Entrevistas

Entrevista 1: Enfermeira (E1)

Entrevistadora – “Antes de mais, volto a agradecer a disponibilidade para estar aqui a falar comigo. Como sabe, o meu estudo de investigação reflecte-se na análise das condições de trabalho, tudo o que está relacionado com os riscos psicossociais, aquilo a que estão expostos, como os constrangimentos e, dessa forma, é nisso que se foca a minha Tese de Mestrado.

Após a recolha de dados feita através da administração dos questionários, neste caso, do instrumento INSAT, houve valores que foram significativos e outros que não. E houve muita coisa que acabou por ser engraçada porque foi inesperada, ao nível dos dados obtidos. De maneira a compreendê-los melhor, estou aqui, hoje, a fazer-lhe esta entrevista.

Desta forma, relativamente aos Constrangimentos Ambientais, a maioria dos profissionais destacou estar exposto a determinadas situações, tendo havido uma grande percentagem de deles que refere que estiveram, por exemplo, expostos a agentes biológicos e a agentes químicos. Está de acordo com esta situação e com estes valores que estou aqui a apresentar-lhe? Como podemos ver aqui, no caso geral e no caso específico dos Enfermeiros... Acha que estes valores se traduzem naquilo que acontece realmente no vosso dia-a-dia, na vossa ordem de trabalhos? Isto é, estar exposto a estes dois agentes, é normal num Hospital, certo?

Enfermeira – Sim, sim, ainda por cima num bloco operatório.

Entrevistadora – Por exemplo, que género de materiais é que utilizam realmente ou estão em contacto, que acabam por ser agentes biológicos e químicos? Para ter uma ideia...

Enfermeira – Agentes biológicos, basicamente são o sangue, as secreções... Agentes químicos, talvez os alogenatos... hmmm, o formol não, que não somos nós que manipulamos, são mais os ou as auxiliares... mas, mais os alogenatos.

Entrevistadora – Ok. É bom saber esses exemplos concretos, porque é bom compreender como é realmente trabalhar num Hospital. Posso ter uma ideia, até porque tenho um pai médico mas, convém ter estas noções mais concretas.

Enfermeira – Os agentes químicos, são talvez mais a nível anestésico...

Entrevistadora – Depois ainda dentro dos constrangimentos ambientais físicos, tivemos valores inesperados, tendo em conta que estamos a falar num Hospital, não achei muito normal as pessoas dizerem que estão expostas a ruído nocivo ou incómodo e a calor/frio ou mudanças de temperatura extremas. Revê-se nesta situação?

Enfermeira – Não, sinceramente não me revejo muito... O ruído nocivo, agora temos protecções auditivas, pois houve uma maior atenção da parte da Saúde Ocupacional ou do Trabalho... Mas, não sinto isso, não me revejo nesses valores... A exposição a calor ou frio intenso, também não me revejo... também não sou muito friorenta! (risos)

Entrevistadora – Por acaso, confesso que quando entro nesta zona do Hospital sinto muito calor...

Enfermeira – Acredito... Mas, eu acho que já estou adequada ou habituada! Daí não me rever nesta situação...

Entrevistadora – Obrigada... para ter uma ideia também, até porque como podemos ver aqui, há uma certa percentagem significativa que se queixa ainda desta exposição mas, também temos pessoas que responderam que não... Mas, quando olhei para estes valores, confesso que pensei “Num hospital, realmente não é nada esperado as pessoas queixarem-se de estar expostas a ruído ou a calor/frio e mudanças de temperatura extremas... Se estivéssemos a falar numa fábrica, com o barulho das máquinas a trabalhar, por exemplo, seria mais normal que isto se verificasse mas, num hospital, não achei muito adequado...

Enfermeira – Hmmm, pois não acho muito também...

Entrevistadora – Mas pronto... Agora relativamente aos Constrangimentos Organizacionais, numa perspectiva de ritmo e tempo de trabalho, também foram analisados alguns dados e situações interessantes, como por exemplo, “estar muito tempo de pé, com deslocamentos”, o que é normal neste contexto... Incomoda-lhe isso durante o dia? Ao final do dia não tem repercussões, como dores ou assim?

Enfermeira – Não, até porque também me previno, com o uso de meias elásticas, por exemplo.

Entrevistadora – Ah! Muito bem... Nem toda a gente deve ter o seu cuidado, não é verdade...

Depois temos ainda, “adoptar posturas penosas”, em que contexto acha que isto se verifica? Isto é, não sei se se reflecte nisto ou com o item dos “esforços físicos intensos”... Terá algum exemplo e que sinta que realmente isto acontece?

Enfermeira – Eu não sinto. Talvez aqui, no acto de levantar os doentes, então quando eles são mais pesados, estando também mais dependentes de nós para os mobilizar... Agora, o único local com esforços físicos intensos, destacaria realmente o levantar/movimentar os doentes. De resto, não acho que se verifique...

Entrevistadora – Na adopção de posturas penosas, nem no bloco operatório acha que isto se verifica? Quando estão a operar alguém e estão a auxiliar?

Enfermeira – Eu acho que não...

Entrevistadora – Se calhar verifica-se mais isto nos médicos, não? Quando estes estão a operar...

Enfermeira – Isso sim, quando estão a adoptar posturas mais estáticas, com gestos mais precisos e minuciosos...

Entrevistadora – Muito bem! Seguidamente, em relação aos Constrangimentos de ritmo de trabalho, temos, por exemplo, o “ter de trabalhar a um ritmo intenso”. Isto é normal?

Enfermeira – É sim, normal. Temos muita afluência de cirurgias, logo, é normal.

Entrevistadora – Por dia, quantas cirurgias é que fazem mais ou menos?

Enfermeira – Depende. Pode variar entre 16 a 20 cirurgias...

Entrevistadora – Ainda são muitas... É um esforço de trabalho muito grande... Já para não falar que, para além das cirurgias propriamente ditas, também têm de dar conta de muitas outras tarefas, inseridas na preparação e no pós-operatório das mesmas, apesar de também terem as assistentes a contribuírem também nesta parte com as suas tarefas...

Enfermeira – Sim, de facto... Mas, nós enfermeiros, somos e temos de ser polivalentes. É normal...

Entrevistadora – Acredito! E lá está, daí o ritmo intenso, se calhar vai de encontro à hipersolicitação a que são obrigados, em terem de dar resposta a muitas coisas ao mesmo tempo...

Enfermeira – Sim, é... Temos muitas tarefas para dar resposta!

Entrevistadora – Sente que é frequentemente interrompida no seu trabalho?

Enfermeira – Hmmm, não. Não porque estou muito concentrada naquilo que estou a fazer. É difícil interromper-me! (risos) Eu, por exemplo, quando estou na sala, estou muito concentrada. Às vezes as pessoas estão a falar e eu só estou muito atenta ao médico, que é, para mim, a pessoa mais importante... e o doente, claro! De resto, se não for uma situação ou assunto muito urgente, eu estou muito concentrada e dificilmente me conseguem interromper!

Entrevistadora – Adaptar-se a frequente mudança. Sente que isto se reflete no seu dia-a-dia? Será que me poderia dar exemplos concretos?

Enfermeira – Hmmm... Mudança, não sei... Ao nível de técnicas talvez, ou adaptar a novos materiais...

Entrevistadora – É frequente acontecer isso? Terem novos materiais ou novas técnicas ou novas normas que tenham de cumprir?

Enfermeira – Sim! É normal... E ainda bem!

Entrevistadora – Porquê? Já agora...

Enfermeira – É sinal que estamos a evoluir! Não só na medicina mas, também, ao nível do local do Serviço... É uma mudança positiva, por isso, sou muito flexível à mudança.

Entrevistadora – Relativamente aos Constrangimentos de tempo de trabalho, também podemos ver que houve uma grande percentagem de pessoas que se queixa de ultrapassarem o horário normal de trabalho. Isto acontece consigo, no seu dia-a-dia?

Enfermeira – Raramente, só se houver algumas situações em que o doente tenha de estar aqui um bocadinho mais de tempo para ser monitorizado e avaliado u vigiado... mas, raramente isso acontece...

Entrevistadora – E o caso de ter de saltar ou encurtar refeições, também tivemos algumas queixas relativamente a isso. Ou o ter de mudar horários de refeições. Acontece-lhe?

Enfermeira – Horários é normal... Quem trabalha num bloco operativo já deve estar a contar com essa situação, não é?

Entrevistadora – Porque o diz?

Enfermeira – Porque às vezes as cirurgias não são assim tão lineares como estão planeadas, de forma que, às vezes, é preciso estar mais tempo com o doente, rever situações e, depararmo-nos com situações inesperadas...

Entrevistadora – Inesperadas, como por exemplo? Estar uma cirurgia planeada para 30 minutos e depois ter um imprevisto durante a mesma e passar a demorar uma ou duas horas?

Enfermeira – Sim, esse género de situações são possíveis neste contexto...

Entrevistadora – O ter de manter a disponibilidade permanente, isto acontece? Quer quando está como quando não está no seu horário de trabalho?

Enfermeira – Não, não sinto... Não me revejo...

Entrevistadora – Tem a disponibilidade que acha necessária portanto?

Enfermeira – Sim, sim... Se precisarem de mais disponibilidade, claro que estou disposta a tê-la, estou receptiva a isso. Eu gosto muito de trabalhar aqui!

Entrevistadora – Ok! E isso é bom, quando uma pessoa gosta daquilo que faz é outra coisa... A motivação e o sucesso no trabalho é logo outro!

Em seguida, houve uma temática em que foquei uma grande atenção na análise de dados pois obtive valores muito acentuados, como podemos ver aqui nesta tabela, que são o caso dos Constrangimentos Emocionais, mais concretamente, no contacto com o

público. Como é normal, a meu ver, num Hospital, existe de facto o contacto directo com o público, tendo-se reflectido isso nestes valores, tanto no caso geral da amostra como no caso concreto dos Enfermeiros.

No entanto, muitos se queixam de terem de suportar exigências, reclamações ou queixas do público. Isto acontece?

Enfermeira – Sim, acontece!

Entrevistadora – Que género de exigências, queixas ou reclamações é que costumam ter por parte do público?

Enfermeira – Várias queixas... Eu acho que as pessoas não estão mentalizadas para, por exemplo, acham que chegam, que têm de entrar logo e serem operadas naquele *timing* e, nós tentamos sempre ser receptivos às queixas dos doentes mas, também tentamos sensibilizá-los. Isto é, fazer entender que realmente é uma pessoa, que as coisas não são tão lineares, que por vezes o doente afinal não é assim tão simples quanto se pensava ou esperava... e portanto tentamos fazer com que os doentes compreendam mas, contudo, há pessoas que não entendem isso... E têm atitudes inesperadas, sim!

Entrevistadora – E isso depois reflecte-se um bocado no ter de confrontar-se com situações de tensão?

Enfermeira – Sim, sim! Porque são atitudes inesperadas e incompreensíveis, porque às vezes não é bem assim, como as pessoas às vezes dizem, ou contam ou fazem... Por vezes os administrativos têm um *feedback* muito errado das pessoas... Até porque também acho que as pessoas estão mais exigentes e mais intolerantes!

Entrevistadora – Sim... As normas a favor dos doentes também acabam por fazer com que muitos deles achem que têm o direito de fazer tudo e falar e dizer o que lhes vem à cabeça, sendo senhores de direito e deveres, não têm nenhuns, esquecendo-se que são pessoas como as outras, não são casos excepcionais e que toda a gente tem de estar, desculpe-me a expressão, no “mesmo saco”, até porque têm de ser todos vistos da mesma maneira e isso não lhes dá o direito de perder a calma!

Enfermeira – Sim, isso! Mas, eu acho que aqui, no nosso grupo de enfermeiros, que no fundo somos nós que damos a cara, acho que somos muito sensíveis e muitos compreensivos com os doentes.

Entrevistadora – E isso é muito bom... No entanto, isso depois vai um bocado de encontro com as situações de tensão e de as pessoas não as compreenderem... Fiquei admirada com o nível de respostas “sim” que tivemos das pessoas estarem expostas ao risco de agressão verbal por parte do público. Isto acontece com regularidade? Podia-me relatar algum momento, situação ou exemplo concreto que se recorde em que isso tenha acontecido? Em que contexto e o porquê?

Enfermeira – Aconteceu-nos uma situação muito complicada com um doente, na qual o doente estava cá dentro, não se apercebeu do que aconteceu com a sua esposa, isto é, a senhora esta lá fora a fazer uma confusão porque queria entrar e eu, tinha falado com ela, a dizer-lhe que a senhora não podia entrar porque o doente tinha acabado de entrar no recobro, de forma que ele se encontrava ainda sobre o efeito de drogas e, portanto, não estava no estado ideal para falar com a esposa. Até porque, para além disso, se o visse assim, a esposa ainda poderia ficar mais preocupada. Pronto, fui lá fora e informei a senhora. Disse-lhe pare ter calma, quando quisesse iria entrar mas, para já, não seria o momento ideal. Resultado? Ela fez uma confusão enorme lá fora, que nós éramos pouco sensíveis e pouco receptivos ao estado emocional dela e voltou a perguntar o administrativo se podia entrar e eu disse que, naquele momento, ainda não podia entrar. Porquê? Porque o senhor estava a fazer tramal para dores. Como estava com muitas dores, estávamos a aliviar as dores para aí

sim a senhora entrar para ver o familiar mais calmo e num momento ideal. Até porque não ia entrar quando o marido estivesse com dores porque aí ia achar que não estávamos a fazer bem o nosso trabalho. Resultado, fez imensa confusão, fez uma reclamação... Mas depois o marido ficou muito chocado com a atitude da esposa, claro... A senhora entretanto entrou, ficou mais calma mas, fez uma reclamação na qual o marido chegou lá fora, falou com a esposa, porque não tinha qualquernexo o que ela tinha escrito e o que tinha exposto e o marido disse que tinha uma opinião muito positiva, da forma como tinha sido tratado, que não compreendia a atitude dela, de forma que, riscou a reclamação, tendo a mesma ficado sem efeito. Inclusive, o senhor estava muito envergonhado com a situação...

Entrevistadora – Imagino... A senhora poderia estar numa situação de tensão máxima, pois era o seu marido e a nível emocional poderia estar um pouco descompensada, vá, por assim dizer... mas, no entanto, esta parte do risco de agressão verbal por parte do público reflecte-se ou acontece muito mais com os familiares dos vossos pacientes do que com os pacientes propriamente dito?

Enfermeira – Sim, sim... É mais frequente com os familiares...

Entrevistadora – Ok. Relativamente também ao risco de agressão, agora não verbal mas sim física por parte do público, também temos aqui na tabela uma percentagem um pouco significativa. Isto, chocou-me! Como é que no meio hospitalar acabam por estar expostos a este risco de agressão física!? Isto não é normal dentro de um hospital...

Enfermeira – Eu não me revejo nesta situação! Felizmente nunca tive assim nenhuma experiência...

Entrevistadora – Sim, de facto ainda bem que nunca passou por tal... Infelizmente existem relatos de profissionais que vivenciaram situações destas! Já a agressão verbal, não tem razão de ser mas, chegar ao ponto de ser física... Para termos estes resultados é porque realmente existem situações em que isto de facto acontece! E não é o seu caso, felizmente...

Por fim, relativamente aos constrangimentos emocionais do contacto com o público, temos uma grande percentagem, como podemos ver aqui, 93,3% e 96,8% de pessoas que referem ter de dar resposta às dificuldades e ao sofrimento das outras pessoas. Pode-me explicar isso? Quando lê este item, o que entende por dificuldade ou sofrimento das outras pessoas?

Enfermeira – Eu sou muito empática com os doentes... Eu consigo denotar se o doente está em sofrimento, se está, tento aliviar... Agora, não sei se é dificuldade a nível de perceber se o doente nos comunica as dores... Sofrimento... Mas, em geral, acho que somos um grupo muito empático...

Entrevistadora – Isso é muito bom! O que acaba também por se reflectir que as pessoas possam partilhar os sofrimentos ou as dificuldades com vocês. Por acaso, queria compreender realmente neste item, porque tem uma percentagem muito grande, perceber o que os profissionais interpretaram ao ler este item... Porque, por exemplo, quando vemos a palavra sofrimento, podemos pensar em situações com pessoas que lidam com a morte ou com a perda. Isso acontece também?

Enfermeira – Sim, também e não só. Por exemplo, na parte dos doentes oncológicos, que vem aqui tirar os cateteres quando fazem a quimioterapia, estão mais sensíveis mas, de um modo geral, acho que as pessoas vêem o acto de tirar o cateter como um acto de melhoria, portanto, a vida vai ficar melhor e acho que alivia um bocado esse sofrimento. É uma dificuldade mas acaba por se tentar ultrapassá-la tendo esse pensamento mais positivo...

Entrevistadora – Relativamente aos dados que estivemos a analisar, estes foram os mais significativos. Tem mais alguma coisa a acrescentar? Mesmo sem ser sobre estas temáticas, não tem mais nada que queira partilhar ou se recorde?

Enfermeira – Não, julgo que não. Mas, tenho-lhe a dizer que acho que está muito bem! Eu sou muito receptiva à investigação, que eu também tenho o Mestrado em Investigação!

Entrevistadora – Que giro! Muito interessante! Eu sou da área de Psicologia do Trabalho e das Organizações, como sabe, e a área de investigação é uma das áreas possíveis e, confesso que acho uma área muito pertinente. Nem sempre temos a adesão das pessoas, as pessoas não encaram estes estudos de uma forma séria mas, a meu ver, é algo que pode fazer ou trazer a diferença! Qualquer meio ou contexto de trabalho que queiramos analisar... É uma mais-valia e tenho pena de não ter tido tanta adesão como gostaria, tendo em conta a grande disparidade entre os diferentes números por categoria profissional...

Enfermeira – É uma realidade... É normal... A mim aconteceu-me exactamente o mesmo, tive uma amostra pequena... Fiz no bloco do Hospital Santo António e surpreendeu-me bastante a amostra... Porque, era uma população de 150 e tive uma amostra de 50... Mas, deu para fazer!

Entrevistadora – Sim, dar para fazer, dá! Agora, os resultados acabam por não ser tão significativos como se gostaria... Apesar de ter uma amostra não muito grande, penso ter tido, na minha opinião, dados bastantes significativos.

Acha que pelo que estivemos a falar e pela análise dos dados obtidos que estivemos a fazer que o estudo valeu a pena?

Enfermeira – Sim, valeu a pena! Acho um estudo muito interessante!

Entrevistadora – Ainda bem! É bom ter esse género de *feedback*, tão positivo!

Gostei muito de falar consigo e agradeço uma vez mais o tempo que dispensou para falar comigo!

Enfermeira – Não tem de quê! Obrigada eu e felicidades para o seu trabalho!

Entrevistadora – Obrigada!”

Entrevista 2: Enfermeira (E2)

Entrevistadora – “Antes de mais, volto a agradecer a disponibilidade para estar aqui a falar comigo. Como sabe, o meu estudo de investigação reflecte-se na análise das condições de trabalho, tudo o que está relacionado com os riscos psicossociais, aquilo a que estão expostos, como os constrangimentos e, dessa forma, é nisso que se foca a minha Tese de Mestrado.

Após a análise de dados feita através da administração dos questionários, neste caso, do instrumento INSAT, junto dos profissionais do Centro Hospitalar São João – Pólo de Valongo, houve valores que se tornaram esperados mas, outros, inesperados. Primeiro, em relação à amostra, aproveito para dizer que, como podemos ver aqui na tabela, os enfermeiros foram quem realmente aderiu mais ao estudo com 31 no total e, no entanto, apenas tenho na amostra 3 médicos, o que não é nada significativo... Como foram os enfermeiros quem mais aderiu, vou-me focar primeiramente numa análise geral e, depois, numa análise mais focada nos enfermeiros. Sendo enfermeira, agradeço-lhe desde já a sua participação! Desta forma, dentro dos Constrangimentos Ambientais, comecemos pelo ambiente físico de trabalho. Como podemos ver e, acho que é normal, os profissionais referem estar expostos a agentes biológicos e a agentes químicos. Sente que isto se reflecte no seu dia-a-dia?

Enfermeira – Sim, de facto! Temos realmente de cumprir as normas porque estamos sujeitos... não só ao accidental, como à picada accidental, ao corte accidental... mesmo em termos das gotículas, se bem que aqui, doentes infectados, temos poucos. Os que têm, não são transmissíveis em termos de gotícula. Mas, de qualquer das maneiras, todo o doente é um possível doente infectado. No dia-a-dia, por exemplo a tuberculose, tem aumentado muito mais, portanto temos sempre o risco e às vezes desconhecido. Portanto temos de realmente cumprir bem as normas para nos protegermos imenso.

Entrevistadora – Então quando se refere ao contacto com agentes biológicos também passa muito pela vossa prevenção neste caso?

Enfermeira – Exactamente!

Entrevistadora – Ao contrário destes valores que analisamos agora, que a meu ver eram esperados, outros que obtive menos esperados dentro do ambiente físico, tivemos uma queixa acentuada, como podemos ver nesta tabela, de os profissionais estarem expostos a ruído nocivo e incómodo. Revê-se nesta situação?

Enfermeira – Eu não, até porque acho que é mais para as colegas que vão a esterilização. Tem mais ruído mesmo no uso do vapor, que tem de se pôr o ar comprimido para limpar bem a tubuladuras e têm realmente muito ruído. Eles agora têm os tampões de protecção mas, realmente foram instalados há pouco tempo. Desta forma os tampões vêm inovar no bom sentido. Mas, efectivamente estão mais expostos a essa situação. Eu, concretamente, não estou exposta a esse tipo de ruído. Uso mais a parte do recobro de indução e, portanto, não estou tão presente nem nas salas nem na esterilização. Por exemplo, a exposição aos raios-X, também não estou, porque nunca estou nesses locais.

Entrevistadora – Ah! Que interessante... Na entrevista anterior não tive a oportunidade de obter um exemplo tão concreto que revelasse esta exposição ao ruído. E relativamente à exposição ao calor/frio e a mudanças de temperatura extremas?

Enfermeira – É assim, eu falo por mim, porque o meu termóstato está sempre no quente (risos). É assim, nós no recobro como o doente vem da sala e é uma sala que tem de estar com uma temperatura baixa, para não haver proliferação de germes, portanto o doente e os profissionais que lá trabalham estão expostos ao frio. O doente,

quando vem para fora, tem de ter o ambiente aquecido, precisamente para não haver hipotermia. Então, o recobro tem de estar sempre um bocadinho aconchegante, que, para mim, falo pessoalmente, é extremamente quente. Mas, porque eu já sou assim! Há pessoas que não se queixam... Eu, efectivamente acho muito quente mas, tem de ser para o doente. Ou seja, estou sujeita, por uma questão de benefício para o doente mas, para mim realmente não é tão benéfico mas, tem de ser... Para mim, o frio, não me incomoda, até porque nunca temos um ambiente frio. Nem no recobro nem na indução temos um ambiente frio, temos é quente para mim mas, por uma questão benéfica para o doente.

Entrevistadora – Depois, ainda dentro dos constrangimentos físicos, como vemos nesta tabela, temos também uma percentagem de pessoas que refere ter de passar muito tempo de pé com deslocamento. Isto também acontece, é normal?

Enfermeira – Sim, sim! Sempre! Como vê no espaço físico em que estamos, tanto estou aqui na indução, como tenho de vir cá atrás... Ou quem está no recobro está muitas vezes ali com o doente na cama mas, depois tem de fazer registos e deslocar-se... Ou seja, as deslocações são constantes. Na sala, também mas, quem está a instrumentar está numa situação pior, porque se for uma cirurgia um bocadinho mais prolongada, tem de ficar mesmo muito tempo em pé parada, o que ainda se torna mais cansativo.

Entrevistadora – Lá está... e com isso, podemos fazer a ponte para os dois itens seguintes, que são o ter de adoptar posturas penosas e o de ter de fazer esforços físicos intensos. Isto acontece portanto para além do ter de passar muito tempo de pé e a andar de um lado para o outro. Sente que acaba por fazer esses esforços físicos?

Enfermeira – Sim, sim! E, por exemplo, as camas, algumas muitas vezes não estão bem oleadas, algumas já mandamos para baixo para tratar disso e obrigam-nos a fazer esforços que, ao nível da ergonomia, não são perfeitos mas, também não é fácil... Nem é fácil fazer sempre perfeito, mas tentar fazer sempre o mais próximo do perfeito e às vezes não estão... As que foram recentemente para baixo precisamente por causa disso, porque não se mobilizam e nós temos de transportar doentes e tudo e pronto... Mesmo as camas, temos esse benefício porque dão para elevar à nossa altura para termos uma postura melhor, quer no levanto quer no posicionamento dos doentes.

Entrevistadora – Relativamente aos constrangimentos de ritmo de trabalho, vemos aqui na tabela que os participantes referem ter de trabalhar a um ritmo intenso. Isto reflecte-se no seu dia-a-dia? E este item também vai, a meu ver, de encontro ao item seguinte, da hipersolicitação... Tem de dar respostas a muitas coisas?

Enfermeira – Sim, a muitas coisas ao mesmo tempo mas, eu vou-lhe dizer... Para mim, não é constrangimento. Porquê? Porque a minha experiência profissional são 20 anos de Urgência, portanto, como deve compreender, a solicitação daqui não me é constrangedora porque efectivamente na urgência eu tinha hipersolicitações, não é? Portanto, eu giro bem esse constrangimento. Para mim, o meu *know-how*, não me incomoda este tipo de hipersolicitações porque comparativas às que eu tinha, são muito menos. Mas, acredito que não hajam colegas que estejam tão habituados como eu estava, a fluir, dar respostas, ginástica mental, para responder a várias solicitações ao mesmo tempo, efectivamente não está tão bem treinado e terão mais alguma dificuldade... mas eu, isso, não sinto.

Entrevistadora – Com isto, acha que se acaba por reflectir o facto de estar a ser frequentemente interrompida ou acha que isso não acontece?

Enfermeira – Não, isso acontece! Acontece... Custa-me, por exemplo, quando estão nos ensinamentos, às vezes é preciso, fazer os ensinamentos aos doentes e ser solicitada. Corta-se ali a quebra que o doente já está embalado e está a seguir, que eu gosto de fazer os

ensinos com um seguimento, que é mais fácil para o doente fixar, porque interliga as coisas e às vezes é cortado ali. Aí é que me custa mais. Agora, quando estou a fazer as cartas e assim, mesmo que me interrompam, posso seguir o raciocínio mais tarde mas, quando é com o ensino é mais complicado, até porque acho que prejudica o doente...

Entrevistadora – Então, a sua queixa maior quanto ao ser frequentemente interrompido é quando há relação com o doente, neste caso não com as tarefas que tem mais administrativas ou do dia-a-dia mas sim, quando relacionada com o paciente.

Enfermeira – Sim. Se bem que, por exemplo, no recobro acontece muitas vezes estarmos a fazer cuidados aos doentes e estarmos a ser hipersolicitados pelo telefone, também incomoda imenso... Mas, acredito que eles também precisem de respostas lá fora! Mas, às vezes é de tal maneira frequente as solicitações e pedidos de informações que se torna realmente difícil de gerir. Não é todos os dias, graças a deus mas, há dias que é difícil. E lá está, tem haver com o acompanhante do doente, porque às vezes o acompanhante do doente é tão tão absorvente que os colegas lá fora não conseguem gerir e então estão sempre a ser pressionados e têm de ter alguma resposta para dar também e às vezes solicitam de mais mas, para tentar agilizar um bocadinho ali aquele *stress* do familiar.

Entrevistadora – Interessante... Ainda dentro dos constrangimentos do ritmo de trabalho, temos aqui o facto de ter de se adaptar a permanentes mudanças. Sente que isto também aqui se passa?

Enfermeira – Eu, lá está... É o meu *know-how*... Nas urgências a gente aprende a adaptar-se às situações e a inventar quando não tem... Pronto... Efectivamente há algumas mudanças mas, não são muitas aqui... Em relação ao que estou à espera ou relativamente ao que já fiz. Mas, como tudo, toda a gente é renitente à mudança, não é? Para além de possíveis mudanças de técnicas ou instrumentos, que acho que na minha área não acontece tanto, penso que aqui há mais ao nível de normas de actuação. Usar equipamentos de protecção diferentes, usar posturas diferentes... Nós agora vamos começar a ter, por exemplo, em relação à coluna, uma exposição do recobro um bocadinho diferente, pronto, e adaptamo-nos facilmente, até porque também tem de ser para o doente... Mas, efectivamente estamos um bocadinho renitentes, porque gostamos de fazer assim, porque achamos que na nossa óptica assim é melhor e depois porque... eu sou do género: se me provarem que efectivamente é melhoria para o serviço e para o doente... desde que me provem que assim o é, embora eu tenha a minha maneira de exercer e sei que está fundamentado em termos científicos e que é isto que está bem, têm de me provar que então não está bem para ter de fazer de outra forma... Percebe a ideia? Sou um bocadinho renitente nesse sentido... Quando me fundamentam, está tudo bem! Claro que temos todos as nossas reservas mas, desde que seja para melhor... Posso demorar, não costumo demorar muito tempo a adaptar-me mas, posso demorar um bocadinho mas, chego lá. Desde que me fundamentem que é para o bem do serviço, que é para melhoria do doente e que efectivamente está provado cientificamente que assim o é, não vejo como ou porque não.

Entrevistadora – Dentro dos constrangimentos de tempo de trabalho, temos alguma percentagem de pessoas, como podemos ver, que refere que tem de ultrapassar o horário normal de trabalho. Isto acontece-lhe frequentemente?

Enfermeira – Sim, frequente, no recobro, com mais frequência do que aquilo que é desejado... Sobretudo no tempo de recobro, porque às vezes as cirurgias demoram mais um bocadinho do que está previsto e portanto a anestesia exige três horas no recobro e quando passa esse tempo cirúrgico o doente sai da sala já fora do tempo de recobro habitual, que será até às oito. Portanto, suponhamos que ele sai às seis, tem de

estar no recobro até às nove. Portanto, isto tem sido frequente... Se bem que estão a tentar agilizar de modo a tentarem que não passe dessa hora mas, há sempre situações inesperadas e torna-se complicado...

Entrevistadora – Pois... E isso incomoda-a?

Enfermeira – Claro, incomoda... Incomoda porque nós temos vida para além disto e é que interfere com a vida familiar, não é... Porque é assim, se eu estou de folga e me chamam, não me custa vir, porque eu sei que é aquele horário que vou fazer. Quando tenho de prolongar... Hmm... Porque é assim, eu tenho filhos e às vezes estão doentes e então nesta fase... E é o que me custa mais, é saber que o meu filho está doente... O doente precisa de mim, é certo mas, o meu filho também precisa e esta parte, ter de gerir, é o que me custa um bocadinho... Até porque eu agilizo muito bem estas coisas, desde que eu tenha tudo controlado em casa mas, quando tenho os meus filhos doentes ou a minha mãe doente, custa-me, isso custa-me e, tenho dificuldades em gerir, porque eu sei que estão a precisar de mim aqui mas, também estão a precisar de mim em casa...

Entrevistadora – Daí se calhar também haver quem refira que tem de manter disponibilidade permanente para a sua actividade?

Enfermeira – Vou-lhe ser sincera, aqui no bloco, tirando essa parte de ter que continuar o recobro, de resto, eu ser chamada em dias de folga, etc, se aconteceu alguma vez desde que estou cá, uma vez é muito. E nisso a Teresa, a enfermeira chefe ajuda e consegue gerir muito bem de modo a não incomodar quem está de folga. Agora, em relação ao recobro, já passa da mão dela, não está directamente relacionado com ela e acontece... É diferente... Mas nisso, acho que a nossa chefe gere bem... Consegue não sobrecarregar as pessoas chamando-as, só em casos excepcionais e eu, já cá estou há um bom tempo e isso aconteceu uma vez.

Entrevistadora – Ainda dentro dos constrangimentos de trabalho, só para terminar esta parte, acha que isto acontece consigo, o ter de encurtar/saltar refeições ou ter de mudar os horários das mesmas?

Enfermeira – Mudar horários sobretudo... No recobro nós somos dois e temos de ir à vez e às vezes, não é, e depois o colega ainda não comeu e já vamos um bocadinho fora de horas e então uma pessoa não quer demorar até porque o colega também já está fora de horas... Pronto, é frequente acontecer... Mas também, como lhe disse, para mim isto já era normal acontecer nas urgências, ter esses pormenores, por isso, não é nada de novo para mim. Não é bom, por isso é que eu tenho a minha gastrite, que dá o seu sinal...

Entrevistadora – Sente, por exemplo, que está a trabalhar e queria fazer a sua refeição mas, como não tem a possibilidade, nos casos que já falamos que acontece isto, sente que rende menos, por falta de alimento, por exemplo?

Enfermeira – Não, não, isso não sinto! Mas, efectivamente não faz bem, como é lógico e não é saudável...

Entrevistadora – Agora, para terminar a análise, temos estas últimas tabelas de foco da entrevista, que são os Constrangimentos Emocionais, mais concretamente, o contacto com o público. Existe contacto com o público, obviamente, e a percentagem de resposta é elevada como esperava, pois é normal que isso aconteça num hospital e tem de lidar com os pacientes, por isso...

Enfermeira – Sim, sim... E para além dos pacientes, os familiares!

Entrevistadora – Sim, sim... Mas, relativamente ao ter de suportar queixas e exigências do público, isto acontece-lhe?

Enfermeira – Acontece, com muita frequência. É assim, porque nós vamos chamar os doentes à porta. Acontece muito com o colega que está no acolhimento que vai

chamar e, se às vezes atrasa um bocadinho o bloco, tem muita pressão ali sobre ele, a perguntar porque é que está a demorar, porque é que não entre... muita pressão... e quem está no recobro, para saber informações sobre os familiares, às vezes por mais que a gente dê, nunca é suficiente e há familiares que se exaltam mesmo...

Entrevistadora – Daí depois então a parte de terem de lidar com situações de tensão?

Enfermeira – Exactamente. E depois às vezes extrapolam, acabando mesmo por dizer não verdades... Por exemplo, a situação da familiar do doente que sei que a Enfermeira Diana lhe relatou, aquela senhora foi informada que o familiar estava bem e à posteriori queria entrar e foi informada que não podia entrar naquele tempo útil e ela escreveu no livro amarelo mas, a dizer que ninguém tinha falado com ela! E depois o marido, coitado... estava aqui e estava excelente e depois quando o marido soube da situação, para acalmá-la para a deixar entrar... e quando ela entrou, o marido olhou para ela “então?!”... Porque ele achou que realmente não havia razão... Mas, existem estas situações... E a meu ver não é só com o doente em si, mas mais até com os familiares!

Entrevistadora – Então aqui, quando nos referimos ao risco de agressão verbal e física é mais com os familiares do que com os próprios doentes?

Enfermeira – Sim, sim, mais com os familiares!

Entrevistadora – Mas, nunca teve nenhuma situação com um doente que tivesse tido um comportamento inesperado?

Enfermeira – Não, desde que estou aqui não. Na urgência, ainda tive alguns...

Entrevistadora – Muito bem... Por último, como podemos ver, este item foi o que teve maior percentagem de resposta, para além do ter ou não contacto com o público mas, essa é a questão chave para então podermos falar disto... O item “ter de lidar com as dificuldades e sofrimentos das pessoas”, quando o leu, o que é que interpretou por isto?

Enfermeira – É o alívio da dor e, muitas vezes o que o doente tem é “o que é que eu faço quando sair daqui?”. Portanto, aliviar esta tensão... o vou fazer, o que posso fazer, não posso, faz mal, não faz mal... Portanto, é o ensino bem feito para prevenir esta tensão que ele vai ter ao ir para o domicílio, porque vai sempre com alguma insegurança e nós não queremos que vá! O ensino é para colmatar exactamente isso.

Entrevistadora – Mas, ainda dentro deste item, acha que também se pode reflectir o sofrimento de ter de lidar, por exemplo, com doentes oncológicos, ou casos de perdas ou mortes...

Enfermeira – Oncológicos, por norma temos doentes que vem retirar o cateter, é mais nessa onda que falamos com doentes oncológicos. Alguns, quando vem tirar o cateter é sinal de quê? Ou que terminaram a quimioterapia e estão bem; ou que o cateter obstruiu e não vão poder fazer mais quimioterapia por aquele cateter. Portanto, nós temos a situação em que o doente já está bem, não é? E portanto, é um doente que já vem de outra forma... Ou temos o doente que está ainda a fazer o tratamento mas, que teve uma ocorrência e tem de tirar o cateter... E temos as duas situações: o doente está muito bem adaptado à doença e está a vivenciá-la de uma forma melhor, dentro do possível; ou temos aquele doente que está extremamente deprimido e que não aceita a doença... E aí, realmente, temos de saber lidar com as dificuldades e o sofrimentos dos diferentes doentes!

Entrevistadora – Relativamente aos dados que estivemos a analisar, estes foram os mais significativos. Não sei se terá mais alguma coisa a acrescentar? Não sei se quererá referir mais alguma coisa à cerca de como é trabalhar num hospital? Mesmo sem ser sobre estas temáticas, não tem mais nada que queira partilhar ou se recorde?

Enfermeira – É assim, e gosto muito de trabalhar num hospital! A minha eleição sempre foram os cuidados intensivos e urgência. A partir do momento que fecharam a nossa urgência, fui para o Hospital São João por uma questão de saúde tive de sair da urgência e vim na altura para o Ambulatório de Valongo. Gostei imenso, porquê? Porque aprendo imenso e eu tenho este bichinho do saber. Eu gosto de aprender mais e, portanto, quando eu vim para cá aprendi mais. Pronto. Mas, entretanto, o serviço fechou para obras e eu voltei para as urgências. Quando vim, realmente há ainda mais especialidades agora, aprende-se sempre mais! Pronto, e eu acho que tudo que nos faça crescer, melhor! Não só ao nível das relações interpessoais, mais profissionais, mais doentes todos os dias... tudo! Crescer é sempre importante, não só ao nível pessoal mas também organizacional!

Entrevistadora – Muito bem! Da minha parte, não tenho mais questões, é tudo! Deixe-me agradecer uma vez mais o tempo que dispensou para falarmos... Obrigadíssima!

Enfermeira – De nada! Obrigada e um bom trabalho!”

Entrevista 3: Enfermeira (E3)

Entrevistadora – “Antes de mais, bom dia! Quero-lhe agradecer uma vez mais por estar aqui a ter esta conversa comigo. Como sabe, a minha tese de mestrado está a ser desenvolvida cá no Hospital de Valongo, com o intuito de analisar as condições de trabalho, os constrangimentos e os riscos a que todos os profissionais desta área estão expostos. Houve dados que recolhi com o INSAT, o instrumento que administrei que se destacaram mais do que outros e eu, vim cá para discutir aqueles que foram mais significativos e alguns inesperados, confesso. E nessa lógica, gostava então de falar consigo primeiro sobre os constrangimentos ambientais, que são o ambiente físico e os constrangimentos físicos. Inicialmente, gostaria de falar consigo sobre duas questões que se revelaram realmente significativas e inesperadas, a meu ver, no meio hospitalar. Isto é, o ter de estar exposto a ruído nocivo ou incómodo e o estar exposto a calor/frio intenso ou a mudanças de temperatura extrema. Como vemos aqui, numa temos 51,7% e noutra 51,8% dos inquiridos que disseram que sim, que estão expostos às mesmas. Acha que isto acontece consigo? Revê-se nestas situações? Por exemplo?”

Enfermeira – Sim, revejo-me. A parte do ruído, aqui nas salas e no recobro não se verifica tanto mas, quando temos de ir trabalhar para a esterilização, é assim, nós temos aparelhos para usar nos ouvidos, não é, quando estamos a utilizar o ar comprimido. De qualquer das formas, quem está a secar o material, normalmente usa mas, nós quando estamos numa sala ao lado a fazer as caixas e estamos expostas a essa ruído que é bastante intenso. Aqui nas salas, não se verifica assim tanto, é mais na esterilização, que é o sítio onde estamos mais expostos ao ruído.

Entrevistadora – E as situações de calor e frio intenso ou mudanças de temperatura, também se verifica?

Enfermeira – Isso sim, sim. Temos dias em que as salas estão extremamente frias. Muito muito muito frias.

Entrevistadora – A sério? Eu sinto aqui dentro, por exemplo, muito calor. Mas isso sou eu!

Enfermeira – A sério? Mas porquê? Acha que está quente?

Entrevistadora – Sim, aqui no bloco, sempre que cá entro acho que está mesmo quente!

Enfermeira – O bloco não está sempre à mesma temperatura. Depois, o que é que acontece... Às vezes as salas estão extremamente frias, assim, gélidas. Então falamos com a nossa enfermeira chefe, ela liga à pessoa responsável e depois não há um meio termo. É capaz de a sala passar do excessivamente fria para quente. Se pedimos outra vez para arrefecer, passa outra vez para o excessivamente fria. Não há um meio termo. Mas, agora, tem-se conseguido manter uma temperatura mais ou menos razoável. Claro que fora das salas está sempre mais quente um bocadinho. Agora, no recobro também tentamos que nunca esteja realmente muito quente porque se não os doentes quando chegam ao recobro no final da cirurgia também não se sentem bem, começam a ter aquelas reacções vagais...

Entrevistadora – E sente, por exemplo, que essas mudanças de temperatura têm algum impacto na sua saúde?

Enfermeira – Acabam sempre por ter... É assim, não sou uma pessoa de ter grandes gripes nem ficar constipada, raramente isso me acontece mas, não é saudável... Não só nessa parte das constipações mas, também na parte dos ossos, na parte das articulações... Em tudo, vá! Depois em termos de saúde, em curto prazo, não mas, a longo prazo traz consequências para a saúde. Na parte dos olhos também, com os ares condicionados... A última vez que fui ao oftalmologista queixei-me de que tinha os

olhos constantemente a chorar e ele nem sabia onde é que eu trabalhava, nem que era enfermeira mas, disse logo, está exposta a ar condicionado? E eu disse, estou. E ele logo, vai ter de passar a usar lágrimas artificiais.

Entrevistadora – Pois... Problemas de visão também foi uma das queixas que pude analisar no INSAT em que respostas apontaram nesse sentido e é bom, assim, perceber em que contexto é que isso realmente acaba por acontecer.

Ok! Depois, algo que já estava mais à espera, mas que queria compreender também melhor isto, o estar exposto a agente biológicos e a agentes químicos, acaba por estar, sendo enfermeira, correcto? Ao estar em contacto com os doentes e os materiais... Saberá dar-me exemplos?

Enfermeira – Sim! Na esterilização nem tanto mas aqui nas salas, sim, estamos. Mesmo os desinfectantes a que estamos constantemente expostos, porque andamos sempre a lavar as mãos para as desinfectar. Quem está a instrumentar, está constantemente exposto também. Depois, em termos de feridas abertas, também estamos constantemente expostos. Usamos as máscaras mas, pronto... No final das cirurgias temos sempre o material sujo, dentro da sala... Os gases anestésicos...

Entrevistadora – Sim, isso tudo acabam por ser agentes a que estão expostos... Mas, sente que isso poderá ter algum impacto na sua saúde também ou não? Por exemplo, já alguma vez teve alguma picada acidental ou alguma situação de ter contacto com alguma coisa de carácter infeccioso?

Enfermeira – Não, por acaso nunca me aconteceu... Já fui picada, quero dizer, cortada... Quer dizer! Há uns anos, andando agora para trás no tempo, recordei-me de uma situação... Um cirurgião há uns anos atrás cortou-me um dedo com um bisturi com sangue, a meio de uma cirurgia. Ia a abrir mais um bocadinho a ferida cirúrgica e eu estava a afastar e ele, cortou-me o dedo! Depois, obviamente que tive de tomar todas as prevenções necessárias, fazer análises, colheita de sangue... É sempre um stress para nós! Fico muito nervosa até ter os resultados das análises e afins... Felizmente, correu tudo pelo melhor! Também há uns anos atrás, porque eu já era funcionária daqui do Hospital de Valongo antes de sermos São João, e nós antes tínhamos outro tipo de cirurgias... Cirurgias maiores, tínhamos próteses de anca, próteses do joelho, cirurgias a fêmures... E isso aí nunca mais me aconteceu... Eu estava a instrumentar sem óculos de protecção, eu uso sempre quer para as cirurgias mais pequenas, uso sempre e até me dizem às vezes “porque é que vais de óculos?” e eu digo que uso sempre, quer para as grandes como para as pequenas cirurgias. Então, estávamos a fazer uma lavagem cirúrgica de uma prótese infectada naqueles idosos, com a prótese cheia de bicharada e eu estava daquele lado e cirurgião estava deste e então com uma cureta fiz assim e foram pedaços de osso e tudo para os meus olhos!! Nunca mais me esqueci disto... Sei que fechei os olhos e fiquei assim... Seguraram-me e eu fui de olhos fechados para a casa de banho e fui lavar e lavar e lavar! Depois, também tive de tomar precauções... E há uns que usam os óculos, outros que não usam... e nós estamos sempre expostos a estes riscos!

Entrevistadora – Imagino que situação essa... Mas, por exemplo em relação ao uso dos óculos, vocês têm sensibilização para o uso desses materiais? E estão sempre disponíveis?

Enfermeira – Sim e sempre! Quando não são utilizados é porque a pessoa optou por não usar...

Entrevistadora – Muito bem... Relativamente ao ambiente físico é isto... Dentro dos constrangimentos físicos, queria perceber se também está exposta a estes três itens que aqui tenho na tabela... O ter de estar muito tempo de pé com deslocamentos...

Enfermeira – Muito... Com e sem! Se tiver a instrumentar o dia todo... É assim, acabamos por ter o intervalo e saímos... Mas nós na sala participamos sempre e trabalhamos sempre em equipa. Ajudamos a pôr o doente na sala... Mesmo que esteja a instrumentar, eu vou ajudar os colegas a monitorizar, mesmo antes de me ir lavar... No fim, ajudamos sempre a passar a marquesa para a cama... Pronto, estamos sempre a trabalhar em conjunto! De qualquer das formas, quando estou a instrumentar, naquela fase, uma pessoa está ali mais parada. Já tenho estado a instrumentar o dia todo! As 12h que estamos a trabalhar aqui no bloco... Por exemplo aqui na sala, quando temos cirurgias de ortopedia em que os médicos até se sentam mais, não há bancos disponíveis... Ainda que eu esteja a circular e tenha algum tempo para estar sentada, não tenho sítio para me sentar e então, passamos imenso tempo de pé. Fazemos muitos turnos de 12h e passamos muito tempo de pé.

Entrevistadora – Portanto, com isso, acabamos por poder falar do item seguinte... Acaba por adoptar posturas penosas na sua actividade?

Enfermeira – Sim, sim... Dores músculo-esqueléticas... Dores de costas... Sem dúvida nenhuma... E depois, relativamente a quando estamos no recobro ou a passar doentes de uma cama para a outra e isso tudo, depois depende da postura que nós adoptamos! Se tivermos alguns cuidados, não saímos tão prejudicados... Por exemplo, eu tenho sempre o cuidado de afastar as pernas, nunca junto as pernas para fazer força para puxar doentes... Isso é uma coisa que eu nunca me esqueço...

Entrevistadora – Ao menos tem em atenção esses cuidados! Mas isso acontece conscientemente por si ou existe alguma sensibilização por parte do hospital ou da Saúde Ocupacional neste sentido também junto dos profissionais para terem esses cuidados?

Enfermeira – Não. É assim, no curso de Enfermagem aprendemos isso... Depois nós vamos percebendo na prática que fazer as coisas de uma forma ou de outra que são muito mais benéficas para nós... Por exemplo quando estamos a instrumentar, às vezes, há mais tendência a estar assim do que assim e isso, poderá fazer muita diferença ao final do dia... E assim, nós é que temos de estar atentos, porque isso depois faz diferença!

Entrevistadora – É tudo uma questão de consciencialização própria, neste caso, para terem os devidos cuidados...

Enfermeira – Eu antes tinha muitas dores de pernas, comecei a usar meias elásticas e sinto-me muito bem com isso, pois reduziu drasticamente o incómodo que sentia nas pernas... Mas, de momento, penso que quase todos usamos as meias elásticas!

Entrevistadora – Claro... E isso é bom, porque acabam por ter uma consciencialização para, lá está, depois não terem problemas futuros...

Enfermeira – Exactamente! Acaba sempre por pelo menos minimizar um bocadinho e é uma questão de analisar as possibilidades...

Entrevistadora – Isso acaba por também ir ao encontro desta última questão, relativa a ter de fazer esforços intensos...

Enfermeira – É... por exemplo, tenho aqui uma colega que não está aqui agora mas, ela tem um problema no pulso... Eu ainda estive ontem a trabalhar todo o dia com ela na sala, quando íamos passar os doentes, ela ia sempre lá e eu dizia, chega-te para lá e ela ajudava com esta mão e eu fazia mais esforço com este lado, portanto, acho que há sempre a colaboração de todos para que se minimizem os esforços individuais... Por exemplo, quando é para meter o transfere debaixo do doente, normalmente a colega da anestesia levanta e eu, por exemplo, olho, e penso que os colegas fazem igual... Quando são doentes extremamente pesados “Hey, espera aí, calma, não vais levantar sozinha!”, então vão duas a um lado e levantam para pôr o transfere por baixo... Se

for assim, que maior parte das vezes é, acabamos por minimizar os riscos individuais, não é, porque eu penso que quando a pessoa é sujeita fica mais fácil ao distribuir por duas pessoas...

Entrevistadora – E por acaso tem sido um dos comentários dos profissionais com quem falei, é que neste Serviço há um grande trabalho de equipa para contribuir para o bem-estar de todos e de todo o Serviço...

Enfermeira – Sim, sim, nesse aspecto sempre trabalhamos muito bem! Há muito trabalho de equipa! A colega da anestesia, por exemplo, vai sempre acompanhar o colega do recobro, quando chega, nós já temos trocado o filtro, já temos trocado a máscara, portanto, a colega que está a instrumentar e a colega que está a circular, por exemplo, ajuda nas coisas da colega da anestesia, a que está a instrumentar começa a pôr a material dentro da sala, ajuda a de circular... portanto, quando chegamos ao fim está sempre tudo direitinho! O que está descrito nas normas é que quem vai buscar o doente à indução é a colega da anestesia mas, normalmente, alguma das outras colegas já está disponível e quando a enfermeira da anestesia está a chegar ao recobro, já temos o doente preparado à entrada da porta. E assim há um trabalho de equipa.

Entrevistadora – Isso é muito bom! É um ciclo que acabam por criar que é para conseguirem todos fazer as coisas da melhor forma e dar resposta a tudo!

Enfermeira – Claro, claro!

Entrevistadora – Dentro dos constrangimentos do ritmo de trabalho agora, destacaram-se estes quatro itens que podemos ver nesta tabela. O que acaba, provavelmente por ir ao encontro daquilo que já temos falado... Mas, sente que tem de dar resposta a muita coisa ao mesmo tempo, tendo de “sofrer” um bocado de hipersolicitação, que têm muitas tarefas e que são sistematicamente solicitados para fazer muitas coisas?

Enfermeira – Bem, é assim, temos períodos... Por exemplo, temos períodos ali no recobro que são muito intensos mas, depois, também temos outros que já compensam e conseguimos gerir as coisas com mais calma, dentro da sala, também funciona da mesma maneira. Quando são cirurgias mais longas, há sempre mais tempo para se fazerem as coisas, quando são cirurgias mais curtas, depois é preciso fazer assim uma gestão para conseguir dar resposta a tudo o que se tem para fazer.

Entrevistadora – Isso vai ao encontro de, quando tem de fazer todas essas coisas, sente que é frequentemente interrompida na realização do seu trabalho?

Enfermeira – Ah! Sim, isso muitas vezes, muitas vezes... Muitas vezes até é da própria mesa, de quem está a instrumentar ou dos próprios cirurgiões que estão a pedir mais isto ou porque precisam do raio X... pronto, são mais esse tipo de solicitações... Mas, por exemplo, estou a fazer registos no computador, que os registos ocupam-nos imenso tempo, quer de material como da cirurgia segura e a colega, por exemplo, que está na anestesia nesse dia até está mais disponível e então diz “deixa estar! E faz o trabalho da circulante. Deixa-te estar a lançar os dados que eu vou buscar isto ou fazer qualquer coisa que seja necessária”.

Entrevistadora – Isso contribui para um melhor funcionamento e um equilíbrio para ambas as partes... Como um “uma mão lava a outra”!?

Enfermeira – É, mesmo isso!

Entrevistadora – Por último, dentro dos constrangimentos de ritmo de trabalho, sente que tem de se adaptar permanentemente à mudança? Acha que as mudanças são frequentes aqui no serviço? Quer a nível de materiais como de normas? Ou até mesmo ao nível informático, já que ainda há pouco falou na questão de terem de lançar dados ou fazer registos... se os programas mudam, se não?

Enfermeira – Sim, adaptar temos sempre de nos ir adaptando mas, não acho que haja assim adaptações muito bruscas... Acho que essa parte das adaptações foi mais para trás do que agora, quando fizemos a transição do Hospital de Valongo para Hospital São João... Agora, as coisas vão sendo introduzidas aos bocadinhos e acho que não tem um impacto assim tão grande...

Entrevistadora – Muito bem! Dentro dos constrangimentos do tempo de trabalho, sente que ultrapassa o seu horário normal de trabalho? Com alguma regularidade ou não? Se acontece...

Enfermeira – Acontece, às vezes acontece... Mas, por norma, saímos à hora... Saímos tantas vezes às 20h, que acho que essa fase de sairmos fora do horário de trabalho já aconteceu com muita mais regularidade do que acontece agora...

Entrevistadora – Ok. Mas, porquê?

Enfermeira – Porque... Mesmo da parte da anestesia, tem-se cumprido mais eficazmente os critérios. Por exemplo, não pode entrar na sala, imagine, até depois das quatro ou das cinco horas e, antes, facilitava-se um pouco mais e depois ia alterar todo o sistema. Se entrassem às seis da tarde, a sala ia acabar mais tarde e as pessoas já não conseguiam sair a horas... Depois os colegas do recobro também tinham de sair só às 20h30, 21h e isso estava a acontecer sistematicamente. Depois, houve uma ou outra reunião em que se falou disso, chegou-se a um consenso e agora, não tem havido problemas relativamente às nossas saídas... Por isso, julgo que agora está tudo bem!

Entrevistadora – Isso é muito bom! Mais uma vez, sempre a terem em atenção o bom funcionamento do serviço, que a um nível individual como colectivo! Depois, ainda dentro do horário de trabalho... Revê-se na situação de ter de saltar ou encurtar refeições? Isto acontece ou acha que consegue fazer e ter o tempo suficiente para as suas pausas?

Enfermeira – Não, deixar de almoçar não deixamos. Por exemplo, na segunda-feira, estive aqui a trabalhar na sala 1 com a ortopedia e é assim, a equipa de enfermagem e a equipa anestesista eram as mesma o dia inteiro. A equipa de ortopedistas não era a mesma. Acabamos tarde de manhã e, portanto, quando estamos a acabar, praticamente está a chegar a equipa da tarde, o que encurta um bocadinho o tempo de almoço mas, também, são sempre flexíveis e acabamos por ficar aqui na copa, mais relaxados a almoçar, o médico fica aqui connosco um bocadinho sentado, a conversar connosco e acabou por aquele encurtamento não ser assim tão grande quanto isso...

Entrevistadora –Vá lá, ao menos isso...

Enfermeira – Saltar refeições, não é costume isso acontecer. Quando estamos dentro da sala e temos assim dias mais agitados, podemos ter de vir comer e em vez e comer um iogurte e um pão, só comemos um iogurte e até, comer de pé mas, há sempre um tempinho para conseguir ingerir qualquer coisinha... Nem que seja no intervalo, a colega diz, “fica aí a comer qualquer coisa que eu vou pondo o doente dentro da sala”.

Entrevistadora – Mas isso também é bom, que com esse bom relacionamento entre colegas, permite-vos acabar por gerir estas situações... Se isso não fosse assim, não seria tão fácil fazerem as coisas dessa forma...

Enfermeira – Imagine, por exemplo, também ao fim da tarde, que uma das salas acaba mais cedo e a outra está-se a prolongar... há sempre uma colega que já acabou e que vai sair e vai perguntar “alguém quer ir lanchar e eu fico aqui a substituir um bocadinho?”, costuma acontecer isso...

Entrevistadora – E sente que tem de manter a disponibilidade permanente? Não só no horário de trabalho mas, também para além do mesmo? Já alguma vez teve de ser solicitada fora do seu horário de trabalho?

Enfermeira – Não acontece com grande frequência... A Enfermeira chefe só faz isso em caso muito extremo mas, isso, normalmente não acontece. Se for preciso, já aconteceu várias vezes substituir ela quando é necessário e ir ela para dentro da sala, em vez de telefonar para um colega que esteja em casa. Mas, claro que depois o trabalho dela fica comprometido aqui na parte administrativa e todo o resto mas, depois, ela consegue gerir. Já aconteceu, não há muito tempo, faltarem três pessoas no mesmo dia, e aí, ela teve mesmo de chamar um colega. Mas, isso é só num caso excepcional ou extremo, se não, ela faz por não chamar alguém que esteja de folga. Eu, por exemplo, nunca fui chamada... Também já aconteceu de outra forma, termos o horário feito/planificado e uma colega fica doente e então, alguém tem de cumprir os horários e aí, então, a Enfermeira chefe pede-nos ajuda e pede-nos mais uma tarde do que seria suposto, de acordo com as disponibilidades de cada um.

Entrevistadora – Isso é bom, a meu ver. Há uma preocupação por parte da Enfermeira chefe para que os profissionais se dêem bem mas, que também não deixem de ter as suas folgas, porque há o horário de trabalho que está estipulado e é bom não terem de o ultrapassar ou terem de substituir colegas, entre outras coisas... Agora, claro, há situações excepcionais...

Enfermeira – E se falarmos directamente com a nossa Enfermeira chefe quando precisamos de alguma coisa, nunca temos grande problemas, só se ela não puder é que ajusta o nosso horário daqui e dali, quando isso não é possível de forma alguma, o que maior parte das vezes é, tentamos sempre organizarmo-nos entre os colegas...

Entrevistadora – Muito bem. Por último, analisaremos agora as últimas tabelas que dizem respeito aos constrangimentos emocionais, que foram aqueles dados que mais se destacaram como mais significativos, tendo percentagens muito elevadas como podemos ver. Dessa forma, também pretendia falar consigo sobre isto. De facto existe contacto directo com o público aqui? No vosso trabalho, julgo que lidar por exemplo com os doentes, é aquilo que acontece e faz parte, por isso, é normal e expectável que neste item tenha obtido uma percentagem bastante elevada. No entanto, destaca-se muito o terem de suportar exigências e queixas do público. Revê-se nisto?

Enfermeira – Sim, em ambos os itens é algo que acontece constantemente.

Entrevistadora – Que género de queixas e de reclamações ou exigências é que o público costuma fazer? Há algum exemplo ou alguma situação que se recorde e que queira relatar/partilhar?

Enfermeira – As pessoas, por exemplo, relativamente ao tempo de espera, é das coisas que mais se queixam. Por exemplo, nós temos ali uma tabela no recobro e temos horas certas para chamar os doentes para dentro. Temos de chamar um doente às 7h45 e depois, sucessivamente, um doente de hora à hora. É óbvio que pode acontecer chamarmos um doente às 9h e ele só ser operado ao meio dia. E, há muitos que entendem porque é que tem de ser assim mas, também há muitos que não entendem. Ainda aqui há tempos, chamaram alguém e a Enfermeira chefe não estava e fui eu fazer o papel dela, indo eu à porta. E era uma senhora, a dizer que se ia embora, porque a mandaram estar cá às 9h e era meio dia e ainda não tinha sido operada, e eu queria explicar à senhora como era o nosso funcionamento de chamamento de doentes cá, que chamávamos o primeiro doente às 7h45 e que de repente pode acontecer o doente estar com expectoração e a anestesista decidir que ele não vai ser operado e vai ter de ser adiado, depois temos de chamar outro doente porque as salas não podem estar paradas; que uma cirurgia pode demorar uma hora mas, às vezes há atrasos e demora 1h30 devido a alguma circunstância e, portanto, vão as coisas atrasando mas, temos de ter sempre cá algum doente porque, se faltar algum, já temos chamado outros doentes e, o doente que está a seguir, passa para

cima no horário, já que não podemos mesmo ter as salas paradas... E a senhora nem sequer me queria ouvir! Não me queria ouvir nem à minha explicação...

Entrevistadora – Ou seja, falar ou, desculpe-me a expressão, “mandar vir”, podia mas, ouvi-la e à sua explicação, fora de questão! Não são compreensivos nem têm sensibilidade perante essas situações inesperadas...

Enfermeira – Não, não são nem querem saber... Há pessoas que nós explicamos e compreendem mas, há outras, que não compreendem e depois acham que, sei lá... Vão a serviços de hospitais particulares e, tal como nós que também vamos aos serviços particulares, muitas vezes também esperamos, mesmo que estejamos a pagar! Aliás, estamos todos a pagar... E eles aqui, muitas vezes, não querem esperar! E às vezes são pessoas desempregadas e, gostam sempre de reclamar... E nós também já tivemos mais flexibilidade mas, agora, com o tempo, fomos percebendo... Nós antes deixávamos mais os familiares entrarem mas, depois, estes acabam por interferir no nosso trabalho!

Entrevistadora – Pois, uma das queixas que me foi sendo também transmitida por parte que outros profissionais que entrevistei foi que, mais do que os doentes, às vezes as queixas e as confusões são feitas pelos próprios familiares...

Enfermeira – Exactamente! E nós, antes deixávamo-los entrar mas, agora, achamos que ficam melhor sentados lá fora e, quando há algum doente que tem dificuldade em perceber as informações que vamos transmitindo, muitas vezes até opto por ir à porta da sala de espera, em vez de pedir para entrar e, ali, na entrada, dou as informações, em vez de a levar cá para dentro, porque depois também estão tantos doentes sentados, se cada um chegar com um familiar, fomo-nos apercebendo de que as pessoas em vez de estarem a acompanhar o familiar e fazer companhia e estar ali no fundo a dar o seu apoio, não, começam a dar palpites, ou sobre o seu familiar ou até mesmo sobre outros doentes! Depois, começam todos os familiares a darem-nos palpites a nós e parece que até acabavam, com os mesmos, por tomar quase conta do nosso serviço! Nós, fazemos os nossos procedimentos, quando estamos a ser observados ou não mas, de qualquer das formas, a maior parte dos colegas acabou por optar por não deixar entrar os familiares. Há aqueles que entendem, há outros que também reclamam...

Entrevistadora – Lá está... E fazem as queixas, reclamações e, quando reclamam, acabam por ir de encontro ao item seguinte, que é de vocês terem ainda de lidar com situações de tensão!

Enfermeira – Temos... E temos, por exemplo ciganos que cá vem, que nem sempre são quem arranjam os problemas mas, também temos de saber lidar com eles e com as pessoas... Mas, também já tivemos situações de ameaça...

Entrevistadora – Aqui vai ao encontro de dois valores que me deixaram boquiaberta, que foram o terem de estar expostos a situações de risco de agressão verbal e de agressão física! Agressão verbal, como podemos ver, 83,9% das pessoas disseram que sim, que isto acontece! Se ainda fosse um caso ou outro mas, 47 das pessoas dizem que sim, que isto realmente acontece...

Enfermeira – E ao telefone, as pessoas também o são! Nem sempre mas...

Entrevistadora – A sério? Mas, há alguma situação de agressão verbal que se recorde que tenha acontecido aqui no serviço? Alguém que tenha começado a disparatar, a insultar, ou alguma situação extrema?

Enfermeira – Comigo nunca aconteceu mas, sei que já houve situações, já... Por exemplo, depois depende do grau de confiança e empatia que as pessoas criam... Recordo-me a um sábado, num CIGIC, de estar aí uma família de ciganos enorme. O senhor entrou e, por acaso fui eu que o fui buscar. E houve alguma empatia entre mim e eles, o doente não pode ser operado, já não me lembro bem porquê, tinha um

problema de saúde que não estava estudado e a anestesista disse que não, que não o anestesiava, pois tinham de ser feitos os exames e ser investigado o caso e, então, o doente não ser operado nesse dia, não está bem a ver... Fizeram um filme e diziam que só queriam falar comigo! Portanto, encaixaram comigo e então todas as informações, eles acalmavam a só as queriam comigo! Podiam ter encaixado com outra pessoa mas, foi comigo, para eles, dizer que eu garantia alguma coisa, eles em mim acreditavam... Foi engraçado! Já não sei se foi a chefe que lá foi ou não mas, eles diziam, nós só queremos falar com Enfermeira x!

No outro dia, estive aí uma senhora também, em que estava eu no recobro e o administrativo ligou a dizer que queria falar com a responsável do serviço, na parte da tarde. Eu até estava na sala mas, vim trazer um doente ao recobro e o telefone estava a tocar, as colegas estavam ocupadas e, lá está, fui eu atender o telefone. Porque, lá de fora, quando ligam, se não atendermos, estamos fartos de dizer que se não atendemos é porque estamos ocupados e que depois ligamos de volta mas, eles não... eles até devem pousar o telefone e aquilo fica sempre a ligar e é um bocado incomodativo... até estamos às vezes a vestir um doente ou a fazer-lhes os ensinamentos e está o telefone sempre a tocar... Mas, então, eu atendi, pediram a responsável do serviço e eu sabia que a Enfermeira chefe já tinha saído e então, eu disse, mas eu vou ao plano ver quem é que está responsável pela parte da tarde. A pessoa responsável, estranhei quando fui confirmar quem era porque, ainda não a tinha visto... Fui perguntar e disseram-me que ela não estava... Disse que havia uma situação por resolver na porta e disseram para ir eu então ver o que se passava. Fui eu então lá e era uma senhora, devia ser uma tolinha, que queria quebrar todas as regras! Como as colegas de recobro de opuseram um bocado às regras que ela queria quebrar, a senhora fez uma queixa contra as colegas do recobro, escreveu no livro amarelo e assim e, entretanto, a Dra. Y veio lá ter comigo e estivemos ali a falar, porque depois, não devemos fazer as vontades todas aos doentes na minha opinião mas, depois, também não devemos criar um conflito ainda maior. A senhora, psicologicamente, era uma pessoa, não sei se tinha algum problema de facto mas, tinha uma instabilidade e ansiedade enorme e então, eu pelo menos eu costumo fazer assim, nós devemos agir consoante a pessoa que temos à nossa frente. Se é uma pessoa positiva, se é uma pessoa negativa, portanto, acho que devemos observar sempre as características das pessoas e não vamos agir com toda a gente da mesma forma. Eu disse, pronto, não quero criar aqui conflitos nem problemas e disse “é o seu marido que quer ver um bocadinho? Então vai ver o seu marido. Vamos vestir a bata e providenciar isso”. É que ela chorou ali, não está bem a ver, fez uma queixa que depois retirou mas, fez uma confusão, aos gritos, a falar alto... Mas, um senhora arranjada e tudo mas, passou-se completamente! Então lá a vesti, ela acalmou, estive a falar com ela com calma, deixei-a ir ver o marido e quando chegou à beira dele ela até tinha dificuldade em respirar, a chorar e o marido muito parvo a olhar para ela, sem perceber porque é que ela estava assim... Ele já tinha falado pelo telefone... Pronto, era a própria senhora que já tinha uma instabilidade emocional enorme e fez ali um trinta e um! Eu até lhe disse para entrar depois da porta, porque ela falava tão alto e toda a gente ali a ouvir tudo e os disparates que ela estava a dizer, até porque haviam coisas que não correspondiam à realidade! Pronto, lá viu o marido um bocadinho e o senhor sempre com uma cara de quem não percebia mesmo porque é que ela estava assim. E ela chorava e agarrava-se a ele... Mas depois, lá tirou a reclamação e não sei quê... Mas quando estava exaltada, estive mesmo a gritar! Até se virou para uma das minhas colegas que estava a tentar falar com ela a dizer “você não fala comigo, ouviu?!”, assim mesmo!

Ainda ontem, por exemplo, o colega estava ali e também recebeu um doente e ele disse-me assim “este é arrogante, mal criado e não sei quê”. O senhor acorda e passados cinco minutos tirou tudo e disse “eu vou-me levantar e vou-me embora” e eu “o senhor vai estar quieto, porque o senhor chegou aqui há 5 minutos, acabou de ser operado e vai ficar sossegado” e ele “e quanto tempo é que eu vou estar aqui?!” e eu disse “se tudo correr bem, à volta de três horas aqui no recobro” e ele “não, não vou! E aqui na cama?” e eu “aqui na cama vai estar mais ou menos uma hora e depois duas horas no cadeirão” e ele “ai, mas, eu não vou estar! Ao fim de uma hora eu vou-me levantar” e eu, “o senhor vai-se embora daqui do recobro quando os médicos entenderem que o senhor está bem para ir para casa, porque o senhor quando veio cá ser operado, aceitou determinadas condições e assinou essas mesmas condições” e ele “ai, mais eu vou-me embora!” e eu, “vai-se embora? Tudo bem... Há ali folhas também, em que o senhor assume a responsabilidade e, pronto, não tem problema nenhum”. Aí, ele acalmou logo! Não pediu mais para se levantar nem chateou mais. Quando viu que eu não dei grande importância... Muitos abusam... Falam como se estivessem em casa e uma pessoa tem de ser delicada e dizer-lhes que quem cá trabalha somos nós e que o senhor em casa, gere determinadas coisas mas, aqui, somos nós que gerimos e sabemos o que é preciso ser feito! Às vezes temos mesmo de os pôr no sítio, se não...

Entrevistadora – Depois, voltando aqui à análise das tabelas, pergunto-lhe se, para além da agressão verbal, pergunto-lhe se alguma vez esteve exposta ao risco de agressão física? Ou se alguma vez viu isso acontecer?

Enfermeira – Vi, por acaso vi. Já há uns anos largos também... Mas, à bocado estava a falar que, quando temos crianças a serem operadas aqui, quando é a ortopedia infantil, que é só normalmente a ortopedia infantil que temos, se bem que, já começam a aparecer crianças de outras especialidades, deixamos sempre os pais entrarem... Os pais entram, acompanham-nos até aqui à indução e até à sala e quando a criança acaba por adormecer, mesmo antes de lhes porem a máscara ou assim, temos alguém que os vem acompanhar até à porta e depois, mal a criança esteja no recobro e está mais estável, porque se não os pais às vezes acabam por ficar assustados e em vez de se criar um clima de estabilidade cria-se um de instabilidade e, então quando eles estão bem, deixamo-los entrar.

Relativamente à agressão, porque eu ia falar numa criança, eu recordo-me de um dia, à tarde, estar a trabalhar na sala de lá e então ouvi uns gritos, coisas a cair por todo o lado e eu estava a circular e saí para ver o que se passava. O que era? Uma criança, era um miúdo que não tinha muita idade mas, era gordo e muito corpulento e então, não queria ser operado! Quando chegou ali à porta da sala, saiu da cama e vou-lhe dizer... montes de pessoas a tentarem-no segurar e ali, naquele espaço onde se lavam as mãos, eram colegas a baterem no armário, colegas a cair, ele levava tudo! Ele por onde passava levava tudo à frente dele! Ele deu pontapés... Era um miúdo com, sei lá, para aí sessenta e tal quilos! Era muito gordinho, já muito alto para a idade que tinha e ele entrou em pânico e então levou tudo à frente dele!

Entrevistadora – E os pais, estavam com ele?

Enfermeira – Era uma madrinha! Depois tivemos de ir chamar a madrinha lá fora e depois ele comprometeu-se com a madrinha e que se ia portar bem e depois acabou por ser operado. Mas, o doutor que o ia operar, que é pessoa extremamente calma e disse “eu não vou operar esta criança” ficou mesmo super chateado. Mas, depois a madrinha pediu-lhe muito e acabamos por lhe dar uma medicação fora da sala e as coisas acalmaram. E no meio da confusão, o cateter do miúdo saiu, havia sangue por todo o lado, não deixava que ninguém o apanhasse... A sério, foi aqui uma confusão!

Entretanto, a bata do miúdo caiu, não se está bem a ver o miúdo nu, a sério! Parecia um filme de terror! Se perguntar à Enfermeira chefe, ela lembra-se bem. Aliás, qualquer pessoa que trabalhasse aqui na altura e tivesse estado presente, nunca mais se há-de esquecer desta situação!

Ainda dentro das agressões, estava-me a lembrar agora de outro cenário... Também temos agressões de pessoas ao acordar. Pessoas que consomem drogas ou outro tipo de substâncias, como fármacos mais pesados que têm mais influência, acordam... ainda na semana passada tivemos uma situação com um colega nosso que é bem corpulento e era ele a agarrar o doente, mais a anestesista e ainda mais duas pessoas e nós não o conseguíamos ter em cima da marquesa! Braços por todo o lado... depois eles acordam e se uma pessoa não se desvia, leva um murro que até anda de lado! E isto acontece com alguma frequência... Temos doentes muito agitados a acordar! Ainda há tempos, também tivemos um no recobro, em que éramos mais de meia dúzia a segurá-lo e não se conseguia! As grades para cima, tudo e ninguém o segurava!

Entrevistadora – Então para além de terem de lidar com estas situações ainda têm de ter um bom braço!!

Enfermeira – É!! A situação passava-se no recobro e só se ouviam gritos e era toda a gente a tentar segurá-lo! Acontece mesmo com alguma frequência termos assim doentes agitados... Mesmo quando são levezinhos, acordam com muita força! Mas então quando são mais pesados... Não é fácil!

Entrevistadora – Seguindo então para o último item que, seguido ao do contacto com o público foi aquele que teve uma maior percentagem como podemos ver na tabela, também têm de dar resposta ao sofrimento e à dificuldades das pessoas? Revê-se nisto? Os doentes procuram-na muitas vezes para partilharem algum do seu sofrimento ou as dores? Ou fazerem queixas no sentido doloroso ou de sofrimento?

Enfermeira – Sim, sim. Muitas vezes. Depois depende do sítio onde está a trabalhar. Se estiver no recobro, é muito mais provável que isso aconteça ou aqui na indução. Na sala, às vezes também mas, depende do tempo que se tiver, na sala já não é tão frequente, a não ser um doente que esteja a fazer uma cirurgia com anestesia local, em que há mais um bocadinho de tempo para falar com ele. Mas, aqui na indução ou no recobro, é muito frequente...

Entrevistadora – E que tipo de dificuldades é que acha a que se referem?

Enfermeira – Eu gosto muito de ajudar... às vezes nem é para nos pedir nada, é para falar, desabafar mas, como eu gosto muito de psicologia e gosto muito de perceber a pessoa que tenho do outro lado, ou porque às vezes têm determinados comportamentos, ouvem-se histórias de vida muito engraçadas! Eu gosto muito de conversar com os doentes. Quando tenho tempo, eu gosto!

Entrevistadora – Mas depois sente que quando estão a partilhar situações mais dolorosas ou de sofrimento, que isso mexe consigo?

Enfermeira – Mexe sempre um bocadinho connosco... mas, acho que nós com o tempo acabamos por aprender a distanciar-nos um bocado, lidando com a situação tentando encará-la com outro olhos... Faz-nos muito bem também às vezes ouvir as histórias de vida deles mas, acho que consigo depois fazer a separação...

Entrevistadora – Ok! Há assim alguma história ou situação em pontual que se recorde e que reflecta isto mesmo? Ou algum relato que alguém lhe fez e que a tenha marcado neste sentido?

Enfermeira – Custa muito... Mas, agora assim de repente, quando fala nisso, vem-me assim várias coisas à cabeça mas, assim, especificamente...

Mas, acontecem várias histórias de vida e dificuldades incríveis que nos contam...

Entrevistadora – Um exemplo que me foi relatado noutras entrevistas é o dos doentes oncológicos, quando vem tirar o cateter e assim...

Enfermeira – Olhe, agora estou-me a lembrar! No outro dia, estava a fazer as chamadas, que nós, todos os dias, fazemos um telefonema aos doentes que foram operados no dia anterior e, então, estava ali no recobro e estive a falar com uma senhora e achei que a senhora, sei lá, pela voz dela, qualquer coisa... isto é, também depende de como estou no meu dia, eu às vezes gosto de dar incentivos positivos às pessoas e então fiquei um bocadinho ali a falar com a pessoa e ela começou-me a falar-me uma coisa e eu a perguntar outra e acabei por ficar ali a falar uma meia hora ao telefone! Era uma senhora que tinha um gene, pronto, relacionado com o cancro e, então, na família dela, já tinham morrido imensas pessoas... Ela já tinha tido cancro e tinha historial de cancro na mama, no pulmão e outro, que não sei se era gástrico ou cerebral... Era cerebral! E ela já tinha tido cancro da mama, o filho tinha morrido por causa desse gene, o pai tinha morrido... Mas, tudo assim num período de tempo... E a senhora tinha ficado praticamente sem os familiares todos! E o marido que não tinha nada a ver com o gene, também tinha falecido! Então, em termos de família, no período de para aí cinco anos, tinha perdido quase toda à gente e ela, já tinha a família pequena... E pronto, depois estive-me a contar que tinha duas amigas que eram boas, começou-me a falar das dificuldades das coisas pelas quais já tinha passado e, foi assim, pesado... difícil... E depois é assim, por muito incentivo positivo que lhe desse, uma pessoa pensa “eu acho que não há nada que possa dizer a esta senhora que faça realmente diferença...” mas, depois a conversa foi boa e penso que ajudou mas, de qualquer das maneiras, muitas das coisas que eu até lhe podia dizer, praticamente que não se aplicavam, porque... Eu se olhasse um bocado à volta para o futuro dela, não quer dizer que ela não pudesse vir a ter um futuro bom mas, quer-se dizer... Tinha ali uma história tão dramática que, acho que nunca vão passar... Ainda consegui travar uma boa conversa com ela mas, quando desliguei o telefone pensei, “fogo, meu deus! E nós ainda pensamos às vezes que temos uma vida complicada...”, há gente que está realmente muito pior...

Entrevistadora – Relativamente aos dados, não sei se quer analisá-los agora sozinha, temos aqui as tabelas do âmbito geral da amostra e, nestas, temos o caso concreto dos enfermeiros mas, como podemos ver que os resultados são muito idênticos, pois nestes itens também se revelaram muito acentuados...

Enfermeira – Sim, realmente, pelo que estou a ver... Vai tudo de encontro ao que estivemos a falar...

Entrevistadora – Pois vai! Da minha parte, pelo que se demonstrou mais significativo nos dados e na análise das tabelas, foi o que estivemos a falar até agora e julgo não ter mais a acrescentar... Não sei se a Enfermeira terá mais alguma temática ou situação que queira falar ou partilhar ainda...

Enfermeira – Agora assim de repente, acho que não!

Entrevistadora – Pronto, quero então agradecer-lhe uma vez mais a disponibilidade! Gostei muito de falar consigo! Foi um grande contributo, mesmo! E os dados finais, posteriormente, serão entregues aos diferentes serviços onde este estudo foi aplicado e, caso os queira analisar, terá possibilidade de o fazer! Obrigada mais uma vez!

Enfermeira – Ótimo então! Obrigada!”

Entrevista 4: Assistente Técnica (E4)

Entrevistadora – “Antes de mais, agradeço a sua disponibilidade para estar aqui a falar comigo este bocadinho. Como sabe, a minha Tese de Mestrado de investigação está a ser levada a cabo nesta instituição, nos diferentes três Serviços do CHSJoão – Porto, inseridos em Valongo, com o intuito de analisar as condições de trabalho dos profissionais das diferentes categorias profissionais da mesma.

Relativamente à distribuição da amostra, como podemos começar por ver nesta tabela, maioritariamente, quem participou maioritariamente neste estudo foram os Enfermeiros, foi a categoria profissional que mais aderiu. No entanto, quero falar com todo os profissionais porque procuro compreender se estes dados são transversais a todas as categorias profissionais, já que estudo foi levado a cabo tendo em atenção todas elas.

Inicialmente, obtive valores que confesso que foram inesperados. Houve muita coisa relativamente às condições de trabalho que se destacaram mas, dentro dos constrangimentos ambientais, nomeadamente relativos ao ambiente físico, houve duas situações que se destacaram como mais visíveis e inesperadas, como é o caso do estar exposto ao ruído nocivo ou incómodo e, o estar exposto ao calor ou frio intensos. Verifica-se nesta situação? De que forma? Haverá algum exemplo concreto que queira partilhar e para que compreenda melhor?

Assistente Técnica – Sim. Por exemplo, ao nível do ruído, temos aqui na sala de espera, com os pacientes e maior parte das vezes com os acompanhantes. Às vezes não é nada relacionado connosco mas, com as conversas que se geram, as pessoas fazem muito barulho. Ao nível do calor, manifesta-se bastante.

Entrevistadora – Sente? Mas e ventilações, ar condicionado? Não existe aqui desses aparelhos para contornar esta situação?

Assistente Técnica – Há ar condicionado agora, nós não temos acesso ao funcionamento do mesmo. Neste momento está calor aqui mas, se pedirmos para o ligarem, cá dentro ele dá mais quente! Ele está programado para o calor.

Entrevistadora – E nunca fizeram nenhuma queixa ou reclamação na tentativa de contornar essa situação?

Assistente Técnica – Eu sofro de calores, passo a vida a assar aqui...

Entrevistadora – Pois, compreendo... Confesso que quando entro na zona do recobro e do bloco, fico cheia de calor! E esta é realmente uma das queixas que os profissionais costumam falar mas, que não é nada espectável num hospital, tal como o ruído nocivo e incómodo...

Assistente Técnica – O ruído, há aqui dias que são para esquecer... E sabe que o ruído, por exemplo, quando vem um doente, às vezes é o cão e rato! Uns com os outros, sozinhos, os familiares...

Entrevistadora – Por acaso, muitas das histórias que obtive com as entrevistas passam por queixas em relação não aos doentes mas sim às pessoas que os acompanham, que acaba, por fazer mais barulho que os próprios...

Assistente Técnica – Muitas vezes nós bem dizemos para os acompanhantes irem dar uma volta, porque a espera é grande e depois torna-se cansativa, é normal... Mas se arranjam aí na sala alguém para conversar, ficam aí o tempo todo... Mas, aqui a temperatura, nós notamos mais até nas mudanças de estações. Porquê? Porque, por exemplo, o ar condicionado estava em quente e, agora com o calor a vir, fica muito calor. Ele liga automaticamente e nós chegamos aqui de manhã e não conseguimos com tanto calor! Se bem que, agora, acho que está um bocadinho melhor

do que das primeiras vezes... Mas, chegamos aqui, se está muito calor, toca a abrir as janelas todas logo às sete da manhã a ver se aguentamos aqui dentro!

Entrevistadora – Isto acaba por ser um desperdício de recursos no Hospital!! Quer-se dizer, está calor e eles têm isto no quente e vocês, como não conseguem ter acesso ao funcionamento do ar condicionado, acabam por arranjar soluções para terem um ambiente mais adequado para trabalharem... Desta forma, acaba por não haver um funcionamento adequado do ar condicionado, levando ao desperdício do uso do mesmo...

Assistente Técnica – Pois é... E para nós é mais nesse sentido... Porque depois, no Verão, é normal o calor, não é? Frio, é mesmo naquela mudança do Verão para o Inverno mas, vamo-nos ambientando...

Entrevistadora – Dando continuidade à análise das tabelas, nos constrangimentos físicos, temos agora, o estar exposto a agentes químicos e biológicos. Aqui, isso acontece?

Assistente Técnica – Não, aqui não... Esse género de situações é mais para quem trabalha lá dentro, penso... Dificilmente isso nos acontece a nós...

Entrevistadora – Depois relativamente aos constrangimentos físicos, temos também o ter de estar muito tempo de pé, com deslocamentos. Isso acontece-vos aqui?

Assistente Técnica – Aqui, não. Aliás, passa-se o contrário! É o oposto... Passamos muito tempo mas é sentados!

Entrevistadora – Ok... E com o terem de passar muito tempo sentados, acabam por se calhar, ter de adoptar posturas penosas, não quando estão de pé mas, sim sentados em frente ao computador, não? Isso traz-vos constrangimentos ao nível da coluna, por exemplo? Muitas dores?

Assistente Técnica – Sim, isso sim! E eu pessoalmente, tenho! É horrível...

Entrevistadora – Imagino... Mas, como tenta contornar a situação?

Assistente Técnica – Medicação, águas quentes... Até tento adoptar a segunda para evitar não estar sempre a tomar medicação, se não, tinha de tomar todos os dias! Ainda na semana passada disse à minha colega... Não se justifica, uma moça nova, ter de chegar a casa e a minha filha, só de se pendurar um bocadinho no meu pescoço, tenho logo de lhe dizer “oh filha, não faças isso...”, porque me custa!

Entrevistadora – Pois... Acaba por ter dores que se reflectem também no ambiente de lazer e familiar, não só no ambiente profissional...

Assistente Técnica – Porque é assim, nós estamos aqui e sentimos mas, só quando paramos realmente é que sentimos... Eu chego a casa e ainda tenho de, por exemplo, fazer o jantar, arrumar... E aí, vai-se manifestando cada vez mais e quando paro, sinto mesmo!

Entrevistadora – E não há nenhuma forma por parte do Hospital, por exemplo, através de sensibilizações e informações junto dos trabalhadores, por forma a contornarem estas situações e fazer com que adoptem posturas de trabalho adequadas ou pelo menos que as melhorem?

Assistente Técnica – Não, aqui nunca houve...

Entrevistadora – Ok. É que como estou no Serviço de Saúde Ocupacional a desenvolver este trabalho de investigação, penso que é pertinente dar este feedback com a minha tese, junto dos mesmos, na tentativa de que haja alguma intervenção dos mesmos para melhorias nesse sentido!

Assistente Técnica – Mas pelos vistos o Dr. Rui queixa-se! Não houve foi resposta nesse sentido ainda... E é assim, eu já há muito tempo, desde pequena e antes de ter a minha filha que já sentia muitas dores nas costas... Isto já vinha da má postura que eu já adoptava na escola, que não ajuda... E fiz raio-x e tudo mais e a médica diz que está

tudo bem, dentro da normalidade e, que o problema é mesmo localizado, de dores localizadas mesmo...

Entrevistadora – Isto também acaba por ao encontro de outro item em que obtive grandes percentagens, que são os esforços físicos intensos... Sente que os faz portanto?

Assistente Técnica – Fora o que foi referido, penso que não acontece mais... Temos de acartar coisas de vez enquanto e assim mas, nada que exija força excessiva para considerarmos um esforço físico assim, intenso...

Entrevistadora – Muito bem! Depois dentro dos constrangimentos de ritmo de trabalho, ter de trabalhar a um ritmo intenso de trabalho. Acontece aqui?

Assistente Técnica – Sim, temos de dar resposta a muitas coisas! E depois, não há compreensão... E torna-se complicado fazer essa gestão... É assim, nós estamos aqui ao atendimento ao público mas, quando temos de ir ao outro lado, temos de dar uma volta muito grande. E quando estamos duas, controlamos melhor as situações mas, quando está uma colega só, sozinha, é para esquecer, mesmo! É o atendimento ao público, depois processos para fazer... é contacto com os doente mais as respostas administrativas que temos de dar...

Entrevistadora – Pois... E acha que é frequentemente interrompida? Em que situações? Mais por parte dos doentes ou dos colegas do Serviço?

Assistente Técnica – Sim. E mais por parte dos profissionais do próprio hospital.

Entrevistadora – Então acaba por sofrer também de situações de hipersolicitação? Há muita procura para terem de dar resposta a muita coisa?

Assistente Técnica – Sim, sim... Com os exemplos do que temos de fazer que já dei, sim, sentimos isso aqui!

Entrevistadora – Agora, relativamente a mudanças... Sente que tem de se adaptar permanentemente à mudança aqui?

Assistente Técnica – Aqui, mudanças significativas, penso que raramente...

Entrevistadora – Nem nas partes administrativas? Lidar com o computador, terem de trabalhar com novos programas?

Assistente Técnica – Sim, isso acontece mas, não com muita frequência... Consigo-me adaptar bem a essas novas ou pequenas mudanças...

Entrevistadora – Ok! Depois dentro dos constrangimentos de tempo de trabalho, sente que tem de ultrapassar o horário normal de trabalho?

Assistente Técnica – Não. Só se um colega faltar é que poderemos ter de contornar a situação e isso acontecer mas, caso contrário, não...

Entrevistadora – Muito bem! E sente que tem de saltar ou encurtar refeições?

Assistente Técnica – Isso às vezes, sim. Porque, lá está, na falta de uma colega, de manhã, por exemplo, já não podemos ir ao lado de lá nem podemos abandonar o Serviço, por isso, temos de comer alguma coisa a correr...

Entrevistadora – O que também não é lá muito bom que aconteça a nível alimentar... Mas, ainda bem que é só às vezes!

E quanto ao ter de manter disponibilidade permanente? Acontece? Sente que isto acontece aqui, que tem de estar sempre disponível?

Assistente Técnica – Sim, dentro do horário de trabalho sim. Agora, fora do horário de trabalho, já não! Estando as coisas controladas e organizadas para dar resposta às coisas nos tempos pedidos e necessários, não preciso... Mas, por exemplo, quando houve a integração de um novo colega, aí posso dizer que sim, senti isso... o colega estava sempre a ligar, quase todos os dias! Mas, fora isso, não... Só uma ou outra dúvida mas, nada que justifique isso...

Entrevistadora – Outra coisa que realmente não era nada espectável na análise dos meus dados foi relativo aos Constrangimentos Emocionais, mais concretamente, no contacto com o público. Para além das percentagens muito acentuadas, também já obtive noutras entrevistas algumas queixas neste sentido...

O primeiro item era relativamente ao ter contacto directo com o público. É espectável que tenha aqui, não?

Assistente Técnica – Sim, isso sim! Passamos todo o dia em contacto com os doentes que chegam aqui ou para consultas ou para serem operados.

Entrevistadora – Sim, era o que calculava. No entanto, o item seguinte é relativo ao ter de lidar com queixas ou reclamações do público. É visível isso aqui? Que género de queixas, exigências e/ou reclamações é que tem de suportar?

Assistente Técnica – Ora bem, as que temos mais são relacionadas com o tempo de espera. O tempo de espera em consulta, porque há situações demoradas ou em que o médico ou enfermeira demoram mais tempo... Quanto a virem para ser operados e estarem aqui à espera para serem chamados, os doentes já vem mais pacientes. Depois, mandam estar aqui a uma hora e ultrapassa um bocado, às vezes têm razões porque passam duas horas e ainda não foram chamados mas, temos casos em que passam dez minutos e os doentes já estão a perguntar porque é que ainda não chamaram!

Entrevistadora – Também precisam de ter um bocado de flexibilidade os doentes. Estamos a falar de um bloco operatório, em que podem acontecer situações inesperadas... Não os fazem esperar porque vos apetece, não é...

Assistente Técnica – Exactamente! Mas, cada vez mais, nota-se que são muito impacientes e muito egoístas no sentido de só eles é que têm de andar para a frente, não pensando no geral e só neles...

Entrevistadora – Pois... Ao fim ao cabo estamos a falar de um serviço que ainda é grande e, quando acontece alguma situação inesperada, porque pode acontecer numa sala de operações, por exemplo, o tempo de espera conseqüentemente irá aumentar!

Assistente Técnica – Não compreende, não compreendem... Mas, eu compreendo a situação deles, até porque nós também estamos do lado de lá! E houve uma altura em que eu fui ao hospital, tinha de lá estar às 7h30 e só fui chamada às 15h! É cansativo, compreendo mas, é assim, discutem connosco aqui fora mas, quando a enfermeira os chama, já está tudo bem! E nós aqui ficamos um bocadinho chateados porque não depende nós e depois chegam ali dentro e já não se passa nada... Há quinze dias mais ou menos estive aqui um senhor que tinha de estar aqui às 7h30 e ele tinha a razão dele porque, só chamei o senhor quando a enfermeira deu autorização para o chamar. Eu disse, olhe, pode dirigir-se aqui, ele vem mas, logo com quatro pedras na mão! Eu limitei-me só a confirmar o contacto e a saber se precisava de baixa. A enfermeira chamou-o logo e a ela já não lhe disse nada, rigorosamente nada!

Entrevistadora – Já tinhas descarregado tudo o que tinha para descarregar com vocês e então, já não disse mais nada e já não se passava nada... Vocês aqui precisam de fazer uma gestão muito bem feita para conseguirem lidar com todas essas queixas e reclamações!

Assistente Técnica – Pois é... E depois o que é que acontece por vezes? Nós pedimos ajuda, porque como isso acontece com alguma frequência, à parte da enfermagem, para virem até cá fora dar uma palavra que os doentes ficam logo mais calmos! E isso, muitas vezes, não acontece! É tudo muito bonito mas, ao contrário, queriam que nós resolvêssemos questões que se calhar nem tinham tanta importância e nesse sentido, muitas vezes eu fico desanimada porque estamos aqui todos a trabalhar para o mesmo e acontece muitas vezes isso...

Entrevistadora – Claro, tudo para o mesmo! Mas, depois faz com que tenham de lidar com situações de tensão deste género! E a tensão também passa por terem de ser vocês a estarem aqui a dar a cara e a fazer toda uma gestão dessas reclamações e queixas! E depois, lá está, querem manter um bom ambiente aqui e precisam de equilibrar as coisas de forma a não sair ninguém prejudicado!

Assistente Técnica – Exactamente! Houve uma altura em que aconteceu, numa segunda-feira de manhã, segunda-feira de Páscoa, nunca mais me esqueço, estava eu aqui sozinha e chegaram dois doentes que demoraram um bocadinho mais e nisto chegou um senhora de etnia cigana e o horário que ela tinha estava marcado para as onze horas. A senhora chegou-me aqui ainda não eram nove horas, porque a mandaram estar aqui às nove horas! E eu, bem, mas a senhora aqui está marcada para as onze horas... E ela começou logo a reclamar a dizer que a tinha mandando estar aqui às nove horas e que agora tinha de ficar até às onze à espera! Disse-lhe, minha senhora, eu quanto a isso não posso fazer nada mas, vou o que se passa e logo digo-lhe alguma coisa. Neste caso, tentei mas, a enfermeira não veio aqui fora! Só dizia que a doente tinha era de aguardar e a senhora virada aqui a mim! É que já não bastava eu estar aqui sozinha, a ter de dar resposta ao normal mais a tarefas pendentes e ainda tinha a senhora virada a mim aos berros! Eu ligava lá para dentro e só pedia por favor que viessem cá fora falar com a senhora porque, alguém lhe disse para estar aqui às nove em vez de onze e esse alguém não fui eu! Mas, mesmo assim, ninguém veio, ninguém! E depois não se percebeu o que se passou ao certo, porque tínhamos uma informação, em que o plano dizia onze horas e a senhora dizia que tinham ligado ao marido a avisar que tinham de aqui estar às nove horas!

Entrevistadora – Houve, portanto ou provavelmente uma falha de comunicação...

Assistente Técnica – Exacto! Até porque, por telefone, muitas vezes é difícil nós compreendermos. Às vezes podemos perceber as coisas distorcidas... É normal... Ainda esta semana aconteceu, na segunda-feira, um senhor não apareceu, era para estar aqui às 8h15 e quando liguei ao senhor a saber, ele diz-me que não, que lhe disseram que tinha de estar aqui não às 8h15 mas, às 11h menos um quarto! É verdade também que alguns doentes também mentem um bocadinho, têm alguma conveniência mas, este senhor, não tinha interesse nenhum, tanto que depois ele apareceu! Mas, também podia ter acontecido a situação oposta aquela senhora...

Entrevistadora – Pois, é uma gestão que se torna um bocado complicada... É algo que não depende só de vocês e depois, os próprios doentes, acabam por também poder fazer esta gestão de “ok, marcaram-me para esta hora mas, se calhar, vou aparecer lá um bocado mais tarde mas, depois digo que ai, não, mandaram-me estar aqui a esta hora!”, o que demonstra que quando acontece, não pensam no funcionamento geral do serviço!

Relativamente a esta tabela, quanto ao contacto com o público, temos ainda dois itens que me chocaram um bocadinho pela percentagem elevada que obtive, que são os que dizem respeito à exposição ao risco de agressão verbal e física do público.

Há algum caso ou exemplo que se recorde que tenha acontecido aqui no Serviço, quanto à agressão verbal?

Assistente Técnica – Que me recorde, assim de repente, não...

Entrevistadora – E agressão física? Já aconteceu alguma vez? Alguma situação?

Assistente Técnica – Confesso que não me recordo...

Entrevistadora – Pronto, se não se recorda, tudo bem! Mas, devo salientar que fiquei realmente admirada com estes valores! Para a agressão física já temos uma percentagem elevada mas, para a verbal, é mesmo muito elevada!

Assistente Técnica – Ah! Agora que puxo pela cabeça, recordo-me de uma situação com um senhor!! O senhor ameaçou-nos aqui a nós e ameaçou a enfermeira e, a enfermeira, perante a ameaça, fechou logo ali a porta que dá acesso lá para dentro e nós, ficamos aqui assim, cheias de medo!! Se tivéssemos de levar um safanão, lá levávamos e não havia porta que nos protegesse!!

Entrevistadora – Meu deus! Mas, recorda-se de que género de ameaça sofreram? O que ele vos dizia concretamente?

Assistente Técnica – Ameaçou do género “eu conheço-te!! Espero-te lá fora!!”, assim!

Entrevistadora – Logo assim?!?! Que medo... E a segurança aqui do Hospital? Não veio ou vem até aqui para controlar esse género de situações?!

Assistente Técnica – Primeiro, eles estão do lado de lá! Depois, enquanto ligamos, já estamos a levar!! Por exemplo, nós hoje ficamos aqui até às dez horas da noite, é escuro! O segurança, está no edifício principal, não aqui e, de lá, não tem visibilidade nenhuma para o que se passa aqui! As enfermeiras, estão lá para dentro e, muitas vezes, quando não tem aqui doentes, fecham ali as portas e nós ficamos aqui sozinhas! Sozinhas!! Não temos aqui segurança rigorosamente nenhuma nem nenhum ponto de fuga, como uma campainha para tocar em caso de emergência! Nada disso...

Entrevistadora – Isso está mal de facto... Deveriam ser tomadas, de facto, medidas para que se sintam mais seguras aqui e para precaver possíveis situações! Nem que fosse colocar um segurança também nesta porta de entrada para o serviço! Nunca se falou nesta hipótese?

Assistente Técnica – Exactamente! Na altura, falamos disso mas, não se fez nada... Já lá vai alguma tempo e para estar sempre a bater no ceguinho...

Entrevistadora – Já trabalha neste Serviço há quanto tempo mesmo?

Assistente Técnica – Desde 2012, desde que veio para cá mesmo...

Entrevistadora – Só para terminar mesmo, o último item que também se demonstrou muito significativo foi o ter de responder às dificuldades ou ao sofrimento das pessoas. No caso concreto dos enfermeiros, temos um valor muito elevado, de 96,8% que afirmam que isto acontece e no âmbito geral temos 93,1%, o que também é um grande valor! Aqui, isso também acontece?

Assistente Técnica – Acontece! Acontece bastante até! E depois nós não sabemos como devemos dar resposta...

Entrevistadora – Que género de sofrimento é que acaba por lidar aqui?

Assistente Técnica – Já nos apareceram aqui doentes que pensam que esta é a entrada para as urgências e deparamo-nos com doentes mesmo em estado crítico; já aconteceu situações de doentes se estarem a sentir mal e termos de pedir ajuda e também é um bocado complicado, porque se não fazemos, depois os utentes pensam que somos nós que temos de fazer! É a tal situação, nós aqui na recepção estamos numa situação muito ingrata e não temos a ajuda necessária... Há uns tempos estava aí um doente para ser operado e o filho desata aos berros a dizer que o pai não estava bem! O senhor ficou com os olhos arregalados, de boca aberta e não reagia a nada! O que acontece? Pedi ajuda lá dentro, ao que me respondem “ele que vá comer qualquer coisa”... E eu, bem... Pedi a um senhor que ligasse para o INEM enquanto eu tentava pedir ajuda aqui no Hospital... Porquê? Porque também não nos atendem de imediato o telefone! E depois é chato...

Entrevistadora – Só mesmo terminar, ainda dentro desta questão, acontece as pessoas chegarem aqui para as consultas fazerem queixas das patologias ou de problemáticas que tenham? Não de reclamação, refiro-me a queixa de dor, sofrimento mesmo...

Assistente Técnica – Sim, às vezes sim! E por norma, ou dizemos para falarem lá dentro quando entrarem ou, em caso extremo, encaminhamos para o médico que está a seguir esse doente. Porque, lá está, nós não temos formação dentro dessa área e dentro do que podemos fazer, já muito fazemos! Não é fácil, acredite que não é fácil mas, tentamos sempre resolver tudo da melhor maneira!

Entrevistadora – Pois, acredito!

Relativamente aos dados recolhidos mais significativos, foi isto que obtive. Não há mais nada que queira referir, dentro dos temas já falados ou não relativos ao trabalho? Alguma situação que queira ainda destacar...?

Assistente Técnica – Não, penso que não! Está tudo em ordem...

Entrevistadora – Pronto! Muito obrigada! Dou então por terminada a entrevista e aproveito para lhe agradecer mais uma vez a disponibilidade! Os dados e a minha tese final serão devolvidos aos responsáveis dos Serviços do Hospital para, depois, quem quiser analisá-los ou consultá-los, terá forma de o fazer, já que é um tema que penso estar tão direccionado para todos vocês, profissionais do meio hospitalar e da saúde!

Assistente Técnica – Ok! Disponha! Muito obrigada eu!”

Entrevista 5: Assistente Operacional (E5)

Entrevistadora – “Antes de mais, bom dia! Agradeço a sua disponibilidade para estar aqui a falar comigo este bocadinho. Como sabe, a minha Tese de Mestrado de investigação está a ser levada a cabo nesta instituição, nos diferentes três Serviços do CHSJoão – Porto, inseridos em Valongo, com o intuito de analisar as condições de trabalho dos profissionais das diferentes categorias profissionais da mesma.

Relativamente à distribuição da amostra, como podemos começar por ver nesta tabela, maioritariamente, quem participou maioritariamente neste estudo foram os Enfermeiros, foi a categoria profissional que mais adieru. No entanto, quero falar com todo os profissionais porque procuro compreender se estes dados são transversais a todas as categorias profissionais, já que estudo foi levado a cabo tendo em atenção todas elas.

Inicialmente, obtive valores que confesso que foram inesperados. Houve muita coisa relativamente às condições de trabalho que se destacaram mas, dentro dos constrangimentos ambientais, nomeadamente relativos ao ambiente físico, houve duas situações que se destacaram como mais visíveis e inesperadas, como é o caso do estar exposto ao ruído nocivo ou incómodo e, o estar exposto ao calor ou frio intensos. Como vemos na tabela, 51,8% e 51,7% dos inquiridos respondeu que sim. Verifica-se nestas situações? Se sim, de que forma?

Assistente Operacional – Sim. Em relação ao ruído, nós temos porque trabalhamos na esterilização com gás comprimido e faz muito barulho, mesmo muito elevado! Nós temos protectores que foi uma medida imposta pela Saúde Ocupacional e que o responsável nos deu mas, mesmo assim, é um ruído muito elevado! Em relação ao calor ou frio, a temperatura cá no bloco é sempre inconstante. É as salas mais frias, o recobro mais quente e com isso nós temos de lidar!

Entrevistadora – E não sente que isso tem algum impacto na sua saúde?

Assistente Operacional – Tem! Ainda agora estive doente e essa inconstância de temperatura não ajudou nada...

Entrevistadora – Eu confesso que, sempre que entro neste serviço, sinto o impacto das mudanças de temperatura em relação à temperatura exterior do hospital... Para mim, neste momento, está muito calor cá dentro!

Assistente Operacional – E nas salas ainda está mais frio... Eu falo por mim, como estive agora doente e comecei a ficar melhor. Passados dois ou três dias comecei a ficar pior e tive de me ir embora num dos dias, porque com este ar sempre inconstante não é nada bom...

Entrevistadora – Relativamente ao ruído incómodo ou nocivo, essa medida dos protectores que referiu, já foi adoptada há muito tempo, só agora...?

Assistente Operacional – O procedimento já está há algum tempo, temos uns tampões. Eu já cá estou neste serviço há três anos...

Entrevistadora – Muito bem. Passando para outro item, quanto ao estar exposto a agentes biológicos e químicos, revê-se nesta situação?

Assistente Operacional – Sim, porque faço parte da limpeza e fazemos a recolha dos lixos, as separações na parte exterior das salas... mais os produtos que nós pomos nos contentores para fazer a compressão dos sacos para baixo e os vapores; as misturas de fármacos de tudo o que sai de dentro da sala de operações...

Entrevistadora – Acaba portanto por ter contacto com estes agentes. Aproveito então para lhe perguntar novamente, sente que este contacto tem algum impacto na sua saúde? Se sente que tem alguma repercussão?

Assistente Operacional – É assim, só se for mesmo um incidente que aconteça por alguma razão, como uma picada acidental, que já aconteceu comigo... Ter caído um contentor ao chão e, no tempo em que o vou apanhar, piquei-me com uma agulha. Nesse sentido, sim mas, fora isso...

Entrevistadora – Quando isso acontece, de levar uma picada acidental, toma ou tomou todas as medidas necessárias para prevenção?

Assistente Operacional – Sim, segui o protocolo que está estipulado pelo Hospital para fazer tudo o que é necessário para situações deste género.

Entrevistadora – Ok! Agora, avançando para os itens seguintes relativos aos Constrangimentos Físicos, revê-se nesta primeira situação, de ter de estar muito tempo de pé com deslocamentos?

Assistente Operacional – Andamos muito, andamos mas, nada que me afecte propriamente...

Entrevistadora – Mas não a leva ao item seguinte, de ter de adoptar posturas penosas ou te ter de fazer esforços físicos intensos? Por exemplo o ter de “acartar” carga ou com muita coisa ao mesmo tempo? Algum exemplo concreto?

Assistente Operacional – Sim, isso temos algumas situação! Como é o caso dos contentores, por exemplo.

Entrevistadora – Muito bem... Mas, não têm ajuda dos colegas para esse transporte de cargas, dos contentores ou das camas, por exemplo? E não são tidas em conta formas adequadas de fazer este género de tarefas, de maneira a não ter lesões musculoesqueléticas, por exemplo?

Assistente Operacional – Não, isso não... Até porque temos de dar resposta muita coisa e às vezes é muito trabalho para pouco tempo...

Entrevistadora – E para além da falta de tempo, sente que também tem falta de pessoas para dar resposta a todas estas coisas?

Assistente Operacional – Sinto, muito! Poderíamos ter mais assistentes...

Entrevistadora – Hmmm, ok!

Passando agora para os constrangimentos de Ritmo de Trabalho, temos 4 itens que se destacaram, começando pelo ter de trabalhar a um ritmo intenso. Revê-se nisto?

Assistente Operacional – Há momentos do dia em que isso acontece, principalmente as manhãs, são muito intensas! No entanto, também há tardes “loucas”...

Entrevistadora – E esse ritmo intenso, deve-se à hipersolicitação que têm, já que é de hipersolicitação que se fala no item seguinte?

Assistente Operacional – Sim, temos de dar resposta a muita coisa e pior ainda é que ao mesmo tempo! Temos de lidar com muitas e diferentes tarefas... Temos de dar entrada dos doentes, preparar materiais, preparar as salas, limpeza... E é uma correria sempre, para dar resposta a tudo o que nos é solicitado!

Entrevistadora – E no meio desta solicitação toda, acontece-lhe ser frequentemente interrompida também?

Assistente Operacional – Sim, acontece. Tanto por parte dos colegas presencialmente ou telefone... Podemos estar a dar conta de alguma coisa e uma enfermeira solicitar-me com urgência alguma outra coisa e, com isso, sou interrompida e tenho de deixar de fazer o que estava a fazer para dar resposta ao que me foi pedido...

Entrevistadora – Agora ainda dentro dos Constrangimentos de Ritmo de trabalho, o último item significativo foi o de ter de se adaptar permanentemente à mudança. Isto acontece-lhe na sua categoria profissional concreta e com as suas tarefas? Mudanças ao nível da ordem de trabalhos, tarefas, normas ou materiais, por exemplo?

Assistente Operacional – Sim, existe. E eu, por exemplo, trabalhava num bloco de outro serviço e vim para este e o funcionamento é logo completamente diferente... Na forma de trabalhar, do serviço em si, a organização... Por exemplo, o tipo de serviço influencia o tipo de tarefas, num era mais pequeno tinha de fazer uma coisas e neste, que é maior faço algumas tarefas iguais mas, outras, diferentes! Por exemplo, higienização das salas, aqui faço e no outro serviço não fazia; aqui ainda fazemos higienização do recobro, do exterior das salas...

Entrevistadora – Mas sendo os dois serviços com bloco, não deveriam ser as mesmas tarefas? No outro serviço também não seria necessário fazer higienização do exterior das salas, por exemplo?

Assistente Operacional – Sim, e fazia-se mas, não éramos nós as responsáveis por isso, havia outras profissionais responsáveis por essa parte...

Entrevistadora – Ah! Havia então uma divisão de tarefas por outras e diferentes categorias profissionais?

Assistente Operacional – Sim, exactamente! Havia uma empresa aliás responsável pela limpeza e higienização do exterior das salas, enquanto que aqui, somos nós que fazemos tudo!

Entrevistadora – Ah, ok! Muito bem... Então, daí todo um aumento de tarefas, a razão para ainda haver mais hipersolicitação e intensidade do ritmo de trabalho?

Assistente Operacional – Sim, sim... Por exemplo, nós lá, o material púnhamos perto das salas e as enfermeiras é que o colocavam dentro das salas; aqui, não, são as enfermeiras que os vão buscar ao armazém, organizar e levar para as salas; nós, quanto ao material, somos especificamente responsáveis pela higienização...

Entrevistadora – Agora, relativamente aos Tempo de Trabalho, sente que tem de ultrapassar o horário normal de trabalho?

Assistente Operacional – Não, muito raramente isso acontece...

Entrevistadora – E quanto a ter de saltar ou encurtar refeições?

Assistente Operacional – Não, porque nós tentamos conjugar com as salas e, então, tentamos conjugar o que temos para fazer tendo em conta a hora de almoço... Também temos um elemento que entra às 13h, o que nos permite ter espaço de manobra para conseguir conciliar o almoço com o serviço sem sairmos prejudicados nesse aspecto...

Entrevistadora – Ah! Isso é bom, portanto, permite-vos fazer essa gestão toda! Depois em relação a ter de ter disponibilidade permanente, isso acontece no horário de trabalho, não? Mas, e fora desse horário, neste caso, no pós horário de trabalho?

Assistente Operacional – Sim, pode acontecer. Imagine que falta alguém, eles ligam-nos e pedem-nos para virmos quando estamos, por exemplo, de folga... Mas, não é frequente acontecer aqui! Situações pontuais mesmo...

Entrevistadora – Por último, vamos analisar então estas duas tabelas que analisam os dados relativos aos Constrangimentos do Contacto com o Público. Consigo também acontece ter o frequente contacto com o público, certo?

Assistente Operacional – Sim. Com o doente mas, não é um contacto tão “intenso” como os restantes profissionais daqui, é mais quando o doente está no recobro, aí é que estamos mais expostos a isso.

Entrevistadora – Ok. Quando, nessas situações, tem então contacto com o público, sente que tem de lidar ou suportar queixas, exigências ou reclamações do mesmo? Se sim, tem alguma situação que se recorde para relatar ou um exemplo concreto?

Assistente Operacional – Sim, às vezes... Por norma, nós temos enfermeiros que acabam por ser eles a resolver esse género de situações... Mas, já tivemos situações com doentes que começam a disparatar do nada e insultar mesmo!

Entrevistadora – Ah! Isso também vai logo de encontro ao item seguinte, do ter de estar exposto à agressão verbal!?

Assistente Operacional – Sim... E por norma, nesse género de situações a enfermeira está lá e ela resolve e orienta... Acaba por não haver queixas escritas às vezes porque eles conseguem lidar com essas situações... Mas, depois, também se complica para o lado deles, porque eles é que acabam por assumir alguma situações e sem terem culpa nenhuma mesmo! Mas, vai-se fazendo uma gestão nestes cenários para não agravar ainda mais determinadas situações...

Entrevistadora – Imagino... Até porque confesso que fiquei muito admirada, pois não seria expectável, num hospital, ter tantas queixas dos profissionais em relação a estarem expostos a este risco de agressão verbal ou física, como pode ver, obtive realmente valores muito acentuados...

Assistente Operacional – Pois... E muitas vezes, são queixas que os doentes fazem sem razão absolutamente nenhuma! O pessoal, eu vejo pela maneira de trabalhar de todos, aqui, não há ninguém que falte ao respeito ao doente, muito pelo contrário! Tentam sempre fazer melhor e muitas vezes além daquilo que seria esperado... As pessoas é que são cada vez mais impacientes e não conseguem ser flexíveis ou compreender que, num serviço como este, por muito que esteja tudo estipulado de determinada forma, há situações que não se conseguem prever! Nós não temos culpa de o médico demorar mais um bocado numa cirurgia ou se a mesma se complicar ou não! Aliás, ninguém tem culpa, são situações que podem acontecer!

Entrevistadora – Portanto, ao nível de agressão verbal são as situações mais relacionadas com as queixas e a forma como as pessoas fazem a mesma, correcto? E em relação a agressão física, tem algum episódio que se lembre em que isto tenha acontecido e queira partilhar/relatar?

Assistente Operacional – Sim, exactamente! Quanto a agressão física, deixe-me pensar... Recordo-me de uma com um médico! O Doutor estava a explicar a um doente que não poderia ser operado naquele dia e o porquê, devido a não existirem condições que permitissem levar a cabo a cirurgia nesse dia, a chamar-lhe à razão porque era uma situação muito complicada e o paciente foi extremamente mal educado, agressivo verbalmente e fisicamente começou aos pontapés à porta e a bater com a mesma!

Entrevistadora – Meu deus! A sério? Que situação...

Assistente Operacional – Pois foi... E o paciente não tinha razão nenhuma, até porque a anestesia não tinha dado e não havia condições! Tentaram chamá-lo à razão mas, foi e vão... Disseram-lhe que não poderia mesmo ser e que teriam de remarcar para outro dia e ele comporta-se desta forma!

Entrevistadora – Confesso que fico admirada com este cenário, porque temos dados extremamente significativos no que diz respeito a estas situações... Em 100%, 66,6% ao nível da agressão física é muito para o meio hospitalar, até porque não é espectável!

Assistente Operacional – Pois... Não é deste caso a que me refiro mas, muito bem que os profissionais muitas vezes deviam ter mais atenção, serem mais coerentes em certas situações, nos tempos ou nos avisos, tudo bem... Mas, os doentes propriamente ditos também pensam que o Hospital é um Hipermercado, que vão, chegam, faz e acabou! Não percebem os riscos que correm, as situações com que temos de lidar num serviço como este... Têm de esperar, tal como quando sou eu a doente, também o tenho de fazer e acontece muito isto! Aqui é porque as pessoas não têm paciência e depois pensam que no Hospital, neste serviço em específico, tem de ser tudo como querem!

Entrevistadora – É complicado... Têm de ser flexíveis também... Não podem ter só direitos... também deveres! De serem bem educados mais que não seja...

Assistente Operacional – Só querem os direitos e muitas vezes esses direitos têm deveres que ainda maiores e não respeitam...

Entrevistadora – Mesmo dentro desta temática, muitos profissionais se queixaram que, para além dos doentes, os próprios acompanhantes que vem com eles são ainda piores!

Assistente Operacional – Verdade! Recordo-me de uma recente situação em que um doente ficou super envergonhado porque a esposa fez aí uma confusão tremenda! Não está bem a ver... Tentou fazer uma participação mas, por acaso, não chegou a ir avante e a senhora fez um escândalo porque não podia entrar, porque não o podíamos permitir porque o paciente ainda não estava em condições para receber ninguém! Então estive aí aos berros, a fazer um escândalo...

Entrevistadora – Portanto refere-se a esta como uma situação que encaixaria num caso de queixa mais enquadrada na agressão verbal?

Assistente Operacional – Sim... E depois ainda quis fazer uma queixa por escrito mas, o marido não deixou! Pediu imensa desculpa pela esposa, estava super envergonhado e só dizia que não compreendia a situação até porque estava a ser muito bem tratado!

Entrevistadora – Ou seja, vocês para além de terem de lidar com os próprios doentes ainda têm de levar com as situações que os familiares e acompanhantes fazem!

Assistente Operacional – Lá está, não há doente que possa vir aqui e dizer que não foi bem tratado! A equipa é atenciosa, preocupa-se, são bem educados e, mesmo que a pessoa esteja mal disposta, tentam compreender e preocupam-se para que o doente não pressinta isso... E aconteceu também uma outra situação recente com um doente que estava a ir embora mas, cada um tem o seu tempo, ficar no recobro e assim... Mas, como o doente achava que ele é mandava, fez aí uma confusão a dizer que queria ir embora e que ele é que sabia!

Entrevistadora – Ui, assim? A sério? Mas depois de acontece alguma chatice, vocês é que ainda têm culpa se for preciso... As pessoas não têm noções...

Assistente Operacional – Pois! Mas, aí, foram tomadas as devidas precauções, assinou os termos de responsabilidade, seguiram-se todos os passos necessários, a médica perante isto autorizou então a saída do mesmo mas, ele é que ficou com a responsabilidade! Mas, foi super bruto... Verbalmente, super bruto mesmo!!!

Entrevistadora – Faltinha de noções... Ainda por cima tinha acabado de ser operado e uma pessoa tem de seguir à regra aquilo que o médico lhe diz, que eles melhor que ninguém sabem!

Assistente Operacional – Verdade... Mas as pessoas parece que não percebem... Infelizmente é um exemplo de situações que acontecem com alguma regularidade... Há doentes assim... No entanto, acho que acabamos por ter mais casos mas, mais relacionados com os acompanhantes e familiares!

Entrevistadora – Depois torna-se complicado ter de gerir isto tudo... Situações inesperadas, reclamações, familiares e pacientes que não tem noções... E estes acompanhantes e familiares que deveriam ser uma mais-valia, acabam por complicar ainda mais as situações com que o serviço se depara e ainda criam mais situações de tensão inesperadas...

Assistente Operacional – Nós, por norma, quem fala é a Enfermeira chefe, nós só auxiliamos e, depois, as pessoas são muito agressivas! E mesmo que enfermeira vá falar com eles e lhes diga que têm de lá ficar à espera mais um bocadinho, o tempo nem sempre é exactamente definido e então ficam logo... E depois, temos situações

em pós operatório que dizemos para as pessoas pararem o carro aqui à porta, para a pessoa não ter de andar tanto ou fazer esforços desnecessários e, já aconteceram situações, como com um senhor uma vez que foi super mal educado mesmo, que até fiquei de boa aberta, em que lhe pedimos para trazer o carro até aqui e ele começa super mal educado a dizer que a esposa está aqui, vai mas é assim e mais nada! Ela vai para onde eu vou! E vou só ressaltar que o carro estava parado no Pingo Doce, que não é propriamente aqui em frente, quanto mais perto para alguém se deslocar depois de uma cirurgia!! A senhora teve de sair do hospital pelo pé dela, com o marido, este, sem querer saber se ela ao fazer aquilo estava bem ou não, ele é que sabia e acabou!! Ainda por cima a senhora tinha acabado de ser operada, nem teve muita reacção perante esta situação, até porque ainda estava a recuperar do pós-operatório e coitada, tem de levar com o marido assim, mal criado, cheio de razão e senhor que sabe!! A enfermeira estava chocada também e dizia que assim, não deixava a senhora ir embora... O senhor, sempre a fazer confusão, mais uma vez diz que ele é que sabe e que a enfermeira não sabe nada... A enfermeira, volta a dizer que não autoriza a saída da paciente, que o doente não tem que ser sacrificado só porque um familiar quer e, que foi operada, tem limitações e tem de ser vigiada! Perante isto, o marido continuou a fazer tamanha confusão que, então, a enfermeira disse-lhe que se era assim, o mesmo tinha de assinar termos de responsabilidade também, porque era por ele que aquela situação se estava a gerar e era ele que estava a querer pôr a mulher em risco depois de uma operação! A enfermeira e a médica, sim, que também estava uma médica é verdade! Diziam que se era assim, não iam assumir que acontecesse alguma coisa à senhora ao, por exemplo, atravessar a estrada!

Entrevistadora – A sério... E aí então a culpa era do marido! Até porque era ele que a queria obrigar a sair do hospital pelo pé e a atravessar a estrada e andar pela rua...

Assistente Operacional – Exactamente... E o problema foi todo dele! Infelizmente, acontece... Acontece muito... Esse descuido nesse sentido...

Entrevistadora – Muito bem... Agora, por último, dentro dos Constrangimentos Emocionais, temos um item que teve valores elevadíssimos por parte dos inquiridos! Como pode ver aqui na tabela, é o item de ter de responder às dificuldades e/ou sofrimento das pessoas, com quem lidam. Revê-se nesta situação? Também tem de lidar e lida bem com isto?

Assistente Operacional – Às vezes é complicado... Choca-me, por exemplo, ver às vezes um doente com uma idade e ver uma pessoa mais nova a tentar consolá-lo mas a não conseguir porque realmente é muito desânimo e tentar animar nem sempre é fácil... E eu falo por mim, às vezes mexe connosco e eu vou muitas vezes para casa a pensar em certos doentes...

Entrevistadora – A sério? Isso demonstra a sua preocupação e sensibilidade para com os doentes...

Assistente Operacional – Muitas vezes, vou... Temos casos de coisas banais e que olhamos e, coitadas... Por exemplo, pessoas que vem tirar cateteres, que tiveram cancro... Quimioterapias, tratamentos puxados e olhamos e pensamos que é tão novinha... ou, o que já passaram... E muitas vezes, até são eles quem acabam por dar força mas, mexe connosco! É mesmo complicado... Nós tentamo-nos abstrair, saímos da porta, fechou mas, é impossível ser assim, desligar completamente perante casos assim... Não dá! Até porque aqui estamos a lidar directamente com eles e ouvimo-los, eles falam connosco das suas vidas e é mesmo complicado fazer esta gestão... Tentamos consolá-los mas, nem sempre é fácil... Falamos e estamos ali um bocadinho com eles mas, é muito complicado...

Entrevistadora – Acredito... são situações muito delicadas e é normal que também mexam convosco, somos todos seres humanos! Então já é mau vermos pessoas assim, então quando são mais novos, ainda mais complicado se torna... Mas, de um modo geral, os doentes costumam-se queixar muito? Por exemplo, de dores ou assim quando chegam?

Assistente Operacional – Sim, isso sim... E os enfermeiros procuram dar resposta e nós tentamos verbalmente acalmá-los e fazer com que se sintam melhor, psicologicamente mesmo, com uma palavra, a dar atenção... Mas, aqui neste serviço, maior parte ou toda a gente é assim e tem esse cuidado com os pacientes!

Entrevistadora – Isso é bom! E pelo feedback que tenho tido e pelo que pude ver enquanto estive cá é que realmente isso acontece e é uma mais-valia até para o próprio serviço!

Assistente Operacional – Eu já disse, de todos os serviços em que já estive e do que conheço dos que já estive, eu acho que aqui, há realmente muita preocupação por parte dos profissionais com os doentes! E isso faz mesmo a diferença! Telefonam ao doente depois de ser operado a saber como passou a noite; passado um mês voltam a contactar mesmo que não tenham sido contactados a saber como é que os doentes estão... E, por incrível que pareça, outros serviços do mesmo hospital, não fazem isso!

Entrevistadora – Que diferença... E lá está, se calhar deve-se à gestão da pessoa que está à frente do serviço, não sei...

Assistente Operacional – Sim, sim! Muitas vezes penso que é por aí... Tem de haver sensibilidade por parte de quem está à frente e passar essa mensagem aos profissionais! E depois, ouço as enfermeiras contarem que os doentes ficam todos contentes pelo facto de lhes ligarem a saber como estão passado um mês! Se está tudo bem, se já estão a trabalhar, como têm voltado ao normal... E as pessoas sentem-se valorizadas, porque há uma preocupação com as mesmas e sentem-se mesmo muito contentes!

Entrevistadora – Claro! Isso é mesmo óptimo! Até para o feedback do próprio serviço! Acho que é sem dúvida uma mais-valia e é bom que os serviços façam isso porque, há muito poucos que o fazem...

Assistente Operacional – De facto, infelizmente, há muito poucos que o fazem...

Entrevistadora – Pois... Muito bem! Relativamente a estas temáticas que falamos, há mais alguma coisa que queira destacar, mais algum comentário a fazer sobre alguma situação, se tem mais alguma coisa relevante a partilhar...?!

Assistente Operacional – Não sei... Acho que dentro do que estivemos até agora a analisar, são realmente as situações mais significativas... Acho que é mais ou menos assim...

Entrevistadora – Pronto! Então quero-lhe agradecer uma vez mais a disponibilidade para falarmos este bocado e por me ter dado um bocado do seu tempo!

Dou por terminada esta nossa conversa! Muito obrigada! E ah! Os dados todos que recolhi e analisei, serão devolvidos a todos os serviços para aqueles profissionais que quiserem consultá-los, poderem fazê-lo!

Assistente Operacional – Ok. Obrigada eu e um bom dia!”

Entrevista 6: Médico Cirurgião e Director de Serviço (E6)

Entrevistadora – “Antes de mais, volto a agradecer a disponibilidade para estar aqui a falar comigo. Como sabe, o meu estudo de investigação reflecte-se na análise das condições de trabalho, tudo o que está relacionado com os riscos psicossociais, aquilo a que estão expostos, como os constrangimentos e, dessa forma, é nisso que se foca a minha Tese de Mestrado.

Após a recolha de dados feita através da administração dos questionários, neste caso, do instrumento INSAT, houve valores que foram significativos e outros que não. E houve muita coisa que acabou por ser engraçada porque foi inesperada, ao nível dos dados obtidos. De maneira a compreendê-los melhor, estou aqui, hoje, a fazer-lhe esta entrevista.

Desta forma, relativamente aos Constrangimentos Ambientais, a maioria dos profissionais destacou estar exposto a Ruído incómodo ou nocivo. Isto acontece na sua categoria profissional, enquanto médico cirurgião? Isto acontece?

Médico – Não. Como cirurgião isso normalmente não acontece. Agora, acontece no caso do Serviço que eu dirijo, no caso da esterilização porque a lavagem é feita com ar comprimido e jactos de alta pressão e isso, na verdade, trás um ruído ambiental mais excessivo para quem lido com eles. Foram tomadas já medidas mas, por e simplesmente, as pessoas não colocam as protecções.

Entrevistadora – Ai não colocam?! Mas, há quanto tempo foram instauradas essas medidas?!

Médico – Há cerca de três/quatro meses. Só este ano é que a Saúde Ocupacional nos veio alertar para desse facto. Porque mediram em decibéis o ruído e eram ruídos excessivos em relação aquilo que era tolerável e portanto, providenciaram a existências de tampões específicos para alertar os funcionários que fazem a lavagem.

Entrevistadora – Muito bem! Pena a medida ainda não ser adoptada por todos os profissionais que estão expostos a estes ruídos mas, já tomaram a medida e sensibilizaram para tal, agora, é com eles também...

Mas então, não se revê neste item. No entanto, o estar exposto a frio ou calor intenso ou a mudanças extremas de temperatura, sente isso?

Médico – Sim, aí já me revejo. O ar condicionado, infelizmente, nem sempre funciona de uma forma capaz e, no verão, podemos ter um calor excessivo e o frio, isso, temos sempre... As salas têm de estar a um temperatura que não deve exceder os vinte e seis graus e também não pode ir muito a baixo dos dezoito graus. Pelo que, normalmente está a vinte/vinte e um graus. Mas, no verão, já chegamos a ter as salas do bloco a uma temperatura mais alta do que nos interessa porque a existência de uma temperatura superior aumenta a quantidade de infecções e de outras coisas mas, fundamentalmente o motivo a esse e, portanto, deverá reduzir-se a temperatura da sala. Além de que a temperatura que está na sala não é a temperatura que está à volta do doente. Portanto, para além da temperatura da sala, que se vai tentando manter, apesar de ser luz fria a do bloco, temos focos muito intensos que produzem calor. Nós estamos vestidos, os cirurgiões nomeadamente, estão vestidos com roupa que quase nos encerra, só ficamos praticamente com os olhos à vista e, os próprios doentes também estão tapados com roupa e campos operatórios e a incidência da luz, principalmente nos cirurgiões, é onde se verifica mais e provoca-nos um aumento de temperatura também. Os doentes, sendo uma cirurgia abdominal, por exemplo, de barriga aberta, aí é diferente porque aí eles arrefecem, portanto temos de ter mesmo as temperaturas um bocadinho superiores, embora dentro dos limites. E também tomamos outras medidas para que a temperatura dos doentes não saia dos limites que

são toleráveis. Mas, no caso do ambulatório, isso não se verifica, é muito raro de acontecer, de forma que, acontece poucas vezes melhor dizendo, porque normalmente, como já disse, a temperatura está à volta dos vinte e um graus, que é a temperatura que consideramos ideal.

Entrevistadora – Mas, já agora, eu quando me encontrei em permanência no seu serviço, para observação, para a administração dos questionários e para fazer as entrevistas, achei que era mesmo quente!

Médico – Mas no serviço todo? Só no bloco?

Entrevistadora – Não, mais no recobro até...

Médico – Mas, no recobro, é normal porque nós temos de ter uma determinada temperatura. Os doentes despem-se, vestem uma bata e têm as coberturas e tudo, muito bem mas, estão expostos e, portanto, nós temos de ter uma temperatura que seja pouco superior a vinte e um graus para os doentes não ficarem com frio. Portanto, fora do bloco operatório, a temperatura é mais alta, mais elevada, embora, não demasiado. Para quem não está habituado, é normal sentir isso... Até porque vestiu a farda quando cá esteve mas, tinha ainda por baixo a sua roupa... Agora, no serviço, no recobro e no bloco, só se deve entrar sem a roupa, só de roupa interior e com a farda por cima. Se assim for, fica perfeitamente confortável em termos de temperatura. Mesmo assim, também posso dizer que as enfermeiras que estão no bloco operatório, e até mesmo os anestesistas, não estão debaixo dos focos e estão só com as fardas e têm pouca actividade física, como a enfermeira anestesista e o próprio anestesista, que só tem dois picos de actividade, no início e no fim, o que faz com que fiquem parados e com aquela roupa e a vinte e um graus, alguns, os mais sensíveis podem sentir frio.

Entrevistadora – Muito bem! Passando aos itens seguinte... Estar exposto a agentes biológicos e químicos, temos valores acentuados mas, mais no casos dos agentes biológicos do que nos químicos... Isto é normal?

Médico – Nem toda a gente lida tanto com os mesmos agentes...

Entrevistadora – Se calhar, os agentes químicos são mais para as responsáveis pelas limpezas e assim?

Médico – Não só. Nós também lidamos com agentes químicos. Só as lavagens das mãos, por exemplo, são com agentes químicos. E os químicos que utilizamos para lavar e desinfetar as mão são agressivos para a pele. Embora se tente sempre arranjar os melhores possíveis para não terem tanto impacto na pele, que tenha alguma espécie de protector... Mas, nós não lavamos as mãos só uma vez! Eu chego a operar nove doentes num dia, logo, são nove lavagens! E isso provoca, embora se façam regras para que nós só escovemos as mãos no primeiro doente, desde que não haja manuseamento de comida ou de outras coisas conspurcadas, não há necessidade de estarmos a lavar as mãos outra vez, isto é, de esterilizar as mãos. Porque nós lavamos as mãos de novo, com um sabonete específico e desinfectante mas, isso provoca uma secura das mãos extra que pode, inclusivamente, provocar doença profissional, muito desagradáveis. Por norma, lidar com outros agentes químicos, penso que só acidentalmente. Quem lida realmente mais com estes agentes são as assistentes operacionais, que fazem as limpezas, a lidar com detergentes químicos fundamentalmente ou específicos para a esterilização e desinfecção... Alguns enfermeiros também lidam com outros químicos, como é o caso do formaldaído, por exemplo, que é onde se colocam as peças, que é um químico agressivo e pode acontecer que caia na mão e queima. Ou seja, o enfermeiro que lida, que neste caso é o enfermeiro circulante, com o colher da peça da mesa operatória ou que está a lidar com o formaldaído para o colocar dentro do recipiente para limpar a peça, pode chapinar, por exemplo. Mas, são coisas que podem de facto acontecer mas, é muito

raro, até porque há que ter cuidados e há todo um ensinamento que é feito previamente para que as pessoas saibam como ir e estar num bloco! Antes de uma pessoa entrar num bloco tem de ter um curso de formação para que saiba comportar-se num bloco! Até os cirurgiões têm de aprender a lavar as mãos! Mas, tem de ser, porque há uma forma correcta de lavar as mãos para se poder operar. Não se podem lavar as mãos como uma pessoa normal vai lavar as mãos em sua casa. Há uma forma para as lavar, de forma a que a água escorra para baixo, na direcção do cotovelo e nunca ao contrário, para que se lave, faz-se mais do que uma demão, são normalmente três, implica um determinado tempo obrigatório para lavar a mão e a desinfectar, no mínimo um minuto e meio; há uma maneira de escovar, de passar os dedos uns nos outros, de passar a mão... Tudo isso está estudado de forma a optimizarmos o resultado para diminuirmos as infecções! Nós fazemos isso de uma forma rotineira e já nem pensamos quase no que estamos a fazer. Eu já operei muitos doentes e já passei os vinte mil doentes há muito tempo, ou seja, eu já lavei as mãos desta forma mais de vinte mil vezes, portanto, a partir das vinte, a pessoa faz aquilo automaticamente. Mas, para chegar aí é preciso ensinar e é preciso ter cuidado, quando temos um elemento novo, introduzi-lo primeiro aos cuidados, aos métodos... É outro cuidado que também temos quando chega um elemento novo, um elemento novo que integre o bloco, passa por todos os sítios, nomeadamente a enfermagem, todos os elementos da enfermagem rodam por todos os lugares onde possam trabalhar, até por razões óbvias, se algum elemento adoecer há sempre alguém que o possa substituir sem problemas!

Entrevistadora – Um à parte, já agora, quando falava à pouco de um enfermeiro circulante, quer dizer que ainda dentro da especialidade de enfermagem cirúrgica, existem diferentes categorias dentro destes. Quantos “tipo” de enfermeiros tem então aqui, no seu serviço?

Médico – Não no serviço mas, sim, no bloco! Só no bloco temos três diferentes postos de enfermagem por assim dizer. Poderiam ser só dois mas, nós gostamos de ter os três que é, a enfermeira anestesista, que é aquela que está a ajudar o anestesista, que no fundo lhe está a chegar os fármacos, os materiais e as coisas para ele exercer a sua função; temos uma enfermeira circulante, que é a enfermeira que vai passar para o computador para chegar à enfermeira instrumentista o que está juntamente com os cirurgiões, porque a enfermeira instrumentista vai recebendo os materiais que a enfermeira circulante lhe vai dando e essa enfermeira circulante, ao mesmo tempo que entrega o material à enfermeira instrumentista vai registar no computador a saída desse material, para que depois no programa informático haja uma baixa desse mesmo material para no final, o stock dos mesmos ser repostos. Portanto, aquilo que parece num bloco tudo muito fácil e simples é muito complexo, muito mais do que as pessoas estão a ver! Como costumo dizer, quando corre tudo bem, aquilo parece tudo muito fácil e que não dá trabalho nenhum mas, para que aquilo aconteça, há uma quantidade brutal de trabalho prévio para que aconteça tudo sobre rodas! Só quando acontece alguma coisa inesperada ou que está mal, aí é que se dá valor ao trabalho que se faz normalmente... Num bloco operatório existe verdadeiramente um trabalho de equipa, que funciona, que tem de ser um trabalho de equipa com um líder, com funções perfeitamente definidas e, cada qual, tem de saber exactamente quais são as suas tarefas, quando entrar e sair de cena... Tudo isso tem de estar perfeitamente oleado e treinado para otimizar resultados! Basta que um dos elementos da enfermagem esteja por lá que as coisas já não são iguais...

Entrevistadora – Muito bem. Falamos da exposição aos agentes químicos mas, e os biológicos? Já alguma vez teve algum “acidente” de trabalho relacionado com estes?

Médico – Com agentes biológicos também lidamos. E sim, como cirurgião, já aconteceu, pois é uma das profissões de mais alto risco de contágio por materiais biológicos. Eu era “virgem” quando comecei a ser cirurgião, no ponto de vista de marcadores víricos e hoje em dia, não sou. Eu nunca tive uma hepatite, graças a deus, no entanto, estou vacinado contra a hepatite B, embora hoje já seja curável com uma taxa de cura considerável mas, um dos meus antigos chefes morreu como consequência de uma infecção de uma hepatite B, 15 ou 20 anos antes. Mas, a hepatite A, eu nunca tive hepatite A e, no entanto, apanhei-a de algum doente que me piquei, porque neste momento eu sei que tenho marcadores para hepatite A quando eu nunca tive, pelo menos que tenha notado. Ela é indémica e, no entanto, sou positivo. Não tem problema nenhum mas, é uma modificação. Aconteceu também, mais do que uma vez, com as pessoas que sem sempre são tão éticas ou tão correctas como deviam, estarmos a operar um doente HIV positivo e sem sabermos! Já me aconteceu até um dos elementos, um enfermeiro, saber que o indivíduo era HIV positivo, numa urgência, e ele não disse nada! Nós depois viemos a saber que ele era o único que sabia e nós demos-lhe cabo da cabeça, até porque não se admite nós estarmos a operar, numa urgência ainda por cima, onde as coisas são mais rápidas, em que muitas vezes não medimos os riscos que estamos a correr e aí já passei mais do que uma vez que pisei o risco sem saber. Até porque os doentes não têm escrito na testa que têm alguma doença contagiosa e mesmo que tenham ou que saibam quais são, já me aconteceu... Lembro-me do caso de um doente que particularmente me tocou, era um rapaz de 21 anos, que fez uma injeção intramuscular num centro de enfermagem de freiras, há muitos anos, que estava eu a começar a ser cirurgião e, a esse rapaz foi-lhe administrada a injeção de manhã, deu entrada no Hospital Santo António, onde eu na altura trabalhava, às três/quatro da tarde e, apesar de todas as coisas que fizemos, ainda fomos para o bloco abrir-lhe a pele nas pernas e no abdómen a fazer cortes enormes para arejar, na tentativa de matar a bactéria, que é altamente mortal, estava por e simplesmente a transformar aqueles músculos em necrose, preto e, apesar de estarmos a arejar aquilo tudo e nós corríamos o risco também de nos cortarmos mas, ninguém pensou nisso, só queríamos fazer os possíveis e impossíveis e, o rapaz, infelizmente acabou por morrer... às nove horas da noite já estava morto... a capacidade letal que aquele bichinho tem é uma coisa, brutal, muito mais rápido... E eu nunca mais me esqueci desse rapaz... No entanto, ninguém se lembrou que podíamos apanhar a bactéria também, com uma picada ou um corte... Só depois é que começamos a pensar naquilo que tínhamos estado a fazer e até para um olho nos podia ter saltado qualquer coisa... Andamos a fazer coisas ali, a tentar salvar de qualquer forma, não é... E este género de exposição é muito habitual! Não é assim tão invulgar como isso. Nós passamos a vida a estar expostos a bactérias, que muitas vezes não sabemos quais são mas, lidamos com os fluidos, com as fezes, com todos os excrementos e coisas mais incríveis que, de vez enquanto as pessoas não fazem ideia das coisas que fazemos... E graças a deus que não fazem...

Entrevistadora – Ok. Relativamente aos Constrangimentos Ambientais, está tudo. Passando agora para os Constrangimentos Físicos, houve três itens que se destacaram, como, o estar muito tempo de pé com deslocamentos. Isto acontece-lhe?

Médico – Hmmm, com deslocamento? Julgo que não é bem isso que acontece. No caso de um cirurgião o que acontece realmente é estar muito tempo de pé mas, sem deslocamento! Ficamos muito tempo de pé mas, fazemos os possíveis por mexer as pernas, dar uns passos para um lado e para o outro... Nós temos de estar a operar, virados para os doentes, em posições viciosas, que provocam depois até doenças

profissionais, porque são causadas pelos posicionamentos durante horas de vez enquanto...

Entrevistadora – Isso vai de encontro com o item seguinte, de terem de adoptar posturas penosas?

Médico – Sim, isso sim! Mas, a parte do deslocamento acho que isso não acontece. Um cirurgião passa muito tempo de pé parado, porque operamos de pé ou muito tempo sentado, a fazer consulta. Há alguns cirurgiões, oftalmologistas, os plásticos ou os otorrinolaringologistas é que operam sentados, o resto, como temos de entrar na cavidade abdominal, por exemplo, temos de estar maior parte das vezes de pé... Embora algumas cirurgias se possam fazer sentadas, o grosso, tem de ser feito de pé e, eu já cheguei a estar catorze horas de pé! Em posições, algumas, ingratas! Felizmente, só foi uma vez; também já tive umas poucas vezes nove ou onze horas; são cirurgias prolongadas e têm de ser feitas! Agora já demora menos tempo mas, antes, operar um esófago não era possível em menos de oito horas. Hoje em dia, com as novas tecnologias, já se consegue fazer em seis horas. Mas, mesmo assim... Um estômago, por exemplo também, demorava umas cinco horas e hoje em dia faz-se em duas horas e meia. Outro exemplo, um fígado, ainda há pouco tempo, fiz uma e demorou nem duas horas mas, era uma cirurgia que há uns dez anos, demoraria seis horas. Hoje em dia conseguimos melhorar, vá. No ponto de vista do deslocamento, é na verdade complicado para um enfermeiro, por exemplo, estar durante o período que fazem, não têm hipótese de se sentar. No bloco, por exemplo, muitos têm tempo para se sentar mas, não procuram estar sentados. Se formos a ver, um enfermeiro de anestesia acaba por se sentar num bloco, ele pode-se sentar mas, o que acontece é que ele anda de um lado para o outro e, no fundo, são oito horas de trabalho em que está pouco tempo sentado. Uma enfermeira instrumentista é pior! Essa sim está de pé e está parada, sem deslocamento. O deslocamento, com toda a sinceridade, não tinha essa noção. Penso que não será assim tão significativo. As enfermeiras do recobro, por exemplo, estão lá o dia todo e estão sentadas a maior parte do tempo. A meu ver, o estar parado de pé provoca muito mais lesões do que estar em movimento. Nomeadamente as varizes, por exemplo, que é uma queixa frequente nas mulheres até, são mais provocadas se estiverem de pé paradas do que a andar. Ao andar, facilita que não se tenha, porque a palmilha venosa plantar impulsiona o sangue para cima e, portanto, ajuda ao retorno venoso, enquanto que, se estiver parada, não. Andar até é benéfico. E as enfermeiras não andam quilómetros! Ao nível de posturas penosas, no contexto de bloco é mais pelas posições que adoptamos enquanto operamos de pé. O cirurgião tem muitas vezes posições que são anatomicamente erradas mas, não há outra forma de vermos o que estamos a operar ou, para conseguirmos arranjar posição para passar os pontos, ou até mesmo para operar propriamente dito mas, já há macas operatórias que fazem posições e tudo mas, mesmo assim, é complicado deixar de adoptar essas posturas erradas e penosas. O próprio anestesista tem dificuldade, de vez enquanto, embora seja por pouco tempo mas, quando há complicações a entubar um doente, por exemplo, embora se ponha o doente mais alto, o anestesista acaba por ter de ficar curvado, para a frente, numa posição em que está a forçar o pescoço e a lombar para ver o que quer fazer, o que também não é uma posição boa e, se não entuba à primeira nem à segunda, como já aconteceu ter de ficar meia hora ou quarenta minutos só para entubar um doente, ele ao fim dos quarenta minutos está de rastos! Além da pressão própria de entubar um doente, que o doente sem o tubo, não respira. Quanto aos enfermeiros, ao nível das posições de postura, é mais se estiverem sentados numa péssima posição ou, em pé, estarem sobre uma perna em vez de estarem sobre as duas...

Entrevistadora – Mas, por exemplo, os enfermeiros relataram neste item que tinham de fazer esforços e de adoptar posturas penosas quando têm de transportar ou passar os doentes para outras camas...

Médico – Aí sim, aí sim. Quando passam os doentes, apesar de termos a ajuda dos transferes, adoptamos outros sistemas e um enfermeiro nunca passa sozinho um doente, por norma, é passado por três/quatro pessoas e aí, até os cirurgiões “normais” ajudam! Portanto, isso é uma tarefa que é dividida, em que a equipa se entreaajuda naquele sentido que nós falamos.

Entrevistadora – E por último, dentro dos constrangimentos físicos, o ter de fazer esforços físicos intensos?

Médico – Ao nível dos esforços físicos intensos, fazemos, isso fazemos! Há doentes que pesam balúrdios e para o enfermeiros é difícil, então nos pós-operatórios, em que os doentes ainda estão a dormir, aí custa passá-los... Ou ajudá-los a sentar ou a pôr a andar, muitas vezes temos doentes... O povo português não é um povo exactamente magro, embora não seja um americano super obeso, nós já temos uma obesidade marcada em Portugal, considerada, que já começa o pôr preocupações.

Entrevistadora – Ok. Seguindo para a próxima tabela, relativa aos Constrangimentos de Ritmo de Trabalho. Acha que trabalha a um ritmo intenso?

Médico – Não, eu tenho a sensação que no meu serviço, embora seja um trabalho continuado e com poucos espaços, há um aproveitamento do tempo. Toda a gente sabe o que está a fazer e não me parece que seja um ritmo tão intenso. Posso dizer que neste momento estamos a operar nove doentes por dia, começando às oito e meia e acabando às sete e eu penso que podíamos perfeitamente operar mais. O que eu penso é que não devemos operar mais, exactamente para manter... mesmo os nove, para este tempo cirúrgico que temos, já está nos limites daquilo que é aceitável, embora se possa fazer um bocadinho mais ainda mas, penso que não deveremos ir muito mais. Para quê? Para manter os níveis de poucas complicações, portanto, de segurança que nós queremos para que os doentes sejam bem operados, sem complicações e para que os profissionais trabalhem sem que se sintam... Nós sabemos que, apesar de o ritmo poder ser considerado intenso para alguns profissionais, há uma preocupação muito grande na organização do dia de trabalho. As primeiras cirurgias do dia são as mais complicadas e as mais difíceis e vão diminuindo em termos de duração e complexidade até ao fim do dia, de forma a que, no fim do dia as pessoas já estão mais cansada, não haja pressão, as coisas são feitas mais facilmente e isso também está pensado para diminuir riscos... Para ver como as coisas estão pensadas e organizadas, até que ponto um bloco é uma estrutura muito complexa e, para gerir um bloco, é preciso saber muita coisa! Portanto, o ritmo, o mais que posso dizer é que não se perde tempo e, depois, também há uma preocupação de que como o doente tem de ir embora no mesmo dia e o que acontece é que, como ele tem de ir para casa, nós preferimos começar cedo e, nem que se acabe mais cedo mas, temos mais tempo para o recobro do doente, para o doente ir embora com segurança, do que começar mais tarde e anda a perder tempo que, depois, o doente tem de ir embora! Então, não vamos correr o risco de não operarmos um doente e, mesmo assim, de vez em quando acontece alguma complicação numa cirurgia, em que ela se prolonga mais tempo do que aquilo que estava esperado e, isso pode acontecer. De forma que, neste momento, eu penso que as coisas estão... Nestes quatro anos e meio de direcção de serviço fizemos alguma evolução... A título de curiosidade, quando viemos aqui para Valongo, este serviço operava cinco doentes e fechava-se o bloco às cinco/seis. Hoje, operamos nove doentes e fechamos às sete! Com um aumento, ainda por cima, da complexidade de doentes que se operam agora! O que quer dizer que há uma optimização na

verdade muito maior, fizemos alguns truques para ganhar tempo e, como todas essas coisas é que se consegue isso, se não, não seria possível. Na verdade, só com essa superespecialização das pessoas e com o estudo dessas pessoas e com o interesse e também com a motivação das pessoas, apesar de também termos algumas pessoas menos motivadas do que outras, para mim, como director de serviço, o mais importante e mais difícil é manter a motivação, nas das situações que temos hoje em dia com o serviço de saúde nacional, é francamente difícil manter a motivação mas, há formas e nós vamos tentando de todas as maneiras e, creio que este grupo de trabalho que eu tenho a honra de dirigir, continua, ao longo de quatro anos e meio, a subir e as pessoas que vem cá de fora, mesmo do estrangeiro, dizem que não percebem, ficam espantadas porque não vêem ninguém a correr, não há stress... Repare, a passagem dessa imagem, sem stress, é a realidade, porque na verdade não há stress! As pessoas vão conversando, sorrindo, o que não quer dizer que não estão a trabalhar ou que não saibam o que estão a fazer! Agora, não há ali nada que seja stressante, só se for realmente uma situação muito grave, o que, felizmente, nunca aconteceu nos quatro anos e meio que temos de serviço! Já tivemos algumas complicações mas, foram resolvidas rapidamente, sem problemas e graças a deus nunca tivemos nenhum caso de morte. Nunca morreu ninguém mas, já tivemos doentes transferidos, uma média de doze doentes por ano que tiveram de ser transferidos para o Porto mas, porque não podem ir embora para casa e, posso dizer que só dois desses doze é que foram por razões cirúrgicas de qualquer das especialidades, ou outros, são por razões anestésicas, impossibilidade do controlo da dor ou por razões respiratórias.

Entrevistadora – Muito bem... Seguindo, sente que é frequentemente interrompido no seu trabalho?

Médico – Sim, mas, sou director de serviço!

Entrevistadora – Sente diferença neste item de quando não era director de serviço para agora que o é?

Médico – Uiii, é uma diferença brutal!! Eu diria que é mesmo o item em que eu noto maior diferença. Eu, como director de serviço, neste momento sou interrompido porque tudo passa por mim. Embora eu delegue, as pessoas vem na mesma falar comigo. Para além dos e-mails que recebo diariamente, no que respeita ao serviço propriamente dito, deve andar à volta de dez e-mails por dia, além disso, tenho telefonemas; já tive dias em que chego a receber mais de sessenta telefonemas, raro mas, já me aconteceu... A média deve andar nos trinta por dia e, interrupções presenciais, por esclarecimento de situações, pedidos de opinião ou para as mais diversas coisas, acontece muitas vezes! De tal forma que eu de vez enquanto não consigo fazer aquilo que preciso de fazer...

Entrevistadora – Ou seja, acaba por ser hipersolicitado, agora ainda mais do que antes?

Médico – Acabo sim por ser hipersolicitado. Eu tenho dias em que tenho a nítida sensação de que não consigo fazer o que quero. Tenho quase de procrastinar porque eu não consigo fazer, não por minha causa mas, eu não consigo fazer o que tinha planeado, porque muitas vezes venho para o hospital a saber muito bem o que queria fazer, “isto, isto e isto” e normalmente ainda vou conseguindo mas, tenho dias em que por e simplesmente não consigo! Neste momento, por exemplo, eu comecei a fazer a certificação do serviço que está para acabar e dura há um ano e meio e, com esta “brincadeira”, a quarta-feira que era o meu dia das burocracias como eu digo, que era o dia em que fazia as respostas aos pedidos, as reclamações, os officios, programas coisas, responder aos e-mails, todas as coisas necessárias que fazia à quarta-feira, que

não tinha bloco nem consulta, tinha esse dia para tratar dessas coisas. A partir do momento em que comecei a certificação comecei a ter quarta-feira de manhã, até às dez e meia estou com a reunião de creditação do serviço, sobrando depois das dez e meia em diante, não me chega. Portanto, passei a ter de roubar à sexta-feira, salvo seja, tempo onde iria para o bloco mas deixei de ir, pois agora com isto tudo só vou uma vez por semana ao bloco, porque não tenho possibilidade sequer de ir ao bloco, já que para além de director de SCA sou o responsável pela Cirurgia Geral, portanto tenho de programar as cirurgias da semana de CG, que são a brincar a brincar três períodos e meio, o que dá vinte e sete doente normalmente por semana. Portanto, mesmo delegando, tendo uma funcionária administrativa que faz o contacto com os doentes, eu dou-lhe orientação e está treinada mas, ela depois vem-me perguntar e eu tenho de triar e ver se o que está, está correcto, tenho de ver a ordem dos doentes, ver se um doente é diabético ou não, porque depois há regras gerais mas para casos específicos também, tenho de mandar de novo para ela, ela confirmar e, depois, ainda tenho de fazer a lista final, que por norma é à sexta-feira para depois enviar para o recobro e para a direcção, ou seja, por isso são tudo coisas em que tenho de trabalhar! E dizem, ah, isso não custa nada trabalhar. Não, para além disso tenho mais coisas em que trabalhar, como director de serviço. Por exemplo, sou eu o responsável pela assiduidade dos profissionais, tenho de verificar todos os meses, entre o dia um e o dia seis se os horários foram todos cumpridos, justificar as faltas, dia por dia, num programa do computador que é altamente lento... Eu perco duas a três horas, por mês, só para validar os horários dos colegas; depois tenho de validar, por exemplo, os telefonemas são feitos no mesmo dia, à noite, pelos médicos, tenho de ver se o médico levou o telefone, se contactou e dar depois vaga e no final do mês é enviada a lista da pessoa que foi, que não é sempre o mesmo; depois é-me dada uma lista em que tenho no programa de lançar e validar para depois lhe poderem pagar e isto são para lançar de acordo com todos os dias do mês, vezes duas salas. É tudo trabalho que já faço maquinalmente mas, é trabalho e que tenho de ser eu, porque só eu é que tenho acesso, porque sou eu o responsável por isso, no programa e só eu é que tenho utilizador e password para aceder. Outro exemplo, os protocolos com a nefrologia dos doentes de colocação de cateteres peritoniais, esses doentes são mandados pela nefrologia para mim para eu poder inseri-los no sistema para os doentes poderem ser operados, porque a nefrologia não opera. Portanto, tenho de ser eu, como director de serviço, sou quem tem acesso a uma informação e poderes maiores e, por isso, só posso ser eu a fazer a proposta de cirurgia desses doentes. Nenhum dos meus colegas pode fazê-lo a não ser que use a minha password, o que naturalmente não lha dou! Todas as semanas também tenho de fazer isto, portanto, porque são sempre, pelo menos, dois doentes, o que dá trabalho mas, eu já faço isso todas as semanas e já estou mais do que treinado mas, ainda demoro pelos menos uns 15 minutos por semana só com isso, sem ser interrompido! Sim, porque se sou interrompido, os 15 minutos já passam a meia hora! Eu não tenho secretária, por norma também faço eu os telefonemas aos pacientes que vão ser operados...

Entrevistadora – Ai faz? Aproveito já agora para lhe perguntar... Conheço bastantes médicos até e que nenhum deles é director de serviço e, no entanto, têm administrativas que são quem faz o telefonemas aos doentes! O Dr. é quem faz sempre os telefonemas?!

Médico – Confesso que ultimamente não tenho tido oportunidade de fazer a todos os do hospital, todos os dias, tendo de pedir a uma funcionária que faça alguns mas, nas privadas onde exerço também, faço sempre eu os telefonemas! E isso é uma questão de postura. Eu tenho uma ideia que a partir do momento que o doente é meu doente e

sou eu que o vou operar e tenho uma relação com o meu doente própria. E tenho de criar um vínculo e, como tal, da maneira que eu lhe digo que é meu doente e que eu o assumo como tal, é ter uma relação privilegiada e o telefonema acaba por demonstrar que eu tenho interesse nele e para ele confiar em mim. E para eu saber também, isto é, eu telefono aos doentes no final do dia anterior a serem operados para saber se está tudo bem e, claro que se se tivesse passado alguma coisa, provavelmente me tinham eles contactado mas, no fundo, quero saber se eles estão em condições de saúde, se não estão constipados, se não morreu alguém... no fundo é para saber se está tudo pronto e relembrar-lhes os cuidados que eles devem ter antes da cirurgia porque, eles já estão com stress porque vão ser operados, portanto, para mim é importante o telefonema para tranquilizá-los, que eu quero que o doente vá tranquilo para o bloco operatório... e tudo o que for diminuir o stress do doente que vai ser operado, para mim, é benéfico! E o doente, ao mesmo tempo, falo directamente com ele e ele sente-se mais confiado, quanto a mim, e isso, para mim é um ponto importante e uma mais-valia para os melhores resultados.

Entrevistadora – Ah! Já agora que estávamos a falar com telefonemas, lembrei-me de uma das coisas que me foi relatada por enfermeiras que também fazem parte do seu serviço, quando cá realizei outras entrevistas. Foi-me dito que do feedback que têm dos doentes que passam por este serviço é que vocês demonstram uma grande preocupação com os mesmos, por exemplo, o doente é operado e vai para casa. No dia, no dia seguinte e um mês depois, vocês voltam a contactar cada um deles, via telefone, para saber como é que a pessoa está!

Médico – Isso de certeza forma faz parte do protocolo...

Entrevistadora – Mas, há serviços que não o fazem pelo que me apercebi, correcto?

Médico – Nem todos fazem de facto mas, deverão fazer segundo o protocolo, no dia, no dia seguinte e a do mês é que já é opcional. Nós aqui fazemos, embora o doente vá à consulta mas, como nem sempre é possível que a consulta seja ao fim de um mês, que as consultas estão cheias e, pode acontecer só ver um doente ao fim de dois meses de ter sido operado! Assim, com o contacto mensal feito pela enfermeira, poderá alertar-nos para qualquer coisa que seja necessário fazer e, por isso, é que nós fazemos o telefonema do mês, o preço é irrisório e isso dá um conforto ao doente e uma segurança. Pelo menos, o feedback que temos dos doentes é muito positivo nesse aspecto e posso dizer que eles me dizem muitas vezes que no meu serviço se sentem muito melhor tratados do que em alguns privados a que vão! O que para mim é muito bom, agradável e, até para os profissionais que aqui trabalham neste serviço é muito gratificante, porque vêem que o seu trabalho é reconhecido e que estão a marcar a diferença e isso é umas das motivações que também é o que nós queremos! E depois é engraçado ver que os doentes vem cá, já conhecem os profissionais e ambas as partes ficam contentes com isso, porque se cria um elo que vai dar frutos!

Entrevistadora – Excelente! Então avançando e para terminar a tabela dos Constrangimentos de Ritmo de Trabalho, acha que tem de se adaptar à permanente mudança? Quando falo em mudança é, por exemplo, de métodos, normas, programas...

Médico – Sim mas, isso é inerente à profissão que escolheram! Um médico quando escolheu ser médico já sabia que ia estudar toda a vida. Um enfermeiro, a mesma coisa. Em todas as especialidades da medicina. A medicina está em constante evolução e eu, em trinta e tal anos de profissão, aprendi a operar enquanto cirurgião de três maneiras diferentes já! Portanto, há coisas que eu fiz quando aprendi que hoje, estão completamente ultrapassadas, são erros! Há coisas que eu fazia e aprendi a fazer e, hoje, estão proscritas. Algumas não se pode dizer que sejam erro mas, temos muito melhores que aquelas e, perante os resultados, evoluiu-se. Embora hajam coisas que é

bom saber fazer as antigas, por exemplo, eu quando aprendi a operar aprendi a fazer vesículas clássicas, ou seja, abríamos a barriga e dessas, fiz muitas, umas centenas largas! Quando acabei a especialidade de cirurgião foi quando apareceram as laparoscopias, portanto, quando acabei a especialidade, tinha zero cirurgias laparoscópicas. Podia ter ficado assim, já era cirurgião e podia ter continuado a operar como tinha aprendido mas, no ano seguinte, fiz os impossíveis para aprender a fazer cirurgias laparoscópicas. Fiquei colocado num hospital onde não faziam laparoscopia, fui a um hospital vizinho propor um protocolo entre os dois hospitais para eu poder ir aprender um dia por semana nesse hospital vizinho a fazer laparoscopias. Levava um doente do meu hospital para o outro e, num dia por semana operava o doente que levava e passava lá o dia todo a fazer e a ajudar a fazer laparoscopia e, ao mesmo tempo, aprendia. Estava em Sampaio de Oleiros e ia a Espinho fazer laparoscopias. Ora bem, eu podia ter ficado muito sossegadinho no meu canto só que, como cirurgião, eu sabia que não podia ser. Tenho de evoluir porque, se não evoluir, vou “morrer”. Qualquer profissional tem de ter uma formação contínua então no meio hospitalar e da saúde... Na enfermagem, é a mesma coisa! Também têm de o fazer e de se actualizar! A vida é uma permanente mudança, nós estamos sempre a envelhecer. Agora, a atitude de cada pessoa é que varia...

Entrevistadora – Engraçado... Em respostas que obtive por parte de alguns profissionais que entrevistei disseram-me que não, que achavam que apenas tinham mudanças numa norma ou noutra e, que de resto, achavam que não...

Médico – Isso porquê? Porque as mudanças vão sendo graduais.

Entrevistadora – Sim, compreendo, até porque houve casos em que me diziam que exerciam num meio em que as mudanças já são tão normais ou frequentes que já nem se apercebem que houve propriamente uma mudança!

Médico – Exactamente! Acho que é mais por aí, pelo exemplo de resposta que falava... Por exemplo, quando entrei no internato de especialidade, eu nem sabia onde ficava o botão on/off do computador. Vi o computador e, ao fim do primeiro ano de especialidade, tive de fazer um relatório de internato e, fiz à antiga, em máquina de escrever mas, nunca mais acabava, porque me enganava imensas vezes e eu não tinha nenhum curso de estenografia, apesar de não serem muitas páginas, eram para aí umas sessenta e então, paguei a alguém que me passou aquilo à máquina, que foi a única maneira mas, pensei para mim, assim não pode ser! Aquilo custou-me dinheiro e depois, vi-a lá dois colegas a mexerem no computador do serviço e achava aquilo um sucesso e disse, tenho de aprender a fazer isto! Então, comprei um computador e comecei a aprender sozinho! Mas, lá está, isto é uma questão de postura! Tem de se ter iniciativa própria, se ficamos sentadinhos à espera que caia do céu aos trambolhões, bem que pode esperar sentado que não vai cair nada! Portanto, temos de nos mexer, querer as coisas e fazer por isso! Eu, por exemplo, passei uns anos parado, salvo seja mas, quando fui para o Hospital São João, não era senhor doutor porque ainda fazia parte da faculdade e o director do serviço onde eu estava, durante esses anos, só queria estar rodeado de senhores e professores doutores! E, portanto, todos os outros, eram burros de carga, que trabalhavam mas não tinham direcção nenhuma nem lhes era conferida nenhuma responsabilidade ou cargo. Eu cheguei a ouvir de um colega a queixar-se numa reunião de serviço porque tinha de delegar alguma coisa porque tinha sete cargos diferentes e assim, não conseguia fazer fruto, enquanto que havia outros colegas que não tinham um único. Assim, não era a gestão de um serviço correcta mas, pronto, era a gestão que estava a ser feita e, durante anos foi assim! Isso não me deixou mesmo assim parado, fui destacado uma vez para ir para o ambulatório, fazia coisas porque sabia fazê-las bem e, com o tempo, comecei a pedir para ir para lá

mais vezes e fui desenvolvendo até coisas, acabei por publicar um trabalho, em que foi feito pela primeira vez sessenta e nove cirurgias laparoscópicas da vesícula, seguidas, sem complicações e, com isso, foi desenvolvendo a minha actividade e comecei a ficar o cirurgião que era mais vezes chamado para ir ao ambulatório e eu, não me importava! Os outros não queriam, problema deles. No fundo, ao fim de x anos, era eu que chamava, era eu que telefonava aos doentes todos, cheguei a ficar quatro horas para chamar seis ou oito doentes ao telefone mas, isso era o que queria, que queria que aquilo funcionasse e, portanto, fiquei a saber depois que o serviço de ambulatório teve um louvor porque os números subiram consideravelmente na cirurgia e foi porque, tenho a certeza, pela interacção que lá tive e, acabou de qualquer forma, dois anos mais tarde por me convidarem para ser director do serviço de cirurgia de ambulatório do CHSJoão. Portanto, como eu costumo dizer, o trabalho que uma pessoa faz, desde que seja com gosto e motivação que chegue e se acredite no que se está a fazer, satisfação, primeiro, custa menos e depois, tudo paga. É uma mais-valia para mim e para todos, pessoas do serviço, doentes... Agora, passar essa mensagem, muitas vezes, é complicado. As pessoas nem sempre querem saber ou tem uma postura correcta... Depois também temos o reverso da medalha, por exemplo, a chefia que eu tenho é uma chefia intermédia, no fundo, passo o termo, eu apanho de baixo e apanho de cima. Põe problemas e pode desmotivar porque nós temos ideias, sabemos o que queremos fazer, muitas vezes até somos nós que temos razão mas, as chefias não estão no local, estão a 16km de distância, o que faz uma diferença brutal, por muito que uma pessoa diga como se deve fazer, o porquê e, mesmo provando, muitas vezes não conseguimos levar a nossa água ao moinho e, depois com o tempo, começamos a... não digo a desmotivar mas, a cansar... Um pouco remar contra a maré...

Entrevistadora – Muito bem. Passando agora dos Constrangimentos de Ritmo para os de Tempo de Trabalho, temos três itens que se destacam. O primeiro é o ter de ultrapassar o horário normal de trabalho. Ultrapassa?

Médico – Ultrapasso de vez em quando. Eu, para mim, o CHSJoão tem uma coisa que eu considero ridícula que é um dedo que é um ponto digital. Serviu, para mim, para uma coisa: para verificar que estava a dar horas a mais ao hospital! Portanto, passei a tentar dar menos, curiosamente. Eu estava a dar a mais cerca de seis a sete horas, por semana, ao hospital! Então, cheguei à conclusão quando o relatório de horas me dizia que tinha x horas a mais e, depois, não posso recuperá-las! Eu não posso faltar, não posso tirar uma hora por dia, por isso era um disparate! De tal forma que mudei o meu horário de trinta e cinco horas para quarenta horas semanais! Já que já fazia horas voluntariamente, ao menos que as fizesse mas, me pagassem pelas mesmas! Mesmo assim, com quarenta horas, ainda ultrapasso de vez em quando mas, isso... Num cirurgião, nunca pode fazer moça. Eu como cirurgião sempre tive presente, como princípio e foi-me ensinado que, como tal, não posso deixar o doente aberto! Nem posso dizer “amanhã acabo!” Não, não pode ser e não cabe na cabeça de ninguém! Eu nunca pus entraves aos meus colegas, nem disse para trabalharem mais devagar só para cumprirem os horários, não, se acabarem mais cedo, por mim, podem ir embora, que aquilo de que eu preciso é que eles estejam e façam o trabalho correctamente e o melhor possível dentro do horário de trabalho. Se acabaram mais cedo, são melhores cirurgiões que este ou aquele, óptimo para eles, podem ir estudar, fazer o que eles quiserem, a mim não me limita. Também pode acontecer o contrário, que é um cirurgião poder ficar mais tempo e pode acontecer e não podem fazer drama disso! Recordo-me de uma enfermeira, que ainda chegou a vir connosco para Valongo mas, rapidamente mudou de serviço porque o problema dela era que tinha de ir buscar

os filhos! Eu até acho compreensível mas, ela, como enfermeira de um bloco operatório, não pode ter o ir buscar os filhos às cinco horas como algo impreterível! Ela pode tentar e, dentro dos possíveis, fazemos com que isso aconteça ou acontecesse mas, nem sempre é ou era possível e ela não entendia e ficava pior que uma barata! Ela tinha de compreender e, ela própria, acabou por se afastar, porque não era o serviço melhor para a ideia de vida que ela tem, porque um funcionário de um bloco operatório tem algumas premissas que tem de cumprir e, uma delas é por exemplo, ter de ultrapassar o seu horário de trabalho ocasionalmente e, temos de estar preparados para poder estar e, há pessoas que o fazem ou pensam assim... Há pessoas que pensam que se o horário é das oito às quatro, às quatro horas ou antes já estão a fechar tudo para ir embora! Portanto... Eu até compreendo essa forma mas, da mesma maneira que eles às vezes precisam de alguma coisa, ou porque tem uma situação pontual, ou um filho doente, eu sou o primeiro a compreendê-lo e a tentar resolver a situação, arranjando alguém para a substituir, por exemplo, e isso, arranja-se sempre! Há solidariedade para isso neste serviço. Agora, quando a pessoa nunca é solidária, aí...

Entrevistadora – Ok. Ainda dentro dos Constrangimentos de Tempo de Trabalho, sente que tem de saltar ou encurtar refeições?

Médico – Uiii, sim! Muitas vezes não como! Embora eu faça questão de almoçar. Quando digo que não como é a refeição a meio da manhã. Muitas vezes passo a manhã inteira sem comer ou sem beber, até porque me esqueço, confesso. Estou tão entretido e absorvido no trabalho, que é o que gosto de fazer que é uma coisa com que me sinto realizado, para mim, não me custa trabalhar, eu gosto de fazer o que faço. Estou tão embrenhado nas coisas que até me esqueço de ir tomar café ou assim, não é uma coisa que me faça mossa. Mas, temos tempo para isso. Mas, eu faço questão de dar, até dou mais do que aquilo que está previsto mas, faço questão de dar uma hora para almoçar a todos os meus funcionários e, faço questão que o façam e até podem sair para tal, mas, agora, não posso dar mais do que uma hora. Mas, eu próprio saio e vou comer. Como costume dizer, pôr os joelhos por baixo de uma mesa e comer, é importante essa hora. O segundo turno, quando não há troca de pessoas no turno, com essa hora, faz com que o segundo turno seja mais eficaz. Portanto, é importante fazer mas, de vez em quando pode acontecer encurtar ou saltar ou sair para almoçar mais tarde, isso pode acontecer. Mas, normalmente, só salto se eu quiser.

Entrevistadora – Seguindo, o ter de manter a disponibilidade permanente. Isso acontece?

Médico – Eu, como director de serviço, tenho mesmo disponibilidade permanente. E mesmo fora do meu horário oficial eu sou assediado com telefonemas, para resolver problemas ou tirar dúvidas...

Entrevistadora – Mas, já antes de ser director de serviço, isso acontecia-lhe?

Médico – Sim, acontecia. Muitas vezes. Eu, como cirurgião, quanto a mim, tenho de estar predisposto para os meus doentes. Eu operava um doente, fazia um estômago, sabia que durante três dias vou andar com alguma preocupação, para não dizer muita, porque sei que há muita coisa que pode correr mal nos primeiros cinco dias numa cirurgia major. As pessoas julgam que não mas, por muito bem que se faça, pode correr qualquer coisa mal mesmo estando tudo correcto. Portanto, eu sei que nesses dias, a qualquer hora, poderia ser incomodado e eu tenho de estar preparado para isso e aceitar isso como o normal. Quantas vezes eu fui operar à noite, fora de horas, fim-de-semana, até no meu dia de anos com jantar em casa com a família e, tive de sair para ir operar um doente ao hospital fora do meu horário de serviço. Mas, isso... Houve alguma complicação e era meu doente e era eu que devia operá-lo. Não é

obrigatório, que há sempre uma equipa e podemos delegar mas, o normal, para mim, é fazê-lo eu. E só me aconteceu delegar alguém uma vez em toda a minha carreira e só o fiz porque não estava no país e porque sabia que quem iria operar era o colega que esteve comigo a fazer cirurgia, ou seja, sabia perfeitamente o que tinha sido feito. Mas, a meu ver, a partir do momento em que assumimos um doente, temos de o fazer para o bem como para o mal.

Entrevistadora – Muito bem! Passando agora para os Constrangimentos Emocionais, nos dados destacaram-se os de Contacto com o Público... Peço desculpa, antes de avançarmos para esses, gostaria de falar consigo sobre as Relações de Trabalho, pois uma das coisas que se verificou, com o sentimento de entreatajuda que existe entre os colegas e, também o facto de haver muita Autonomia e Iniciativa por parte dos profissionais. O que pensa destes temas?

Médico – Ora bem, em relação à autonomia e iniciativa, não muito, porque as coisas estão todas ou quase todas previstas e, quando não o estão, telefonam-me. Ainda hoje, tive dois telefonemas da enfermeira que estava a fazer as consultas de enfermagem dos doentes que iam ser operados para me colocar questões por causa de alterações e coisas que não estavam protocoladas ainda e, ligou-me para fazer essas mesmas questões, o que é pertinente mas, teve de pensar e, apesar disso, teve de ligar ao director, porque é ele quem sabe o que fazer e qual é melhor solução. Elas sabem o que estão a fazer mas, quando têm dúvidas, devem perguntar ao superior, ou à enfermeira chefe ou ao director de serviço, que estão sempre disponíveis, porque na prática e em última análise, sou eu que mais sei ou que devo saber tudo o que se passa neste Serviço. Claro que, na realidade, não sei mas, até última análise, deveria ser assim. Claro que depois delego, tenho, aliás, um colega a quem deleguei a gestão da pequena cirurgia. Porquê? Porque era demasiado trabalho para mim e eu comecei a ficar de tal forma assoberbado e houve uma altura em que ficou complicado ser só eu a fazer a gestão das duas salas de bloco mais a sala da pequena cirurgia. Que, só a sala de pequena cirurgia, opera qualquer coisa como... mil de trezentos doentes por ano. Portanto é muita coisa e eu passei a delegar essa parte. Claro que faço na mesma o controlo, vou perguntando como é, se está ou não livre, de mês a mês vejo como estão as listas dos doentes mas, é o controlo que eu vejo que continua a ser efectivo. Até porque, também lhe disse o que podia e ia fazer, quais as regras e ele percebeu. Neste momento, está a cumprir aquilo que me foi pedido e, foi bem delegado, portanto. Ele sabe também que, se precisar de alguma coisa, pode falar comigo. De vez em quando também lhe chamo à atenção de uma ou outra coisa mas, porque faz parte. No global ele tem desempenhado muito bem as suas funções.

Entrevistadora – Ok. Muito bem. Passando então realmente para a parte das Exigências Emocionais de Contacto com o Público. O primeiro e um dos que mais se destacou foi o “Existe contanto directo com o público”. Isto, obviamente que é o normal e o esperado, não é verdade?

Médico – Uiii e de que maneira! Todos os dias e a toda à hora!

Entrevistadora – Pois, este item destaca-se realmente para confirmar que obviamente, no contexto hospitalar, existe este contacto com o público, como não se esperava outra coisa... No entanto, os restantes dados destas tabelas, tem alguns números que me deixaram um pouco alarmada. Mas, passando ao próximo item, o ter de suportar exigências, queixas ou reclamações do público. Isto acontece-lhe?

Médico – Sim, com alguma regularidade. Tanto pessoalmente como por escrito. Devo ter uma reclamação por mês por escrito. Algumas sem nexos e justificação nenhuma! As pessoas estão nervosas, perdem as estribeiras com demasiada facilidade e algumas não têm mesmo razão! Muitas vezes, dizem que como pagam os impostos têm todos

os direitos mas, as pessoas antes de terem direitos têm deveres e muitas vezes elas não fazem os deveres. O maior problema que eu tenho de momento no serviço são os doentes que são contactados, dizem que querem ser operados, fazem os exames, fazem a consulta e depois, têm a consulta de enfermagem, no dia antes são contactados pela enfermeira para saber se está tudo bem e darem todas as indicações e não dizem nada e no dia falham! Não dão respostas a ninguém e não vêm à cirurgia! Fica um doente sem ser operado porque outros não querem e dizem que vêm e depois, não temos como chamar outros no dia! Alguns dizem no dia antes que não querem e isto acontece todos os dias, o que causa um stress brutal! É talvez o maior problema que eu aqui tenho e que não consigo resolver porque é um problema de educação cívica, é um problema do nosso país.

Entrevistadora – Mas focou mais as queixas e reclamações em casos escritos mas, quando são de contacto directo e presencial, que género de queixas têm? Tempo de espera, por exemplo? Ou, não se poder realizar determinada cirurgia num dia?

Médico – Sim, por exemplo, também já aconteceu! Mas, o que temos mais se calhar até e, já tentamos melhorar e temos vindo sempre a melhorar mas, continua a haver... Por exemplo, nós chamamos o primeiro doente para ser operado mas, nós chamamos logo dois, porque, para o caso de um não poder ser operado, assim, já está o outro. Ou seja, no primeiro tempo operatório chamamos dois doentes, o que implica que o segundo doente vá ficar uma ou uma hora e meia à espera. Todos os outros, por aí fora, vão ter pelo menos uma hora de espera que, é razoável, porque o doente tem de entrar, tem de se despir, de se preparar... E eles são mandados vir de hora a hora a partir daí. Mas, pode acontecer alguma complicação e uma cirurgia em vez de demorar trinta minutos durou duas horas. Isso vai-nos atrasar uma hora e meia todos os doentes. Nós tentamos contactar os doentes seguintes, principalmente a parte da tarde quando há uma discrepância superior a duas horas mas, nem sempre conseguimos e isso já criou complicações. A mais engraçada de todas foi um doente que se queixou, porque era para ser operado na parte da manhã e, não foi operado de manhã devido a complicações inesperadas e teve de ser operado de tarde e, estava muito indignado porque tinha vindo de manhã e porque é que tinha vindo, que ainda por cima não lhe tinham dado de almoçar nem nada! Ora, ele para ser operado tem de estar em jejum! Não podemos exigir muito mais, realmente, porque as pessoas... A média do nosso povo ainda é muito baixa do ponto de vista de estudos e também de compreensão, portanto, essa foi uma das mais engraçadas que eu tive! Obviamente que ele não podia almoçar porque se não, não era operado! Mas, na cabeça dele, aquilo não fazia sentido e escrever isso na reclamação... Nem teve resposta! Isto é, todas as reclamações têm resposta mas, não é dada ao doente. É dada à entidade dentro do hospital que controla as respostas às reclamações. Essas pessoas é que depois avaliam o que se passou. E também já tive reclamações e queixas dos funcionários, dos doentes sobre os funcionários... E aí, tenho de ver e ouvir os dois lados, outras pessoas que tiveram também presentes para ouvir as várias e diferentes versões para depois ver... Porque a verdade não é uma só! A verdade de um lado pode parecer um quadrado e a noventa graus já é um círculo, portanto, a verdade muda conforme a visão e a versão! Por isso, quando estou a julgar alguma coisa, tenho de perceber o que realmente se passou, a realidade e, então depois, resolver. Mas, é preciso ter bom senso...

Entrevistadora – Muito bem. Isto vai um bocado ao encontro, a meu ver, com o item que estivemos a analisar agora, o ter de lidar com situações de tensão, acontece também, portanto, tendo em conta o que falávamos?

Médico – Sim! Tanto com o público como com os profissionais do serviço... Mas, até já tive de chamar a polícia...

Entrevistadora – A sério? Mas isso se calhar estará mais relacionado com os itens seguintes, relativos a estarem sujeitos ao risco de agressão verbal e física que, como podemos observar nesta tabela, tem valores realmente acentuados!

Médico – Sim, sim... As pessoas não têm noções e pensam que estão a falar para aí com o vizinho... Por exemplo, já tive uma situação que foi uma das mais delicadas, apesar de a ter resolvido com toda a calma, até porque me chamaram porque não conseguiam resolver a situação! Até porque chega lá o chefe e, normalmente, as coisas acalmam pela própria posição do chefe. Mas, foi uma situação de um doente que tinha vindo para ser operado e não se pode realizar a cirurgia nem administrar-lhe a cirurgia porque o doente, antes de vir, se tinha lembrado de fumar umas ganzas. Tinha estado a fazer noite ainda por cima e para além disso estava completamente ganzado! “Oh meu, não vou ser operado? Numa boa...”! Portanto, dissemos ao senhor que não ia ser operado e o porquê e chamamos então a companheira e também estava a mãe mas, comunicamos-lhes que o doente não podia ser operado e o porquê, até porque ele corria o risco de ter alguma paragem da pressão respiratória era grande e, portanto, não podia ser operado! E ele não ia ser operado a uma hérnia e correr o risco de morrer! Não faz sentido nenhum! Agora, por inconsciência dele! Muito bem que ninguém lhe disse que não se devia drogar antes de fazer a cirurgia mas, também, isso é uma questão de bom senso! Resultado, quando a enfermeira foi dizer isso à companheira, esta desata numa gritaria brutal, com verbalização e vocabulário do mais baixo que há, a bater na porta de entrada do bloco, com toda a força, aos pontapés... E eu estava dentro do bloco e ouvi aquele barulho todo e vem a enfermeira ter comigo a relatar a situação, a dizer que a senhora só berrava e a insultava e então, pediu para lá ir. Cheguei lá e só perguntei “o que se passa?” e a senhora continuava aos berros e dizia que era um disparate a situação, que era sempre a mesma coisa, que ele tinha vindo de manhã e que agora já não ia ser operado... E eu só lhe disse, o seu companheiro não pode ser operado por isto, isto e isto e pronto. Com licença, bom dia e fechei a porta. A mulher desata aos pontapés à porta, brutalmente, a mandar vir e eu, voltei para trás, abri a porta e só perguntei “a senhora, o que é que não entendeu?”, desata aos berros novamente. Falei então para o funcionário da recepção do serviço e só disse “chama-me a polícia, se faz favor” e ela fugiu! Abandonou o serviço, até porque tenho quase a certeza que se ela fosse presa, tinha droga com ela! Portanto, como se vê, é muito fácil resolver as situações, é preciso é ter muita calma, sem falar alto e a falar em condições, até porque há técnicas que estão comprovadas para lidarmos com estas situações... Se as pessoas nos falarem alto e mal, se mantivermos uma postura calma, falarmos baixo e sejamos directo, as pessoas acabam por ou cair em si, ou estranham ou ficam desorientadas e, aí, cria-se oportunidade para resolver situação!

Entrevistadora – Muito bem! Tem tudo muito bem pensado!

Médico – Dentro dos possíveis! É muito difícil nós controlarmo-nos também de vez em quando, até porque há casos em que a minha vontade era dar dois murros e acabar por ali mas, eu como profissional e director de serviço, não o posso nem quero fazer também... Portanto, temos de manter a calma. E só me recordo de uma vez ter perdido as estribeiras, em que pus o doente na rua! O mesmo teve falta de educação... Insultou-me verbalmente, sem razão nenhuma, a falar alto e eu só lhe disse, “ponha-se na rua! Escreva, faça o que quiser, agora, ponha-se na rua! Não estou aqui para más educações!”. E saiu e nem fez queixa...

Entrevistadora – Ok! Então aquilo de que falamos até então é relativo ao risco de agressões verbais. E em relação às agressões físicas? Já passou por alguma?

Médico – Já! Uma vez, no Santo António, tive uma situação com um doente cigano! Não foi por ser cigano, atenção mas, era de facto um cigano quando isso aconteceu. Mas, caso pior ainda que o meu foi o do meu director, que me acompanhou... Mas, foi um doente que chegou então às urgências do Santo António, depois de uma rixa, tinha cortes na cara e não só, tudo superficial e, quando eu e o meu colega fomos chamados para ver o doente, fomos até ao local onde ele se encontrava (no Santo António, havia umas cortinas que separavam cada doente) e, ao abrirmos a cortina, apanhamos! Eu ainda recuei e levei com o pontapé na barriga e o meu colega apanhou com um murro que fez com que lhe saltasse um dente! Não foi o paciente que nos bateu mas, sim, os amigos que o tinham ido buscar! Entraram pelo serviço dentro, de pistola, estava uma mulher polícia guarda que foi projectada contra a parede... Não percebo realmente então o que é que ele foi lá fazer se não era o suposto e se os amigos o foram lá buscar! Mas, pronto... Até o carro da policia, depois disto tudo, acabou por fazer marcha-lhas na rampa das urgências do hospital para os deixar passar e irem embora!

Entrevistadora – Meu Deus!!! Assim?! Que situação!!! Há cada uma...

E fora essa situação que relatou agora, teve mais alguma? Aqui neste serviço específico, nunca vivenciou nada idêntico?

Médico – Aqui, nunca tive agressões físicas! Nem tenho conhecimento de situações com enfermeiros que cá trabalham... Agora, temos acordares de doentes que são extremamente agressivos, mas, aí temos de ter a noção de que o doente não está consciente, foi sujeito a drogas anestésicas e, por isso, podem ter reacções diferentes e isso, é próprio da nossa profissão, pode acontecer e temos de estar prontos para quando isso acontecer, para o segurar, ajudar até ele estar perfeitamente ciente do que estão a fazer! Porque, por norma, os doentes estão a fazer isso sem sequer se aperceberem porque ainda não estão realmente conscientes... Portanto, pode acontecer...

A agressão verbal, é muito mais frequente porque é mesmo muita gente que o faz e as pessoas se as coisas não correm como elas querem, reclamam! Agora, as agressões, sejam elas quais forem, não podem existir e, infelizmente, existem e, as pessoas estão cada vez mais intolerantes! E isso também está relacionado com as complicações do país, até a nível económico e, com isso, tem-se vindo a reflectir cada vez mais, com maior agressividade das pessoas, maior intolerância, menos compreensão e a má educação é fruto de pai e mãe a trabalhar não conseguem educar um filho e isso está-se a reflectir agora no que aconteceu depois do vinte e cinco de Abril e as pessoas acham que a escola é que tem de dar a educação mas, não! A escola dá formação e a educação dá-se em casa! O que as pessoas fazem é reflexo do que as pessoas fazem em casa e não na escola. Porque, as crianças, naturalmente, vão repetir aquilo que vêem em casa os pais fazer. A actuação das crianças vai ser igual dos pais e, com isso, verifica-se a deterioração que se tem vindo a realizar na célula social família e que se reflecte agora nas gerações pós vinte e cinco de Abril, com má educação e sem noções... do que é correcto e não é!

Entrevistadora – Ok. Agora, só para terminar, relativamente a este tema, temos então o último item que teve uma percentagem muito elevada que é o relativo a vocês terem de responder às dificuldades e sofrimento das pessoas/dos doentes. Acha que sim? Acontece-lhe isto?

Médico – Sim.! Há dois tipos de dificuldades e sofrimentos. Os próprios da cirurgia e do acto cirúrgico ou da doença e, temos os da sociedade. Nós neste momento estamos a ter de lidar com duas realidades! A primeira do próprio acto cirúrgico ou da doença,

nós essas sabemos lidar. Se o doente tem mais dor ou menos dor... Nós temos meios de lidar com isso, para tirar a dor, para a estabilizar ou para prepará-lo melhor para ele aguentar aquilo... Educá-lo para ele lidar melhor e tolerar melhor a dor... Para isso existem técnicas e nós sabemos! Agora, não consigo tratar o sofrimento que as pessoas têm neste momento em Portugal, que é real, dificuldades brutais até para comer! Tive dois doentes já que perderam o trabalho porque foram operados! Eu não posso tolerar isso num país como o meu! Porquê? Porque chegaram ao trabalho e já tinham outra pessoa a fazê-lo; o patrão quis lá saber e depois do doentes nem os podem pôr em tribunal! Porque, como nós sabemos, são precisos pelo menos três mil euros para fazer um processo em tribunal e, uma pessoa que ganha seiscentos euros por mês, quantas pessoas acha que vamos ter para por um processo em tribunal contra o patrão, para ser resolvido, como já me aconteceu a mim, só dez anos depois? Mas, que se ponha pelo menos três anos, quem é que aguenta estar a pagar isso? E com isso, acontece que um patrão vai ficar impune e que vai continuar a fazer o mesmo! Neste momento, há um medo de perder o emprego, os doentes têm medo de ser operados porque têm medo de perder o emprego, só querem ser operados quando estão de férias e, isso, é reflexo daquilo a que nós chegamos do ponto de vista social da sociedade que temos por causa dos problemas económicos que o país atravessa! E isso tem-se reflectido cada vez mais e, nós, não temos maneira de resolver isso! Temos doentes que não vem ao hospital de Valongo porque não têm dinheiro para pagar o transporte, temos doentes que não tomam a medicação porque não têm dinheiro para a comprar, temos doentes que não comem porque têm de dar de comer aos filhos!! Isto é dramático!! Eu continuo a não ver, infelizmente, grandes progressos para que isto deixe de acontecer e aí, nós, não temos nem conseguimos resolver...

Entrevistadora – Ok! Interessante a sua resposta porque me deu uma perspectiva diferente deste item... Focou uma parte do sofrimento que, praticamente ninguém tinha referido desta forma nas entrevistas... Referiram-se mais de sofrimento em doentes que iriam ao hospital tirar cateteres, por exemplo...

Médico – Sim, mas essa visão dos doentes que vão ao hospital para tirar os cateteres é a visão mais própria da nossa profissão, porque com essa sabemos ou deveríamos saber lidar... E claro que há pessoas mais sensíveis que outras mas, um cirurgião acaba por desenvolver mecanismos e técnicas para saber lidar com isso. Se eu fosse a lidar e a ficar com as tristezas todas dos doentes que operei, eu já me tinha suicidado! Já tive doentes terminais que lidei até ao fim e, alguns, ensinaram-me... a encarar a morte de outra maneira, a apreciar mais a vida, a dar valor a determinadas coisas... e eu penso que devemos ter uma atitude positiva...

Entrevistadora – Alguns profissionais, neste item, relatavam que ainda se queixam dos problemas que tenho e, olham para a realidade de muitos doentes e realmente, não me posso mesmo queixar...

Médico – Exactamente! Está a ver? Nós devemos ter uma atitude positiva e, tendo essa atitude positiva, naturalmente, vamos tentar ajudar os outros que estão em menos condições... E, de alguma forma, essa atitude positiva vai-se reflectir na pessoa que está a pedir ajuda e ela vai sentir-se mais confortável. Essa é a minha atitude...

Entrevistadora – Muito bem! Da análise das tabelas que trouxe, terminam aqui. No entanto, gostaria ainda de lhe fazer mais uma ou outra questão sobre outra temática, como, por exemplo... As características do Trabalho, foi-me dito maioritariamente que, neste hospital, estão perante um trabalho variado, complexo e imprevisível. Concorda com isto?

Médico – Sim, sim. Apesar de todos os exames que se podem fazer antes de uma cirurgia, podemos sempre deparar-nos com surpresas numa cirurgia!

Entrevistadora – Sim, lá está... Mas, para além disto, ainda dentro das Características de Trabalho, ainda me foi possível analisar pelos dados significativos que as pessoas acham que é um trabalho que acaba por não permite ter um nível de vida satisfatório ao nível da remuneração; queixam-se ainda que não há perspectiva de evolução na carreira; e, ainda, que é um trabalho que não conseguirão realizar quando tiverem 60/65 anos...

Médico – Ao nível de satisfação ao nível remuneratório, até eu sinto... Agora, quanto a evolução na carreira, a dos enfermeiros, por exemplo, é muito curta; as dos médicos também são curtas e são piramidais, verdadeiramente piramidais, pois há muito poucos directores de serviço num hospital... No CHSJoão, há 14 serviços de Cirurgia, que tem num total 47 cirurgiões e, só há um director de serviço! E depois, se virmos bem a dimensão, isto reflecte-se na medicina! Agora, as oportunidades advém também da atitude positiva que devemos ter. As oportunidades nós criamo-las e temos de fazer por isso! Se ficarmos à espera sentados, elas não vão aparecer! Temos de ser nós a fazer por isso... E mesmo fazendo por isso, também nem sempre conseguimos! E aí, desenvolvi outros mecanismos e nunca tenho só um projecto, por exemplo, tenho sempre pelo menos dois para, o caso de um falhar, ter outro em que me possa agarrar e, portanto, com esse sistema, nunca entro em depressão! Estou sempre ocupado, estou sempre motivado... Mas, isto é uma maneira de ver as coisas e, a meu ver, a que deveria ser lógica, funcional ou normal... Mas, infelizmente, nem todas as pessoas são assim ou têm ideias... Há personalidades que, mal se deparam com uma alteração é logo tudo mau e vai correr tudo mal! E quando há novidade, lidam mal com ela... O que é novo, põe sempre reservas e, só depois de dominarem é que são capazes de dizer “ah, afinal é melhor”! E tive a prova disso ainda há pouco tempo... Implementei uma coisa nova no serviço, toda a gente dizia “ai não...” e, ao fim de quinze dias, afinal já era “bestial e porreiro”! Tive imensos telefonemas de colegas meus que não me insultaram mas, ligavam a queixarem-se e que era uma confusão e eu só dizia que era tudo mais simples, explicava e, afinal... Foi possível e aderiram porque era realmente o melhor!

Quanto à remuneração, mais uma vez, é manifestamente baixa; nós só somos comparados com os romenos na Europa, até os gregos ganham mais do que nós! Quanto à questão de não me ver a realizar o meu trabalho com 60/65 anos, também me revejo nisso... Eu posso-me reformar com 66 anos e poucos meses mas, eu próprio não me revejo por um lado nisso porque, eu próprio estou a pensar parar antes...

Entrevistadora – Mas fazendo uma reforma antecipada?

Médico – Não, não, eu vou pedir exoneração da função pública!

Entrevistadora – No seu caso, compreendo, até porque tem outro projecto de sucesso e na área da medicina para poder dar continuidade mas, e aqueles que não têm, que só têm mesmo a actividade que exercem no hospital, o que vão fazer?

Médico – Vão fazer outra coisa qualquer... Têm de criar outras soluções!

Entrevistadora – Mas nem todos são como o Dr. Rui, o que poderá ser um bocado complicado...

Médico – E claro que é! Mas, veja o meu caso... Eu penso que aos 65 anos deveria deixar de ser cirurgião! Porque a probabilidade de começar a fazer erros começa a ser muito grande e, por tanto, é um risco... Apesar que a experiência que temos e ganhamos também tem valor e, vamos fazer coisas melhor mas, do ponto de vista físico, vou ter desgaste! Eu, naturalmente, fui fazendo esse desmame ao longo da minha carreira... Nos últimos quatro anos e meio, passei a dirigir um serviço de cirurgia de ambulatório e, o que é que faz este serviço? Faz cirurgias muito bem feitas mas, são cirurgias que, por norma, não passam as duas horas! Por motivos físicos

também comecei, no fundo a reduzir a minha actividade. Porquê? Porque comecei a ver que no ponto de vista físico estava a ter dificuldades sérias e que implicavam a minha qualidade de vida. Então pensei no que podia fazer e como podia dar a volta a isto e, graças a deus as coisas correram bem e apostei muito na cirurgia de ambulatório que acabou por “pagar”, vá, por assim dizer... Deu-me a possibilidade de eu poder desenvolver uma técnica e criar uma prótese... E isso é o que, com todo o devido respeito, uma pessoa inteligente pode fazer! Uso a cabeça para pensar bem e penso muito no futuro! Não acerto sempre em tudo mas, vamos tendo muitas coisas e vamos adaptando e planeando o futuro, porque isso, a meu ver, é fundamental! Uma coisa é que essencialmente temos de viver o presente, tudo bem, que esse é real mas, o futuro nós não sabemos mas, temos de pensar nele... Portanto, eu penso que vou sair antes da minha reforma porque pensei nisso! Aliás, comecei a pensar nisso quando ainda era interno do segundo ano de especialidade de cirurgia geral, quando li um artigo num livro em mil novecentos e oitenta e quatro, que dizia “When should a surgeons retire?”, que era um artigo que tinha para aí 12 páginas e, levantou essa questão para mim, até porque o artigo estava muito bem escrito, levantou a questão e expunha as coisas e deixou-me a pensar muito seriamente sobre aquilo que ia ser a minha vida... E era um artigo que não sei se muita gente leu mas, espero que tenha lido, porque estava muito bem feito mas, estava no meio de artigos sobre como operar um estômago e assim, são livros que saem de seis em seis meses, com vários e diferentes capítulos de temas relacionados com a cirurgia...

Entrevistadora – Muito bem! Muito obrigada pela sua participação e disponibilidade para esta longa conversa que me deu, realmente, informações e conhecimentos muito importantes dentro desta área e que vai ser, sem dúvida, um grande contributo para a análise qualitativa da minha tese!

Médico – Ainda bem! Obrigada eu e qualquer coisa, já sabe!”

Anexo H – Pedido de Autorização para utilização do INSAT



PEDIDO DE UTILIZAÇÃO DO INSAT



CENTRO
DE PSICOLOGIA
DA UNIVERSIDADE
DO PORTO



UNIVERSIDADE
FERNANDO PESSOA
WWW.UFP.PT



PEDIDO DE UTILIZAÇÃO DO INSAT *

Carla Barros; Liliana Cunha; Marianne Lacomblez

1. Versão do instrumento

INSAT_2013

2. Identificação do Projeto

Estudo exploratório da relação entre as condições de trabalho e a taxa de absentismo dos profissionais do Centro Hospitalar São João – Pólo de Valongo.

3. Duração do projeto e data prevista de conclusão

Duração do Projeto: +/- 8/9 (meses)

Data prevista de conclusão: ___ /Junho/2016 (DD/MM/AAAA)

4. Identificação do(a) Investigador(a) Responsável pelo Projeto

Nome: Inês Lopes Serrão Soares da Costa

Nome da instituição: Universidade Fernando Pessoa (UFP) - Porto

Morada:

Rua Júlio Brandão, nº 91
4150-444, Porto

Telefone: 913607157

E-mail: 21810@ufp.edu.pt

5. Identificação do(s) investigador(es) que irá(ão) recorrer ao uso do INSAT

Nome: Inês Lopes Serrão Soares da Costa

E-mail: 21810@ufp.edu.pt

Nome:

E-mail:

Nome:

E-mail:

6. Objetivos do Projeto

Analisar a relação entre as condições de trabalho e a taxa de absentismo dos profissionais do Centro Hospitalar São João – Pólo de Valongo.

7. Condições de utilização do INSAT

7.1. Contexto(s) de aplicação (sector de atividade; sector público/privado; área geográfica ...)

Todos os profissionais do Centro Hospitalar São João – Pólo de Valongo;
Unidades deste Pólo: Unidade de Cirurgia de Ambulatório; Serviço de Medicina Física e Reabilitação;
e, Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental.

Sector Público; Diferentes classes profissionais (ou seja, médicos, enfermeiros, assistentes técnicos e assistentes operacionais).

7.2. Autorizações requeridas para a utilização do INSAT neste contexto de aplicação (tipo de autorização; acordo assumido; ...)

Pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar São João do Porto e pelo Serviço de Saúde Ocupacional do mesmo é-me solicitado o anexo nos documentos a entregar do instrumento a administrar.
Juntamente com o mesmo, pretendo entregar uma cópia do presente documento, após confirmação da autorização para o utilizar, por forma a formalizar todo o processo e garantir que são cumpridos todos os aspectos burocráticos.

7.3. Objetivos intrínsecos à utilização do INSAT

Fazer uma análise ampla das condições de trabalho dos profissionais a integrarem o estudo, fazendo uma recolha rica de dados, tendo em conta que o INSAT aborda várias questões pertinentes para esta temática.

Analisar também se existe relação entre as condições de trabalho e as baixas dos profissionais.

7.4. Processo de amostragem (critérios de amostragem definidos face aos objetivos da investigação)

Serão considerados todos os profissionais dos diferentes Serviços do Centro Hospitalar São João – Pólo de Valongo.

7.5. Características da amostra (tamanho, distribuição dos participantes em função do sexo, grupo etário, atividade profissional, ...)

A amostra ainda está em fase de análise; no entanto, serão considerados todos os indivíduos que voluntariamente queiram participar, de ambos os sexos e das diferentes classes profissionais (Médicos, Enfermeiros, Assistentes técnicos e Assistentes operacionais), do Centro Hospitalar São João – Pólo de Valongo.

7.6. Modo de utilização do INSAT (utilização em contexto individual/pequeno grupo; com a presença do investigador; ...)

Inicialmente, colocou-se a hipótese de entregar os questionários em mão e colocar uma urna nos Serviços da UAG de Cirurgia para que os trabalhadores, após preenchimento, lá os colocassem;

No entanto, após análise da situação com os respectivos Directores de Serviço das Unidades do Centro Hospitalar São João – Pólo de Valongo, pretende-se administrar o instrumento formando pequenos grupos nos Serviços a analisar, uma vez que serão profissionais de diferentes classes profissionais e poderão ter alguma questão e, assim, poderei logo dar resposta, por forma a obter os dados nas melhores condições possíveis, sem nunca deixar de ter em conta a confidencialidade e o anonimato dos mesmos. Contudo e apesar de já ter delineado tudo com os Directores de Serviço do Pólo de Valongo, aguardo a validação do estudo por parte da Comissão de Ética do CHSJoão do Porto.

7.7. Modo previsto para informar os participantes do projeto em curso e estes assinarem a Declaração de consentimento informado (reunião prévia com o grupo dos participantes; individualmente antes do preenchimento do INSAT; ...)

Numa primeira fase, realizei reuniões com os Directores de Serviço das três Unidades presentes no Centro Hospitalar São João – Pólo de Valongo, com o intuito de estes darem autorização para a realização da investigação e, para planificar o procedimento a adoptar.

Posteriormente, irei dar o devido conhecimento aos participantes do estudo e de todas as etapas, para, posteriormente, administrar então o instrumento em questão.

7.8. Outros métodos e instrumentos de análise utilizados (observações em contexto real; entrevistas; ...)

Espera-se que seja possível para além da recolha de dados, a realização de entrevistas individuais e/ou colectivas com os participantes e, ainda, a permanência em cada um dos Serviços durante um período de tempo, por forma a analisar o real contexto de trabalhos de todos estes profissionais.

A observação de uma Operação, também é algo já falado com um dos Directores de Serviço, por forma a analisar o real contexto das condições de trabalho dos profissionais, nessa situação.

7.9. Modo de restituição dos resultados aos participantes (envio de relatório; apresentação oral dos resultados; ...)

Após conclusão do estudo e da análise e discussão dos dados obtidos, irei realizar a defesa da minha Tese na Universidade Fernando Pessoa.

Para além da defesa, faço intenções de enviar às autoras o estudo realizado para que tomem conhecimento;

Procuro também deixar um contributo ao Centro Hospitalar São João;

Por fim, espero ainda submeter o mesmo a possíveis congressos e/ou revistas que abordem estas temáticas.

Data do pedido: Porto, 5 de Outubro de 2015

Assinatura do/a Investigador/a Responsável: _____

*** Enviar o pedido para:**

Professora Doutora Carla Barros
Centro de Psicologia da Universidade do Porto
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa (UFP)
cbarros@ufp.edu.pt

Professora Doutora Liliana Cunha
Centro de Psicologia da Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP)
lcunha@fpce.up.pt

Professora Doutora Marianne Lacomblez
Centro de Psicologia da Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP)
lacomb@fpce.up.pt

Esta Dissertação não foi escrita ao abrigo do novo acordo ortográfico.