

# **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

## **MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE**

Curso ministrado em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa  
(DR - II Série, nº. 250 de 29 de Outubro de 2002)

Área de especialização em  
Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

### **AS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS TÉCNICOS DE RADIOLOGIA NO CONTEXTO DA SEGURANÇA, HIGIENE E SAÚDE NO TRABALHO:**

**O caso dos Hospitais e Centros de Saúde dos Distritos de Santarém e Leiria**

Dissertação de Mestrado apresentada por:

**Paula Cristina Matos Moreira Maia Pereira**

Orientador(a):

Professor Doutor Carlos Alberto da Silva

[Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri]

Évora

Dezembro 2005

# UNIVERSIDADE DE ÉVORA

## MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Curso ministrado em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

(DR - II Série, nº. 250 de 29 de Outubro de 2002)

Área de especialização em  
Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

### AS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS TÉCNICOS DE RADIOLOGIA NO CONTEXTO DA SEGURANÇA, HIGIENE E SAÚDE NO TRABALHO:

O caso dos Hospitais e Centros de Saúde dos Distritos de Santarém e Leiria

Dissertação de Mestrado apresentada por:

**Paula Cristina Matos Moreira Maia Pereira**



157602

Orientador(a):

Professor Doutor Carlos Alberto da Silva

[Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri]

Évora

Dezembro 2005



**AS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS TÉCNICOS DE RADIOLOGIA NO  
CONTEXTO DA SEGURANÇA, HIGIENE E SAÚDE NO TRABALHO:  
O caso dos Hospitais e Centros de Saúde dos Distritos de Santarém e Leiria**

**ERRATA**

- Página 15 na linha 15 onde se lê “Toc120791965” deve-se ignorar.
- Página 15 na linha 45 onde se lê “272” deve-se ignorar.
- Página 22 na linha 9 onde se lê “existem” deve-se ler “existe”.
- Página 38 na linha 5 onde se lê “determinadas” deve-se ler “determinados”.
- Página 41 na linha 20 onde se lê “Em” deve-se ler “em”.
- Página 50 na linha 23 onde se lê “comunicação, informar” deve-se ler “comunicação: informar”.
- Página 52 na linha 1 onde se lê “hospitalar público” deve-se ler “público administrativo”.
- Página 113 na linha 19 onde se lê “continua” deve-se ignorar.
- Página 119 na linha 15 onde se lê “caracteres” deve-se ler “catecteres”.
- Página 120 na linha 2 onde se lê “mascara” deve-se ler “máscara”.
- Página 126 na linha 1 onde se lê “doença” deve-se ler “doenças”.
- Página 137 na linha 11 onde se lê “(trabalho) Em” deve-se ler “(trabalho). Em”.
- Página 142 na linha 6 onde se lê “autorização, de” deve-se ler “autorização e”.
- Página 142 na linha 27 onde se lê “direcção” deve-se ler “decisão”.
- Página 179 na linha 25 onde se lê “às mudanças” deve-se ler “as mudanças”.
- Página 190 na linha 19 onde se lê “substancias” deve-se ler “substâncias”.
- Página 192 na linha 8 onde se lê “supportive” deve-se ler “sportive”.
- Página 198 na linha 13 onde se lê “a identificação dos factores que caracterizam as condições de trabalho dos técnicos de radiologia nos hospitais e centros de saúde, em relação à dinâmica dos serviços de SH&ST” deve-se ler “caracterizar as condições de trabalho dos técnicos de radiologia nos hospitais e centros de saúde na perspectiva da SH&ST”.
- Página 198 na linha 29 onde se lê “mudança organizacional” deve-se ler “SH&ST”.
- Página 199 na linha 6 onde se lê “mudança organizacional” deve-se ler “SH&ST”.
- Página 199 na linha 19 onde se lê “um grupo e descobrir a existência de associações de variáveis modo a obter” deve-se ler “de um grupo e descobrir a existência de associações entre variáveis de modo a obter”.
- Página 200 na linha 27 onde se lê “relacionada” deve-se ler “relacionado”.
- Página 200 na linha 29 onde se lê “relacionadas” deve-se ler “relacionados”.
- Página 201 na linha 11 onde se lê “relacionada” deve-se ler “relacionado”.
- Página 204 na linha 10 onde se lê “Legenda: I- Mudança Organizacional;; II-SH&ST; III-PST 4- Condições de Trabalho” deve-se ler “Legenda: I - Mudança Organizacional; II - SH&ST; III - PST e IV - Condições de Trabalho”.
- Página 205 na linha 26 onde se lê “mobilidade” deve-se ler “rotatividade”.
- Página 206 na linha 26 onde se lê “género” deve-se ler “sexo”.
- Página 220 na linha 1 onde se lê “qual percepção” deve-se ler “qual a percepção”.
- Página 229 na linha 29 onde se lê “no serviço” deve-se ler “nos H/CS”.
- Página 230 na linha 29 onde se lê “sector hospitalar público” deve-se ler “sector público administrativo”.
- Página 257 na tabela 60 onde se lê “,029” deve-se ler “,028”
- Página 260 na linha 14 onde se lê “4,836” deve-se ler “4,970”
- Página 260 na linha 16 onde se lê “p=0,028” deve-se ler “p=0,026”
- Página 260 na linha 24 onde se lê “SH&ST e posso” deve-se ler “SH&ST e o Apoio a actividades recreativas e culturais/festas, posso”
- Página 267 na linha 12 onde se lê “1 grau” deve-se ler “2 graus”
- Página 267 nas linhas 13 e 14 onde se lê “3,84” deve-se ler “5,99”
- Página 267 na linha 25 onde se lê “Phi” deve-se ler “V-Cramer”
- Página 281 na linha 25 onde se lê “especia,l” deve-se ler “especial”
- Página 283 na linha 18 onde se lê “o TC” deve-se ler “os TC”
- Página 317 na linha 1 onde se lê “modelo que” deve-se ler “modelo (*modelo geral de análise*) que”
- Página 319 na linha 5 onde se lê “elaborar de manuais” deve-se ler “elaborar manuais”

*“No futuro o sucesso das organizações  
dependerá da existência de trabalhadores  
bem qualificados, motivados e saudáveis.  
Promover a Saúde no Local de Trabalho:  
um investimento para o futuro”*

(Declaração de Luxemburgo)

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço inicialmente à Universidade de Évora e Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa que me proporcionaram a oportunidade de crescimento intelectual.

Agradeço ao meu orientador Doutor Carlos Alberto da Silva pela competência, confiança, incentivo para realizar este trabalho e sobretudo pelo incondicional apoio nos momentos de dificuldades, conquistando a minha admiração e estima.

Ao professor Manuel Correia e ao professor Florentino Serranheira agradeço a confiança, a oportunidade de convivência e aprendizagem durante a realização deste trabalho.

Em especial agradeço ao Conselho de Administração, à Directora de Serviço e ao Técnico Coordenador da Unidade de Tomar do Centro Hospitalar Médio Tejo, SA por terem permitido que eu frequentasse o Mestrado.

Agradeço aos Administradores dos Hospitais e Directores das Sub-regiões de Saúde dos Distritos de Leiria e Santarém pelo fornecimento de dados utilizados neste estudo, bem como a autorização para entrevistar os Técnicos de Radiologia.

Agradeço aos meus colegas do serviço de radiologia que muito me apoiaram até à conclusão desta dissertação: Clara Teixeira, Albertino Guedes, João Cardoso, Luís Rosa, Luísa Vilhais, Rosa Antunes, Julieta Sousa, Eduarda Monteiro, Ana Paula Silva, Rui Lopes.

Agradeço aos amigos: Anabela Carvalho, António Patinha, Teresa Madaleno, que me transmitiram conceitos de integridade, humanidade e “uma certa forma de estar” que poucos possuem, e a todos os demais companheiros dos fins-de-semana agradeço a convivência.

Agradeço ao colega Luís Morais pelo acompanhamento competente e profissionalismo exemplar, pelas discussões sempre tão enriquecedoras e por me ouvir nos momentos de ansiedade decorrentes deste trabalho.

Ao Dr. João Guilherme da Silva agradeço a colaboração e o tempo dispendido para me auxiliar.

À Alzira Sequeira, João Paulo Costa, José Chora e aos restantes colegas de mestrado, e outras pessoas que mesmo com seus nomes omitidos, que directa ou indirectamente contribuíram para a realização desta pesquisa, muito obrigado.

Aos meus pais, Albertino Pereira (*In Memoriam*) e Noémia Moreira agradeço todo o apoio em todos os momentos da minha vida, pelo carinho e paciência.

À minha família (meus sogros, irmã, cunhados e sobrinhos) pelo incentivo e por o inestimável apoio.

À minha filha Susy que soube ser paciente e compreensiva com a minha ausência durante a realização deste mestrado.

E, finalmente, agradeço ao meu marido e amigo Zé Luís, pela paciência, carinho, incentivo, colaboração e incansável apoio em todos os momentos, mesmo longe fisicamente. A você o meu eterno amor!

E sobretudo a Deus, esta força maior que sempre senti estar junto de mim, manifestando-se em forma de intuição, ou mesmo aproximando-me das pessoas aqui mencionadas, meu *Muito Obrigada!*

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

**ARS** - Administração Regional de Saúde  
**CE** - Comunidade Europeia  
**CEE** - Comunidades Económicas Europeias  
**CA** - Conselho de Administração  
**CGTP** - Confederação Geral dos Trabalhadores Portugueses  
**CHMT** - Centro Hospitalar Médio Tejo  
**CS** - Centros de Saúde  
**CT** - Condições de Trabalho  
**Db** - Decibéis  
**DL** - Decreto Lei  
**DETEFP** - Departamento de Estatística do Trabalho, Emprego e Formação Profissional  
**DO** - Desenvolvimento Organizacional  
**EFQM** - *European Foundation for Quality Management*  
**EPE** - Entidades Públicas Empresariais  
**EPI** - Equipamento de Protecção Individual  
**EUA** - Estados Unidos da América  
**Ex.** - Exemplo  
**H/CS** - Hospitais e Centros de Saúde  
**Hz** - Hertz  
**IDICT** - Instituto para o Desenvolvimento e Inspeção das Condições de Trabalho  
**IPQ** - Instituto Português da Qualidade  
**IQS** - Instituto da Qualidade e Saúde  
**ILO** - *International Labour Organization*  
**ISO** - *International Organisation for Standardization*  
**JCI** - *Joint Commission International*  
**JCAH** - *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*  
**MCQ** - Melhoria Contínua da Qualidade  
**N.º** - Número  
**NP** - Norma Portuguesa  
**OIT** - Organização Internacional do Trabalho  
**OMS** - Organização Mundial de Saúde  
**OSHAS** - *Occupational Safety and Health Assesement Series*  
**POE** - Programa Operacional da Economia  
**PS** - Promoção da Saúde  
**PST** - Promoção da Saúde no Trabalho  
**RI** - Revolução Industrial  
**SA** - Sociedade Anónima  
**SH&ST** - Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho  
**SHT** - Segurança, Higiene no Trabalho  
**SNS** - Sistema Nacional de Saúde  
**SPA** - Sector Público Administrativo  
**SPQ** - Sistema Português da Qualidade  
**ST** - Sistema de Trabalho  
**TC** - Técnico Coordenador  
**TDT** - Técnico de Diagnóstico e Terapêutica  
**TR** - Técnicos de Radiologia  
**UGT** - União Geral de Trabalhadores  
**WHO** - *World Health Organization*

**AS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS TÉCNICOS DE RADIOLOGIA NO  
CONTEXTO DA SEGURANÇA, HIGIENE E SAÚDE NO TRABALHO:  
O caso dos Hospitais e Centros de Saúde dos Distritos de Santarém e Leiria**

**RESUMO**

As condições de trabalho dos Técnicos de Radiologia nos Hospitais e Centros de Saúde, enquanto objecto de estudo da pesquisa realizada, são praticamente desconhecidas, sendo por isso um tema actual e pertinente no âmbito do Mestrado onde se enquadra a investigação realizada. No estudo foi utilizada a seguinte metodologia: uma pesquisa bibliográfica e para recolha de informação um inquérito por questionário, a todos os Técnicos de Radiologia (105 TR) que trabalham em Hospitais e Centros de Saúde dos Distritos de Santarém e Leiria.

Dos resultados obtidos destaco as seguintes conclusões: a maioria dos Técnicos de Radiologia tem a percepção de que as políticas, programas e actividades em que os Hospitais e Centros de Saúde investem só em parte é que visam a saúde dos trabalhadores mas trazem sempre benefícios para a sua saúde; os principais benefícios são: a melhoria da saúde, o reforço da motivação e satisfação e a melhoria da qualidade. Os principais riscos e factores de risco a que estão expostos são de natureza física, química e biológica. O número de programas e actividades de saúde estudados não estão condicionados, com a existência de serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho, mas estão a ser realizadas praticamente 50 actividades. Foi confirmada uma relação muito débil entre a existência de serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho e os factores organizacionais que caracterizam as condições de trabalho dos técnicos de radiologia. Reflectindo sobre estes dados, concluo que se deve olhar para os factores organizacionais e a dinâmica dos serviços de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho como uma importante condição a ter em conta nas mudanças organizacionais, pois qualquer mudança nestes repercute-se nas condições de trabalho dos Técnicos de Radiologia.

**Palavras-chave:** Condições de Trabalho; Mudança Organizacional; Factores de Risco; Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho; Promoção da Saúde no Trabalho.

**WORKING CONDITIONS OF THE RADIOLOGY TECHNICIANS IN TERMS  
OF SECURITY, HYGIENE AND HEALTH IN THE WORKPLACE:  
The Case of Hospitals and Primary Health Centres of the Santarém and Leiria Districts**

**ABSTRACT**

The working conditions of Radiology Technicians in hospitals and primary health centres, whilst the object of this investigation, are practically unknown, being therefore, an actual theme pertinent within the bounds of the corresponding Masters Certificate. The following methodology was used in this study: bibliographic research, and for written information a questionnaire from all radiology technicians (105) who work in hospitals and primary health centres in the districts of Santarém and Leiria.

From results obtained the following conclusions can be drawn: the majority of radiology technicians perceive that the policies, programmes and activities in which the hospitals and primary health centres invest only partly aim at the health of the workers, but that they always bring benefits to the health, the main benefits are: improvement of health, an increase in motivation and satisfaction as well as improvements of quality. The principal risks and factors of risks to which they are exposed are of a physical, chemical and/or biological nature.

The number of programmes and health activities studied are not related to the existence of the services of Security, Hygiene and Health in the Workplace, however, all the 50 activities considered in the study are being realised. A very feeble relationship between the existence of the Security, Hygiene and Health in the Workplace service and the organisational factors which characterise the working conditions of the radiology technicians was confirmed. Based on these data one can conclude that the organisational factors and the dynamics of the Security, Hygiene and Health in the Workplace services should be looked at as one important condition to be considered in the organisational changes because any changes here are reflected in the working conditions of the radiology technicians.

**Key Words:** Working Conditions, Organisational Changes, Risks Factors, Security, Hygiene and Health in the Workplace, Promotion of Health at Work.

## ÍNDICE

Pensamento	
Siglas e abreviaturas	
Resumo	
Abstrat	
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>17</b>
<b>PARTE I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	<b>28</b>
1. MUDANÇA ORGANIZACIONAL	29
1.1. Liderar para orientar a mudança	36
1.2. A comunicação no contexto de mudança	44
1.3. A natureza jurídica dos hospitais e centros de saúde no contexto de mudança	51
1.4. A qualidade nos serviços de saúde como factor de mudança	54
1.5. Investimento e modernização tecnológica na mudança	63
2. TRABALHO E CONDIÇÕES DE TRABALHO	67
2.1. Trabalho	67
2.1.1. Concepções e significado do Trabalho	67
2.1.2. Descrição do Trabalho	70
2.2. Condições de trabalho	71
2.2.1. Condições de trabalho: que conceitos?	71
2.2.2. Condições Gerais de Local de Trabalho	75
2.2.3. Ambiente de Trabalho	76
2.2.4. Riscos de Trabalho	77
2.2.5. Factores de Risco	82
2.2.5.1. Factores de Risco de natureza ambiental e física	82
2.2.5.2. Factores de risco de natureza química	110
2.2.5.3. Factores de risco de natureza biológica	122
2.2.5.4. Factores de risco de natureza psicossocial	127
3. SEGURANÇA, HIGIENE E SAÚDE NO TRABALHO	134
3.1. Breve reflexão histórica	135
3.2. Organização dos serviços de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho	141
3.3. Regime jurídico da Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho	151
3.3.1. A legislação da saúde e segurança dos trabalhadores na União Europeia	151
3.3.2. Deveres do Titular das instalações	155
3.3.3. Obrigações da Direcção Clínica	158
3.4. Regime jurídico da Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho em Portugal	160
3.4.1. Obrigações Gerais da Entidade Empregadora	162
3.4.2. Deveres Principais dos Trabalhadores	164
3.4.3. Direitos dos Trabalhadores	165



4. PROMOÇÃO DE SAÚDE NO TRABALHO .....	166
4.1. Introdução.....	166
4.2. Da Saúde à Promoção da Saúde .....	168
4.2.1. Conceitos e evolução histórica: saúde e promoção de saúde .....	168
4.3. Promoção da Saúde no Trabalho .....	178
4.3.1. No Mundo do Trabalho a Promoção da Saúde no Trabalho .....	178
4.3.2. A evolução da Promoção da Saúde no Trabalho.....	180
4.3.3. A importância e as estratégias da Promoção da Saúde no Trabalho para os profissionais de saúde.....	184
4.3.4. As políticas, programas e actividades de saúde no trabalho .....	186
4.3.5. O papel dos trabalhadores na Promoção da Saúde no Trabalho .....	191
<b>PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA .....</b>	<b>194</b>
1. METODOLOGIA.....	195
1.1. A problemática do estudo .....	196
1.2. Tipo de estudo .....	198
1.3. Hipóteses de pesquisa.....	200
1.4. Proposições teóricas e modelo global de análise.....	201
1.4.1. Variáveis.....	205
1.4.2. Operacionalização das Variáveis.....	206
1.5. População .....	209
1.5.1. Caracterização da população .....	210
1.6. O instrumento de recolha de dados .....	218
1.6.1. Estrutura e conteúdo do questionário - Pré-teste.....	220
1.7. Tratamento estatístico.....	224
1.8. Procedimentos formais e éticos .....	225
2. CARACTERIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS TÉCNICOS DE RADIOLOGIA .....	226
2.1.1. Secção A (A1 a A13) Caracterização das Instituições de Saúde através de factores organizacionais .....	227
2.1.2. Secção B (B1 a B9) Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho .....	232
2.1.3. Secção C (C1 e C2) Políticas, programas e actividades de saúde .....	238
2.1.4. Secção D (D1 e D5) Planeamento, implementação e avaliação das actividades .....	245
2.1.5. Secção E (E1 a E5) Planos e prioridades.....	249
2.2. Análise da dinâmica dos serviços de segurança, higiene e saúde no trabalho .....	253
3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	280
3.1. Características sociodemográficas.....	280
3.2. Factores de mudança organizacional.....	281
3.3. Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho.....	292

<b>PARTE III – CONCLUSÕES, SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES</b> .....	298
1. CONCLUSÕES .....	299
2. SUGESTÕES .....	315
3. RECOMENDAÇÕES: Plano de Intervenção Sócio-Organizacional.....	318
3.1. Implementação de serviços de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho .....	319
3.2. Formação em Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho .....	322
3.3. Realização de manuais de «Boas Práticas» .....	327

## **BIBLIOGRAFIA**

### **ANEXOS**

- ANEXO 1. Questionário
- ANEXO 2. Pedido para utilização do questionário
- ANEXO 3. Pedido para aplicação dos questionários
- ANEXO 4. Plano de Formação para Técnicos Coordenadores
- ANEXO 5. Plano de Formação para Técnicos de Radiologia

### **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura n.º 1 - Boas condições de trabalho .....	74
Figura n.º 2 - Actual enquadramento legislativo .....	161
Figura n.º 3 - Modelo de Promoção de Saúde de Tannahill (1985) .....	176
Figura n.º 4 - Modelo Global de Análise das Condições de Trabalho dos TR.....	204
Figura n.º 5 - Modelo geral de análise.....	317

### **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico n.º 1 - Caixa de Bigodes das idades.....	212
Gráfico n.º 2 - Histograma das idades .....	213
Gráfico n.º 3 - Normal Q-Q Plot das idades .....	214
Gráfico n.º 4 - Detrended Normal Q-Q Plot das idades .....	215
Gráficos n.º 5 e 6 - Normal Q-Q Plot e Detrended Normal Q-Q Plot of n.º de técnicos que entraram .....	276
Gráficos n.º 7 e 8 - Normal Q-Q Plot e Detrended Normal Q-Q Plot of n.º de técnicos que saíram.....	276

### **ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela n.º 1 - Classificação dos Produtos Químicos .....	113
Tabela n.º 2 - Classificação e Símbolos de Perigo dos Agentes Químicos.....	114
Tabela n.º 3 - Agentes químicos usados em Radiologia e seus efeitos biológicos.....	117

Tabela n.º 4 - Factores de risco de natureza química .....	118
Tabela n.º 5 - Primeiros socorros, em caso de acidente com Químicos Perigosos .....	122
Tabela n.º 6 - Factores de risco de natureza biológica .....	123
Tabela n.º 7 - Classificação dos agentes biológicos conforme o seu risco infeccioso ..	126
Tabela n.º 8 - Directivas especiais.....	154
Tabela n.º 9 - Papéis funcionais a desempenhar no processo de PST “Os principais ‘stakeholders’ da nova saúde ocupacional” .....	193
Tabela n.º 10 - Questões, Objectivos e Hipóteses de Estudo .....	201
Tabela n.º 11 - Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho (variável dependente).....	206
Tabela n.º 12 - Factores organizacionais.....	207
Tabela n.º 13 - Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho .....	208
Tabela n.º 14 - Políticas, programas e actividades de saúde .....	208
Tabela n.º 15 - Variáveis atributo.....	208
Tabela n.º 16 - Número de técnicos de radiologia por hospital e centro de saúde.....	209
Tabela n.º 17 - Variável idade referente a 105 Técnicos de Radiologia .....	211
Tabela n.º 18 - Teste de Kolmogorov-Smirnov.....	214
Tabela n.º 19 - Caracterização dos inquiridos .....	215
Tabela n.º 20 - Distribuição dos Técnicos de Radiologia segundo a categoria profissional, género e grupo etário .....	218
Tabela n.º 21 - Distribuição das perguntas do questionário .....	221
Tabela n.º 22 - Distribuição dos Técnicos de Radiologia pelo cargo que ocupam .....	227
Tabela n.º 23 - Distribuição da opinião dos Técnicos de Radiologia das atitudes do Técnico Coordenador perante uma decisão/alteração ou mudança.....	228
Tabela n.º 24 - Distribuição da opinião dos Técnicos de Radiologia quanto ao posto de trabalho .....	228
Tabela n.º 25 - Distribuição da percepção dos Técnicos de Radiologia sobre a comunicação/informação.....	229
Tabela n.º 26 - Distribuição da percepção dos Técnicos de Radiologia sobre as entradas e saídas de Técnicos de Radiologia no serviço .....	230
Tabela n.º 27 - Distribuição da percepção dos Técnicos de Radiologia sobre o motivo da saída.....	230
Tabela n.º 28 - Distribuição dos Técnicos de Radiologia pelos hospitais e centros de saúde.....	231
Tabela n.º 29 - Distribuição da percepção dos Técnicos de Radiologia acerca do investimento feito e o grau de modernização tecnológica do seu serviço.....	231
Tabela n.º 30 - Distribuição da percepção dos Técnicos de Radiologia sobre a existência de sistema de gestão da qualidade.....	232
Tabela n.º 31 - Distribuição da percepção dos Técnicos de Radiologia sobre a existência de serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho.....	233
Tabela n.º 32 - Distribuição da percepção dos Técnicos de Radiologia segundo a frequência com que se ausentam ao serviço.....	234
Tabela n.º 33 - Distribuição da percepção dos Técnicos de Radiologia segundo os problemas de saúde que mais preocupam o Conselho de Administração .....	235
Tabela n.º 34 - Distribuição da percepção dos Técnicos de Radiologia segundo a natureza dos riscos.....	235
Tabela n.º 35 - Distribuição da percepção dos Técnicos de Radiologia segundo as principais formas de participação .....	236
Tabela n.º 36 - Distribuição da percepção dos Técnicos de Radiologia segundo a importância atribuída à participação .....	237

Tabela n.º 37 - Distribuição da percepção dos Técnicos de Radiologia segundo os direitos .....	237
Tabela n.º 38 - Distribuição da percepção dos Técnicos de Radiologia em comparação com outros hospitais e centros de saúde.....	238
Tabela n.º 39 - Distribuição da percepção dos Técnicos de Radiologia quanto à Segurança e Higiene no Trabalho / Melhoria do ambiente físico do trabalho .....	240
Tabela n.º 40 - Distribuição da percepção dos Técnicos de Radiologia quanto à Avaliação de saúde / Vigilância médica / Prestação de cuidados de saúde .....	241
Tabela n.º 41 - Distribuição da percepção dos Técnicos de Radiologia quanto à Prevenção de comportamentos de risco / Promoção de estilos de vida saudáveis	242
Tabela n.º 42 - Distribuição da percepção dos Técnicos de Radiologia quanto às Intervenções a nível organizacional / Melhoria do ambiente psicossocial de trabalho .....	242
Tabela n.º 43 - Distribuição da percepção dos Técnicos de Radiologia quanto às Actividades e programas sociais e de bem-estar .....	243
Tabela n.º 44 - Distribuição da percepção dos Técnicos de Radiologia quanto às Políticas, programas e actividades.....	244
Tabela n.º 45 - Distribuição da percepção dos Técnicos de Radiologia quanto aos motivos ou problemas que levam os hospitais e centros de saúde investirem .....	246
Tabela n.º 46 - Distribuição da percepção dos Técnicos de Radiologia quanto à sua participação.....	247
Tabela n.º 47 - Distribuição da percepção dos Técnicos de Radiologia quanto aos principais obstáculos .....	249
Tabela n.º 48 - Distribuição da percepção dos Técnicos de Radiologia quanto à prioridade que deveria ser dada no futuro à melhoria da saúde dos profissionais	250
Tabela n.º 49 - Distribuição da percepção dos Técnicos de Radiologia quanto aos novos programas, actividades no domínio da saúde.....	251
Tabela n.º 50 - Distribuição da percepção dos Técnicos de Radiologia quanto ao interesse em adquirir informação, formação e um papel activo e participativo....	252
Tabela n.º 51 - Resultados do Teste de Qui-Quadrado referente à “Existência de serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho” e Segurança e Higiene no Trabalho / Melhoria do Ambiente Físico do Trabalho” .....	254
Tabela n.º 52 - Resultados do Teste de Qui-Quadrado referente à “Existência de serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho” e “Avaliação da saúde / Vigilância médica / Prestação de cuidados de saúde” .....	255
Tabela n.º 53 - Resultados do Teste de Qui-Quadrado referente à “Existência de serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho” e “Prevenção de comportamentos de risco / Promoção de estilos de vida saudáveis” .....	255
Tabela n.º 54 - Resultados do Teste de associação Phi referente à “Formação/ensino de grupos” .....	255
Tabela n.º 55 - Resultados do Teste de Qui-Quadrado referente à “Existência de serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho” e “Intervenções a nível organizacional / Melhoria do ambiente psicossocial de trabalho” .....	256
Tabela n.º 56 - Resultados do Teste de associação Phi referente à “Reestruturação do trabalho” .....	256
Tabela n.º 57 - Resultados do Teste de Qui-Quadrado referente à “Existência de serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho” e “Actividades e programas sociais e de bem-estar” .....	256

Tabela n.º 58 - Resultados do Teste de associação Phi referente ao “Apoio a actividades recreativas e culturais/festas” .....	257
Tabela n.º 59 - Resultados do Teste de Qui-Quadrado referente à “Existência de serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho” e “Grupos de novos programas e actividades” .....	257
Tabela n.º 60 - Resultados do Teste de associação Phi referente à “Avaliação de saúde / Vigilância médica / Prestação cuidados de saúde” .....	257
Tabela n.º 61 - Resultados do Teste de Qui-Quadrado referente à “Existência de serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho” e os “Investimentos feitos” .....	262
Tabela n.º 62 - Resultados do Teste de Qui-Quadrado referente à “Existência de serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho” e às “As razões que levam os hospitais e centros de saúde a investirem e implementarem políticas, programas e actividades de saúde” .....	262
Tabela n.º 63 - Resultados do Teste de associação Phi referente ao “Absentismo em geral” .....	263_Toc120791965
Tabela n.º 64 - Resultados do Teste de Qui-Quadrado referente à “Existência de serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho” e à “Ideia inovadora” .....	265
Tabela n.º 65 - Resultados do Teste de Qui-Quadrado referente à “Existência de serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho” e se é “Informado sobre novas actividades” .....	265
Tabela n.º 66 - Resultados do Teste de Qui-Quadrado referente à “Existência de serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho” e às “Informações internas” .....	265
Tabela n.º 67 - Resultados do Teste de Qui-Quadrado referente à “Existência de serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho” e se “As informações chegam” .....	265
Tabela n.º 68 - Resultados do Teste de associação V-Cramer referente a “As informações chegam” .....	265
Tabela n.º 69 - Resultados do Teste de Qui-Quadrado referente à “Existência de serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho” e à “Principais formas de participação” .....	266
Tabela n.º 70 - Resultados do Teste de associação Phi referente aos “Representantes eleitos para a Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho” .....	266
Tabela n.º 71 - Resultados do Teste de Qui - Quadrado referente à “Existência de serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho” e ao “Cargo que ocupa” .....	269
Tabela n.º 72 - Resultados do Teste de Qui - Quadrado referente à “Existência de serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho” e à “Decisão/alteração ou mudança” .....	269
Tabela n.º 73 - Resultados do Teste de associação V-Cramer referente a “As informações chegam” .....	269
Tabela n.º 74 - Resultados do Teste de Qui-Quadrado referente à “Existência de serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho” e ao “Posto de trabalho” .....	269
Tabela n.º 75 - Resultados do Teste de Qui - Quadrado referente à “Existência de serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho” e à “Natureza Jurídica” .....	271
Tabela n.º 76 - Resultados do Teste de associação V-Cramer referente à “Natureza jurídica” .....	271
Tabela n.º 77 - Resultados do Teste de Kolmogorov-Smirnov referente à .....	272
“modernização tecnológica” .....	272
Tabela n.º 78 - Resultados do Teste de Mann Whitney referente à “Existência de serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho” e à “Modernização tecnológica” .....	273

Tabela n.º 79 - Resultados do Teste de Qui - Quadrado referente à “Existência de serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho” e ao “Sistema de gestão da qualidade” .....	273
Tabela n.º 80 - Resultados do Teste de associação Phi referente aos “Sistemas de gestão da qualidade” .....	273
Tabela n.º 81 - Resultados do Teste de Kolmogorov-Smirnov referente à “Existência de serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho” e ao “N.º de técnicos que entraram e saíram” .....	275
Tabela n.º 82 - Resultados do Teste de Mann Whitney referente à “Existência de serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho” e ao “N.º de técnicos que entraram e saíram” .....	276
Tabela n.º 83 - Resultados do Teste de Qui - Quadrado referente à “Existência de serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho” e os “Motivos da saída” ...	277
Tabela n.º 84 - Resultados do Teste de associação V-Cramer referente aos “Motivos da saída” .....	278
Tabela n.º 85 - Principais factores que poderão desencadear melhorias (elementos positivos) das condições de trabalho. ....	314
Tabela n.º 86 - Principais factores que poderão desencadear a deterioração (elementos negativos) das condições de trabalho. ....	315

## **INTRODUÇÃO**

Num contexto socio-económico cada vez mais imprevisível, incerto e instável, as empresas vêm-se impelidas a procurar não só a modernização tecnológica, mas também organizacional. Neste sentido, descobrem e empreendem múltiplas formas de ajustamento organizacional para se adaptarem às mutações, que poderão activar e desenvolver as condições de trabalho que são consideradas, pelos profissionais, cruciais às suas estratégias de desenvolvimento e adaptação.

A Organização deve transformar-se num verdadeiro “ambiente de mudanças”, comunicando às pessoas os objectivos e o significado das mudanças, para que funcionem como agentes activos da mudança.

A chave da mudança e do seu êxito são as pessoas. Assim, há que utilizar estratégias de mudança que contemplem uma acção sobre os indivíduos, como a informação/comunicação, formação e participação. A mudança organizacional é um longo e complexo processo que deve ser planeado, organizado, dirigido e controlado, envolvendo a totalidade da Organização. Ainda outras ideias sobre “mudança organizacional” que fundamenta, as acções de mudança (modernização) por parte dos hospitais: (i) a evolução organizacional é permanente, não significando uma ruptura entre configurações, mas a passagem por processos de transição; (ii) o êxito da qualidade de vida no trabalho e a satisfação dos técnicos de radiologia depende da sua capacidade de tirar partido das acções de melhoria das condições de trabalho; (iii) qualquer mudança num subsistema (tecnológico, por exemplo) irá afectar e será afectada por outros subsistemas; e (iv) a maioria das pessoas tem sentimentos e atitudes que influenciam o seu comportamento mas, se a cultura organizacional os suprime ou inibe, a resolução dos problemas, a satisfação no trabalho e o crescimento pessoal serão negativamente afectados.

Assim, numa organização que visa a mudança, procura a inovação, a qualidade e está orientada para os resultados, as chefias devem estimularem os seus colaboradores a desenvolverem esforços orientados para o desempenho nas melhores condições de trabalho, dando-lhes apoio de modo a aumentar a sua satisfação. É consensual e objectivo que nos hospitais e centros de saúde todos os serviços devem ter uma gestão eficaz, eficiente e oportuna; no entanto, esquecemo-nos muitas vezes dos pressupostos

necessários para tal realização. Assim, uma organização, para atingir o desempenho óptimo, deve “(...) procurar atingir uma grande coerência entre as acções desenvolvidas nos diversos domínios, e, uma atenção particular deve ser dada aos impactos em matéria de segurança e de condições de trabalho, nas decisões tomadas (...)” (PERETTI, 2001:405).

O trabalho é “como uma moeda de duas faces: uma positiva, factor de equilíbrio, outra, negativa, geradora de problemas, doenças e desequilíbrio” (NETO 1990:2).

Parte-se do princípio que o conteúdo do trabalho e as condições de trabalho são, “cada vez mais, variáveis, transformáveis e evolutivas, por razões exteriores ao indivíduo, nomeadamente às mudanças organizacionais que são constantes e, pelo modo como cada profissional estrutura a sua acção em função dessas mudanças e do seu potencial” (MORAIS, 1995:22).

No âmbito da promoção das condições de trabalho, enquanto objectivo estratégico, releva a necessidade de conciliar o progresso de tais condições com o realismo das normas, de modo a salvaguardar a competitividade das empresas, tendo em conta que a promoção da saúde e segurança dos trabalhadores no local de trabalho é um factor de aumento da produtividade e qualidade destas.

Dando cumprimento ao estabelecido na lei vigente, alguns hospitais criaram o serviço de Segurança, Higiene e Saúde do Trabalho (SH&ST), com os objectivos de prevenir e reduzir os riscos profissionais a que estão expostos os profissionais de saúde; proteger e promover a saúde da população trabalhadora; humanizar as condições de trabalho; promover a satisfação profissional e contribuir para melhores níveis de desempenho, conforme o preceituado pela OMS. Ao nível das Unidades de Saúde, os seus trabalhadores (médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica...) encontram-se naturalmente sujeitos a riscos de várias naturezas física, química, biológica e psicossocial (UVA E FARIA, 1992).

Uma das contribuições que resultou da adesão de Portugal à Comunidade Europeia foi o impulso decisivo para a prevenção de riscos profissionais e para a melhoria das condições de prestação de trabalho, que resultou necessariamente numa adaptação às disposições regulamentares de forma a torná-las compatíveis com as obrigações comunitárias. Assim, a definição de política da SH&ST atingiu uma importância fundamental, uma vez que constitui prioridade a obrigatoriedade à adopção de medidas



de prevenção e avaliação de condições de trabalho, adequadas às normas, situações e riscos. Assim, torna-se indispensável a interligação entre a SH&ST e as outras áreas de gestão, ou seja, os diferentes departamentos deverão colaborar para assegurar que a actividade de identificação dos riscos, avaliação de cada situação e estabelecimento das acções adequadas obtendo os resultados desejados.

O regime jurídico que enquadra a SH&ST – o DL n.º 441/91, de 14 de Novembro, transposto da Directiva Quadro 89/391/CEE, de 12 de Junho, é relativo à aplicação de medidas destinadas a promover a melhoria da Segurança e de Saúde dos trabalhadores no trabalho e que garanta a efectiva prevenção dos riscos profissionais.

Recentemente o DL n.º 488/99, de 17 de Novembro, definiu as formas de aplicação do regime jurídico de SH&ST aos serviços e organizações de administração pública. Para que se cumpram os objectivos constantes da legislação aplicável é fundamental assegurar a formação, informação e consulta aos trabalhadores relativamente aos riscos e medidas de prevenção e protecção e à forma como se aplica, quer ao posto de trabalho ou função quer à empresa ou serviço.

Para haver eficácia, é necessário que as pessoas estejam no centro da intervenção e dos processos de decisão, ou seja, a participação é indispensável para sustentar esforços. Por sua vez, o acesso à educação e à informação é essencial para se conseguir uma participação efectiva e o reforço das capacidades das pessoas. Estas estratégias são os elementos fundamentais da promoção da saúde e são relevantes para todos os países (DECLARAÇÃO DE JACARTA, 1997:5).

A organização dos Serviços de Segurança, Higiene e Saúde do Trabalho (SH&ST), por parte das empresas, constitui em si mesma uma obrigação legal e é condição indispensável para que o empregador possa garantir a organização das actividades de segurança, higiene e saúde no trabalho (art. 13.º - Decreto-Lei n.º 441/91), bem como, deve fazer-se em função dos factores organizacionais, técnicos, materiais e sociais inerentes ao trabalho, tendo em conta, na organização de meios, a natureza, probabilidade, gravidade e a distribuição dos riscos, devendo igualmente atender-se, não apenas aos próprios trabalhadores mas a terceiros, estes susceptíveis de serem abrangidos pelos riscos e, ainda, à realização de trabalhos, quer nas instalações quer no exterior (FREITAS, 2003).

Neste sentido, o objectivo essencial da organização de meios deve ser a promoção da saúde e a melhoria permanente das condições de trabalho, mediante uma adequada política de prevenção de riscos laborais. As características básicas de qualquer estrutura organizativa devem, por isso, apontar para a prevenção de riscos e o planeamento de medidas precisas para eliminar ou reduzir o impacte pessoal e organizacional desses riscos.

Relativamente aos locais de trabalho, as propostas apresentadas pela OMS não se referem somente à redução da exposição aos riscos laborais, mas sim a aumentar a participação dos trabalhadores e empregadores na promoção de um ambiente de trabalho saudável. Deve ser implementada uma cultura de empresa que favoreça o trabalho em equipa e o debate aberto, percebendo que melhor saúde para os seus trabalhadores e um melhor relacionamento no trabalho, contribuirá para uma moral mais elevada do seu pessoal e maior produtividade (WHO, 1998). Para reforçar esta ideia também, a DECLARAÇÃO DE LONDRES (1999) refere o reconhecimento e a importância de instituir medidas nos locais de trabalho, que vão ao encontro das necessidades e objectivos da saúde pública, bem como o direito dos trabalhadores de estarem envolvidos no processo de tomada de decisão sobre essas medidas.

A nível nacional e comunitário aumenta a frequência das actividades de saúde e segurança no trabalho através de iniciativas inovadoras com o objectivo não só de prevenir a doença como de promover a saúde dos trabalhadores e, ao mesmo tempo, melhorar o desempenho económico e social das empresas. Obviamente que estas iniciativas não são mais que a soma das actividades realizadas pelos serviços de SH&ST. Na perspectiva de GRAÇA estas iniciativas estão abrangidas pelo conceito de PST, na acepção que lhe foi dada pela OMS e DECLARAÇÃO DE LUXEMBURGO (1997). Assim por todo o tipo de iniciativas planeadas e implementadas no local de trabalho que visem directamente ou indirectamente melhorar a saúde, o bem-estar e a segurança dos trabalhadores e que são orientadas para o indivíduo, o ambiente físico e psicossocial em que este vive e trabalha, entende-se que são as políticas, programas e actividades de saúde no trabalho (GRAÇA, 2004:3).

Actualmente, o modelo da promoção da saúde no trabalho é uma estratégia nova e integrada que envolve todos os trabalhadores, empregadores e sociedade em geral (recursos), visa prevenir a doença no trabalho e contribuir para desenvolver o potencial

de saúde e o bem-estar dos trabalhadores nos locais de trabalho, pelo que, além dos domínios tradicionais da segurança e saúde (componentes materiais do trabalho, ambiente em que ocorre e vigilância médica dos trabalhadores), a prevenção deve também englobar a própria organização do trabalho e as relações sociais da empresa, perspectiva que pressupõe, por um lado, o desenvolvimento de metodologias específicas relativas à segurança, higiene e medicina do trabalho e, por outro, o desenvolvimento de metodologias complementares como a ergonomia, a psicossociologia do trabalho, a formação sistemática e a informação, entre muitos outros. Neste contexto, o Serviço de SH&ST, apresenta-se como um factor facilitador da implementação de medidas de promoção da saúde no trabalho.

O desenvolvimento da Promoção da Saúde no Trabalho assenta em dois pilares fundamentais: o primeiro é a Directiva Quadro sobre Saúde e Segurança no Trabalho a Directiva do Conselho 89/391/CEE que lançou as bases para a reorientação das práticas e da legislação relativas à saúde ocupacional tradicional. O segundo resulta do investimento que os locais de trabalho vêm a merecer nos últimos anos, enquanto ambientes privilegiados para a promoção e a manutenção da saúde (DECLARAÇÃO DE LUXEMBURGO, 1997).

Esta consciência da importância e do contributo que a Promoção da Saúde no Trabalho pode trazer para a sociedade, associada a um contexto marcado pela turbulência da envolvente socioeconómica das empresas, à globalização da economia, à introdução das novas tecnologias de informação e comunicação, a novas formas de organização do trabalho, baseadas na flexibilidade e polivalência, à gestão da qualidade total, tornam ainda mais difícil repensar estratégias da Saúde no Trabalho (GRAÇA, 1999).

Assim os hospitais e centros de saúde ajustam-se às pressões da envolvente (que designo por mudanças organizacionais) na compreensão das suas lógicas e consequentes melhorias ou deterioração das condições de trabalho. E no caso da transformação as condições são activadas, desenvolvidas ou, pelo contrário, desvalorizadas e até mesmo esquecidas.

A participação dos profissionais na fase de concepção e implementação da mudança é fundamental, no sentido de transformar as tradicionais resistências em energias favoráveis ao processo.

De acordo com os pressupostos atrás mencionados e com a intenção de contribuir para a identificação das características que condicionam as condições de trabalho dos técnicos de radiologia em contexto de mudança organizacional. Justifica-se deste modo a elaboração deste estudo que se apresenta com o título “*As condições de trabalho dos Técnicos de Radiologia no contexto da Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho: o caso dos Hospitais e Centros de Saúde dos Distritos de Santarém e Leiria*”.

Visto a história da radiologia ser relativamente recente quando comparada com outras profissões de saúde, nomeadamente a médica e a da enfermagem, verificamos que quase não existem bibliografia, estudos e textos da profissão de Técnico de Radiologia.

O estudo das condições de trabalho e, numa perspectiva organizacional, as preocupações teóricas e práticas com a gestão dos recursos humanos, não desapareceram ou, sequer, abrandaram. Pelo contrário, mantiveram-se – no mínimo – e assumiram, por vezes, feições inovadoras que muito tem contribuído para a afirmação da gestão dos recursos humanos no meio académico, como área de estudo, e no seio das organizações, como área funcional.

Ora, da junção das duas vertentes que acabei de enunciar resulta, portanto, a relevância do estudo das condições de trabalho no âmbito da actividade dos TR nas organizações de saúde. Ou seja, o interesse não é só identificar as mudanças organizacionais (meios) e o seu impacto nas condições de trabalho (resultados), mas quais as condições de trabalho existentes nestes contextos e a razão porque se optam por determinados meios (objectivos e estratégias) e ainda, se existe uma tendência comum às organizações de saúde relativamente à escolha dos meios para atingir os mesmos fins. Duas noções básicas derivam desta interacção: a de “mudança organizacional” e a de “condições de trabalho”, estando esta no centro do campo da pesquisa.

Embora existindo alguns estudos sobre as condições de trabalho, desconheço a existência de qualquer estudo das condições de trabalho dos técnicos de radiologia, sendo por isso um estudo pioneiro. Na pesquisa bibliográfica verifiquei que existem alguns estudos nesta área, mas na área da saúde só no âmbito da profissão de enfermagem. Encontrei um estudo sobre “*As condições existentes para o exercício da profissão, bem como o estudo das implicações destas condições na qualidade dos cuidados de enfermagem*”, elaborado por um grupo de trabalho organizado pela Ordem dos Enfermeiros (ROSA *et al*, 2004:12). O tema do 2.º Congresso do Sindicato dos

Enfermeiros Portugueses (SEP) foi “*Condições de Trabalho*” (5 e 6 Junho de 2002). Também GRAÇA CARAPINHEIRO E NOÉMIA LOPES (1997) publicaram um estudo que intitularam de “*Recursos e Condições de Trabalho dos Enfermeiros Portugueses*”, solicitado pelo SEP e efectuado pelo Departamento de Sociologia do Instituto Superior de Ciências de Trabalho e Empresa (ISCTE). Noutras áreas existem alguns trabalhos publicados sobre as condições de trabalho efectuados por: DETEFP (Departamento de Estatística do Trabalho, Emprego e Formação Profissional) “*Inquérito de Avaliação das Condições de Trabalho dos Trabalhadores, 1999*”; CES (Conselho Económico Social - Comissão Permanente de Concertação Social) “*Acordo sobre Condições de Trabalho, Higiene e Segurança no Trabalho e Combate à Sinistralidade, 2001*” e “*Acordo de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho, 1991*”; IEFP (Instituto de Emprego e Formação Profissional) “*Segurança, Higiene e Saúde no Local de Trabalho, 1996*”; Assembleia da República - Comissão de Trabalho, Segurança Social e Família “*Colóquio Parlamentar sobre Segurança, Higiene, Saúde e Ambiente no Local de Trabalho, 1992*” e IDICT (Instituto de desenvolvimento e inspecção das condições de trabalho) “*Avaliação das condições de trabalho em postos de caixa de supermercados*”, (2001). Algumas monografias, nomeadamente um “*Estudo sobre as condições de Segurança, Higiene e Saúde no Local de Trabalho no Sector Primário*” realizada no ISCTE por NAVE (1993); “*Estudo das Condições de Trabalho numa Central de Cervejas*” efectuada na ENSP por ALVES (1996) e uma tese de doutoramento de LUÍS GRAÇA (2004) “*Política(s) de Saúde no Trabalho: um Inquérito Sociológico às Empresas Portuguesas*”. E ainda recentemente um relatório do estudo elaborado no âmbito da solicitação da Ordem dos Enfermeiros “*As Condições de Trabalho dos Enfermeiros Portugueses*” (ROSA *et al.*, 2004).

As condições de trabalho dos TR nos hospitais e Centros de Saúde são praticamente desconhecidas (pelo menos, desconheço estudos nesta área), é um tema actual e pertinente na medida em que as condições de trabalho implicam a conjugação de vários factores, que envolvem toda a equipa de técnicos, todos os outros profissionais do serviço de radiologia, os outros serviços e também a instituição. A realização do presente trabalho faz-se oportuna diante do momento de transição vivido no sector da saúde (mudanças no tipo de gestão, tecnologia, instalações e melhoria continua da qualidade...). De facto, como o sucesso destas mudanças está directamente relacionado com o comprometimento e consciencialização em todos os níveis e funções da

organização, torna-se importante incrementar a saúde e segurança do trabalhador no seu local de trabalho a par de uma maior sensibilização e necessidade de implementação de medidas eficazes de prevenção de riscos profissionais que contribuam para a promoção da saúde no local de trabalho.

Este estudo está inserido numa perspectiva aplicada, ou seja, orientado para identificar as condições de trabalho dos técnicos de radiologia nos hospitais e centros de saúde de dois distritos, tendo em vista uma proposta de intervenção para a superação dos problemas encontrados.

Neste sentido, propus-me a elaborar este trabalho que constitui uma participação pessoal baseada numa investigação com uma abordagem descritiva-analítica numa população de técnicos de radiologia cujos locais de trabalho são os hospitais e centros de saúde dos Distritos de Santarém e Leiria.

O objectivo principal da investigação que pretendo desenvolver consiste em identificar os factores que caracterizam as condições de trabalho dos Técnicos de Radiologia nos Hospitais e Centros de Saúde, em relação à dinâmica dos serviços de SH&ST.

Pretendo, ainda nesta investigação: (i) identificar o número e a natureza dos programas e actividades de promoção de saúde no trabalho; (ii) compreender as razões dos Hospitais/Centros de Saúde para investirem e implementarem políticas, programas e actividades de saúde e (iii) analisar os vários factores que caracterizam as condições de trabalho dos técnicos de radiologia e a sua relação com a dinâmica dos serviços de SH&ST.

A qualidade dos exames realizados pelos TR constituem o objectivo primordial da actividade. Mas dependem da actuação eficiente (cumprimento da legislação) sobre os factores de risco laborais, que são os elementos fulcrais e determinantes para a saúde do trabalhador e a sua qualidade de vida no trabalho. Do facto das implicações das condições de trabalho dos TR serem pouco conhecidas e muito especuladas surge a necessidade e a curiosidade de conhecer as implicações deste fenómeno. Assim, este estudo tem a seguinte questão de partida:

*“Quais as características das condições de trabalho dos técnicos de radiologia dos H/CS em geral, e da SH&ST em particular?”*

Há ainda a necessidade de obter resposta às seguintes questões:

“Qual o grau de aderência aos programas e actividades de promoção de saúde no trabalho?”; “Quais as razões para os H/CS investirem e implementarem políticas, programas e actividades de saúde?” e “Quais os factores que caracterizam as condições de trabalho dos técnicos de radiologia nos H/CS em relação com a dinâmica dos serviços de SH&ST?”.

Para dar resposta a estas questões utilizei como técnica de recolha de dados um questionário com perguntas fechadas, para os TR darem a opinião/percepção acerca de vários itens. Assim, recorri à análise estatística dos dados e o método utilizado foi o quantitativo.

Procurei também, estabelecer relações entre algumas variáveis, justificando-as estatisticamente. Assim previ a seguinte hipótese geral:

*Hipótese geral* - As Condições de Trabalho dos Técnicos de Radiologia que trabalham em H/CS estão relacionadas com os diferentes factores da dinâmica dos serviços de SH&ST.

São então as seguintes hipóteses que formulei para o estudo:

*Hipótese 1* – A existência do serviço de SH&ST condiciona o número de programas e actividades de promoção de saúde no trabalho.

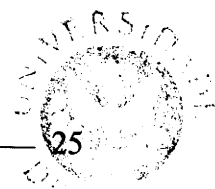
*Hipótese 2* – O grau de investimento e implementação de políticas, programas e actividades de saúde está relacionada com a existência do serviço de SH&ST.

*Hipótese 3* – Os factores que caracterizam as condições de trabalho dos técnicos de radiologia estão relacionadas com a dinâmica dos serviços de SH&ST.

Este trabalho de pesquisa apresenta algumas limitações que devem ser destacadas:

-um factor limitativo refere-se ao método utilizado, o qual se constitui num componente restritivo quanto a generalizações do presente estudo para outras organizações. Embora alguns aspectos observados neste estudo possam ser utilizados como referenciais para o estudo dos fenómenos apresentados noutras organizações submetidas a processos de mudanças e transformações.

-um outro factor, é que nas organizações ocorrem uma multiplicidade de influências de diferentes abordagens sobre diferentes efeitos, não permitindo afirmar



que as transformações são ocasionadas exclusivamente por esta ou aquela. O que se observa é uma inter-relação entre as mesmas e que se complementam.

Para atender a estes propósitos, o presente trabalho está estruturado em 3 partes, sendo a primeira parte constituída pelo enquadramento teórico. Na segunda parte, optei por dividi-la em três pontos, correspondendo estes à metodologia onde são dados a conhecer os passos utilizados nesta investigação, apresentação e análise dos dados obtidos e discussão dos resultados. Na terceira parte apresento as principais conclusões obtidas neste estudo, bem como recomendações e sugestões.

O enquadramento teórico inicia-se com a análise de vários factores de mudança organizacional, nomeadamente: a comunicação, liderança, natureza jurídica, qualidade e investimento/modernização tecnológica. Segue-se a evolução do trabalho, os vários conceitos de condições de trabalho, condições dos locais de trabalho, ambiente de trabalho e os riscos. Os serviços de SH&ST, enquadrando-os historicamente, abordando a sua evolução histórica, a sua missão, as suas funções e actividades de interesse, particularmente nos Serviços de Saúde (Hospitais/Centros de Saúde), apresentando as diferentes modalidades de organização. Bem como os conceitos e evolução histórica da saúde e promoção da saúde; a importância e as estratégias da PST para os profissionais de saúde e as políticas, programas e actividades de saúde no trabalho, bem como o papel dos trabalhadores.

A parte referente à metodologia integra as questões de investigação, os objectivos específicos e as hipóteses. Apresenta as opções metodológicas seguidas, nomeadamente no tratamento estatístico dos dados, incluindo a caracterização da população e o instrumento de recolha de dados. A análise dos dados da caracterização das condições de trabalho dos técnicos de radiologia foram apresentados na mesma ordem sequencial das perguntas do questionário e ainda por área temática de modo a facilitar a apresentação dos resultados e evidenciar o que é importante para o estudo. Também, para facilitar a sua visualização recorri a quadros onde os valores percentuais dos resultados foram arredondados. Na análise da dinâmica dos serviços de SH&ST procurei estabelecer relações entre algumas variáveis, bem como a sua análise e interpretação dos resultados, justificando-os estatisticamente.

Finalizei o trabalho com as conclusões, tendo em conta o quadro conceptual de referência e realcei os resultados que considerei mais relevantes, procurando identificar



as suas implicações em termos de saúde dos TR e, a partir delas, elaborei algumas recomendações e sugestões de trabalhos futuros, quer de intervenção, quer de investigação. Linhas de investigação e acção sobejamente interessantes e necessárias, e que não houve tempo nem oportunidade de investigar.

## **PARTE I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

A primeira parte é constituída pelo enquadramento teórico, este inicia-se com a análise de vários factores de mudança organizacional, nomeadamente: a comunicação, liderança, natureza jurídica, qualidade e investimento/modernização tecnológica. Segue-se, a evolução do trabalho, os vários conceitos de condições de trabalho, condições dos locais de trabalho, ambiente de trabalho e os riscos. Os serviços de SH&ST, enquadrando-os historicamente, abordando a sua evolução histórica, a sua missão, as suas funções e actividades de interesse, particularmente nos Serviços de Saúde (Hospitais/Centros de Saúde), apresentando as diferentes modalidades de organização. Bem como os conceitos e evolução histórica da saúde e promoção da saúde; a importância e as estratégias da PST para os profissionais de saúde e as políticas, programas e actividades de saúde no trabalho, bem como o papel dos trabalhadores.

## 1. MUDANÇA ORGANIZACIONAL

Vivemos numa sociedade que sofre constantes transformações. As pessoas, os grupos e as organizações estão sempre mudando. Assim, também acontece com as organizações de saúde (SILVA, 1991:223). As organizações de saúde apesar da diversidade que as caracterizam enfrentam actualmente um problema comum: um contexto de competição de tal modo elevado que requer uma adopção de um conjunto de medidas em diversas áreas do funcionamento. “A implementação dessas medidas requer um conjunto de mudanças ao nível organizacional” (CAETANO *et al*, 2000:283).

Segundo BECKER, GERHART E GALBRAITH (1995) o “esforço para sobreviver nas condições concorrenciais actuais tornou imperativa a implementação de diversos tipos de mudança com vista a melhorar o desempenho organizacional, reduzir os custos, melhorar a qualidade, aumentar a produtividade, inovar nos serviços (...)” (CAETANO *et al*, 2000:19).

A mudança organizacional é um longo e complexo processo que deve ser planeado, organizado, dirigido e controlado, envolvendo a totalidade da Organização. A Organização deve transformar-se num verdadeiro “ambiente de mudanças”, comunicando às pessoas os objectivos e o significado das mudanças, para que funcionem como agentes activos da mudança. Para que as mudanças aconteçam têm de partir das pessoas. Assim o primeiro passo a adoptar é: (i) preparar o ambiente psicológico: Adequado e facilitador da mudança, que permita fazer com que as pessoas aprendam a aprender e a inovar; (ii) mudar “a cabeça das pessoas”: Preparando-as e orientando-as antecipadamente para a mudança que se deseja (LAMPREIA, 1997:43).

É importante saber quais são as principais causas da mudança, ou seja, quais são os factores que implicam a mudança. Segundo Robbins a mudança comporta os seguintes factores: a natureza da força do trabalho, as novas tecnologias e a globalização/concorrência<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> “-A natureza da força do trabalho - As novas gerações, valorizam hoje, sobretudo, a flexibilidade, a satisfação e a realização profissionais bem como o ambiente de trabalho. Isto ocasiona, naturalmente, uma maior mobilidade da força de trabalho, sobretudo entre os quadros que não hesitam em mudar de empregador, à procura de lugares mais aliciantes e que se integrem melhor na trajectória de carreira que idealizaram para si próprios. -As novas tecnologias (a informática,...) – Têm um impacto profundo nas organizações, na medida em que provocam alterações fundamentais nos níveis de aptidões dos empregados, nas actividades quotidianas dos gestores e na capacidade das organizações para dar resposta às necessidades dos utentes. À medida que o ritmo da mudança aumenta, mais

A mudança organizacional emergiu na segunda metade do século XX como um dos principais desafios que as organizações têm de enfrentar com vista à sua própria sobrevivência e desenvolvimento. Mas, falar em mudança é, nos dias de hoje, um termo quase banal quando nos referimos às Organizações, sejam públicas ou privadas. E isto porque, elas estão submetidas a um conjunto de pressões que conduzem à necessidade de introduzir alterações mais ou menos profundas no seu funcionamento.

Para SILVA (1991:223), mudança é o acto ou o processo onde ocorre alteração ou modificação de uma situação existente, tornando-a diferente. A mudança pode ainda ser definida como “alteração da estrutura e de forma de funcionamento de uma organização, com o propósito de a tornar mais competitiva e ajustada às realidades do mercado” (RODRIGUES, 2003:209) ou seja “corporiza um processo de transformação global da organização, alterando o funcionamento do sistema, o que encerra em si próprio uma ruptura dos equilíbrios existentes” (LAMPREIA, 1997:16).

Mas este processo de mudança é fundamental para garantir que a organização, enquanto conjunto de recursos organizados, como forma de prosseguir objectivos específicos, se adeque permanentemente às solicitações e mutações do seu meio envolvente.

Da revisão da literatura sobre mudança e desenvolvimento organizacional, constata-se que os autores de referência (LEWIN E SCHEIN) conceptualizam a “teoria em torno da ideia de equilíbrio, desequilíbrio e, conseqüentemente, transição para um novo equilíbrio” (BILHIM, 2004:417). Neste mesmo sentido, a perspectiva da teoria contingencial postula que é a baixa *performance* que causa o desequilíbrio e conseqüentemente a mudança organizacional.

Assim, BILHIM E CAETANO afirmam que “se a causa da mudança radica na *performance*, a natureza da mudança a implementar é de dois tipos diferentes: a mudança incremental e a mudança profunda ou radical” (BILHIM, 2004:417 e CAETANO 2001:532).

---

*depressa as aptidões dos TR se tornam obsoletas, exigindo um maior investimento na formação. Uma outra consequência, da introdução das novas tecnologias consiste na flexibilização dos cargos, que passam a ser polivalentes, adaptáveis e de conteúdo variável, consoante as necessidades do serviço. -A globalização e a concorrência - Tanto podem surgir de outro país, como de outra organização mesmo ao nosso lado. Mas também, quer dizer que as organizações bem estruturadas tanto têm de se defender dos seus concorrentes tradicionais, como de pequenas Empresas (consultórios) que desenvolvem serviços inovadores. As organizações de Sucesso serão só as que conseguirem dar uma resposta mais eficaz à concorrência ou antecipar-se-lhe, de forma sustentada. Terão de ser rápidas, capazes de dar resposta em tempo recorde e flexíveis, tempos de resposta curtos e num permanente fluxo de novos produtos e serviços.” (Rodrigues 2003:210).*

Quando se fala de mudança organizacional, refere-se, por norma, à mudança incremental. Sendo esta o fruto da análise racional e de um processo de planeamento. Assim, a mudança planeada “é a tentativa sistemática de reformular uma organização de modo a ajudá-la a adaptar-se a mudanças significativas no ambiente externo e a alcançar novos objectivos” (FREEMAN, 1995:314) e “pressupõe algum tipo de estabilidade e de previsibilidade das condições em que a organização vai operar, o que permite diferenciar, no tempo, a fase de concepção e planeamento da fase de implementação das alterações consideradas necessárias” (CAETANO, 2001:533).

Às vezes, a mudança dá a impressão de não estar acontecendo, de que tudo continua como antes, somente poderá ser verificada com o passar dos anos, pode-se dizer que pequenas mudanças foram ocorrendo, lenta e gradativamente. Em outra situação, essa mudança pode ser radical e repentina. Assim, podemos dizer que as mudanças sempre ocorrem, o que difere é a intensidade e o resultado imediato observado. Quando ocorrem num processo lento e gradual, as mudanças são ditas evolucionárias, num processo brusco e radical, são revolucionárias (SILVA, 1991:224).

Segundo SILVA E FREEMAN as mudanças podem ocorrer nas três dimensões da organização: institucional ou estrutural; tecnológica; e comportamental ou expressiva. Ou seja, a mudança pode ter como alvo, os indivíduos, os grupos ou a organização, e pode-se concentrar (em vários tipos de mudança) na estrutura organizacional, na tecnologia, nas pessoas ou em alguma combinação desses aspectos. Mudar a estrutura de uma organização implica rearrumar os seus sistemas internos, como as linhas de comunicação, o fluxo de trabalho ou a hierarquia administrativa. Isso pode ser conseguido, segundo FREEMAN, de três maneiras<sup>2</sup> (FREEMAN, 1995:305).

Mudar a tecnologia de uma organização implica alterar o seu equipamento, os seus processos de engenharia, suas técnicas de pesquisa ou seus métodos de produção. Esta abordagem remonta à teoria da administração científica, de FREDERICK TAYLOR. Este autor indica a moderna linha de montagem – a tecnologia de produção geralmente tem

---

<sup>2</sup> “1 – O projecto organização clássico concentra-se em definir cuidadosamente as responsabilidades de trabalho e criar divisões de trabalho e linhas de desempenho adequadas.

2 – A descentralização cria unidades organizacionais menores, auto-suficientes, que se destinam a aumentar a motivação e o desempenho dos membros da unidade e a concentrar a atenção dos mesmos em actividades altamente prioritárias. A descentralização também permite que cada unidade adapte sua estrutura e sua tecnologia às tarefas específicas e ao seu ambiente.

3 – a modificação do fluxo de trabalho e o agrupamento cuidadoso de especialidades também podem levar a um aumento na produtividade e no “moral”.

um grande efeito sobre a estrutura. Por esse motivo, “as abordagens tecnoestruturais ou sociotécnicas procuram melhorar o desempenho alterando simultaneamente aspectos da estrutura e da tecnologia das organizações. A ampliação e enriquecimento do trabalho são exemplos de abordagens tecnoestruturais à mudança” (FREEMAN, 1995:305).

As mudanças são dinâmicas. Assim, aquela que ocorrer numa dimensão mais enfaticamente, acaba afectando também as outras. E também, uma mudança que se dê num serviço pode ter impacto na organização de saúde como um todo, porque todos os serviços estão interrelacionados (SILVA, 1991:226).

Tanto a abordagem técnica quanto a estrutural tentam melhorar o desempenho organizacional alterando a situação do trabalho. As abordagens às pessoas, por outro lado, tentam mudar o comportamento dos empregados concentrando-se em suas habilidades, atitudes, percepções e expectativas. Muitos desses esforços são conhecidos como técnicas de desenvolvimento organizacional (DO), as abordagens não-DO para mudanças nas pessoas incluem a gerência por objectivos, o desenvolvimento gerencial e a modificação de comportamento. Como as organizações são sistemas formados por elementos que interagem, qualquer programa de mudança será mais eficaz caso reconheça essa interacção e tende mudar mais de um elemento.

Para alcançar o objectivo, conclui-se que será necessária uma grande mudança estrutural. Esta pode envolver alterações tecnológicas. Por exemplo novos programas de computador podem ter de ser usados para transferir velhas informações para formatos mais apropriados, ou novas técnicas ou procedimentos podem ter de ser desenvolvidas para aumentar o profissionalismo. Além do investimento e modernização tecnológica, provavelmente serão necessárias mudanças nas pessoas.

Segundo MEGGINSON, existem duas principais maneiras de tratar a mudança organizacional. Uma é pelo processo reactivo, que trata dos problemas ou assuntos que aparecem depois que a mudança já tenha ocorrido. Outra maneira é pelo processo proactivo, que visa modificar as coisas estabelecendo um novo curso, em vez de corrigir o actual. O processo proactivo é possível através do desenvolvimento da mudança planeada, que envolve acções deliberadas para modificar o *status quo*, promovendo as condições necessárias (SILVA, 1991:227).

Introduzir mudanças nas Organizações, equivale a alterar o equilíbrio do sistema, provocando resistências que se estendem a todos os seus níveis. Toda a mudança que se

deseja empreender, representa uma modificação nas actividades do quotidiano, nas relações de trabalho existentes, nas responsabilidades, nos hábitos, atitudes e comportamentos dos elementos da Organização. Estas podem apresentar diversos graus: as mudanças podem ser ténues e imperceptíveis às pessoas, ou podem ser levemente percebidas. Nestes dois níveis as pessoas convivem com as mudanças quase sem o perceberem. Mas quando o nível de mudança é acentuado, o que significa que as mudanças que se pretendem implementar são profundas na vida da Organização, ela é percebida pelos indivíduos e desencadeia mecanismos de resistência, que se manifestam através de sintomas de ansiedade e preocupação, sobretudo quando a natureza e as características das mudanças são desconhecidas (LAMPREIA, 1997:44)

Os paradigmas existentes na vida de qualquer Organização, moldam profundamente o comportamento e as atitudes dos indivíduos, o que naturalmente conduz a reacções distintas, sempre que o equilíbrio existente é alterado. A desmotivação encontra a sua razão de ser, para além de factores intrínsecos como seja a falta de vocação ou não identificação com a profissão, em diversos factores exógenos e endógenos, alguns dos quais já foram referidos. Os factores exógenos ou associados ao sistema, são, entre outros, os relacionados com o sistema de compensação, com o nível dos salários, com a estrutura de quadros e carreiras, com o papel das chefias, etc.

Nos factores endógenos que a DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE salienta são: (i) a falta de informação e comunicação interna, a dificuldade de relacionamento interprofissional e inter-serviços; (ii) inexistência de programas de segurança e promoção da saúde no trabalho, num ambiente já de si pouco saudável, devido ao “stress”, preocupação e riscos ambientais; (iii) inexistência de programas de qualidade; (iv) ausência de envolvimento em comissões e grupos de trabalho para a melhoria da organização e funcionamento dos serviços; (v) deficiências no desenho dos posto de trabalho, no espaço disponível e equipamento, incluindo o nível de informatização e a facilidade de contactos; (vi) ausência de reconhecimento (DGS, 1998:79).

A resistência à mudança, por parte das organizações e as pessoas que as compõem pode ser, por um lado, “positiva, porque dá ao comportamento das organizações previsibilidade e estabilidade. Se não houvesse certo grau de resistência à mudança, o comportamento organizacional tornava-se imprevisível e caótico” e, por outro lado, “pode ser uma fonte de conflito funcional e diminuir a capacidade de adaptação e o

progresso organizacional” (RODRIGUES, 2003:217). “O esforço da mudança organizacional quase sempre esbarra com alguma forma de resistência humana” (LAMPREIA, 1997:44).

Como se pode verificar na opinião dos seguintes autores todos referem as pessoas entre as fontes de resistência: “actual cultura organizacional, os interesses pessoais e percepções diferentes a respeito de objectivos e estratégias organizacionais” (FREEMAN, 1995:314) e também refere Lampreia “factores de resistência são os que subsistem ao nível estrutural/organizativo e comportamental” (LAMPREIA, 1997:14). Rodrigues aponta 3 componentes essenciais da mudança “a estrutura da empresa; as tecnologias utilizadas; as pessoas que constituem a organização” (RODRIGUES, 2003:214).

Assim, a resistência à mudança é um fenómeno natural, estando-lhe subjacente uma multiplicidade de causas que podemos agrupar da seguinte forma:

- \* Factores lógicos (objecções racionais e lógicas): (i) interesses pessoais; (ii) tempo necessário para se ajustar às mudanças; (iii) esforço extra para reaprender; (iv) custos económicos da mudança; (v) questionamento da viabilidade técnica.
- \* Factores psicológicos (atitudes emocionais e psicológicas): (i) medo do desconhecido; dificuldade de compreensão da mudança; (ii) baixa tolerância à mudança; (iii) falta de confiança nos outros; (iv) necessidade de segurança, desejo de manter o *status quo*;
- \* Factores sociológicos (interesses de grupos e factores sociológicos): (i) valores sociais diferentes; desejo de manutenção da composição dos grupos.

As consequências da resistência à mudança podem ser muito variadas e dependem, naturalmente, da importância dos aspectos que estão em causa no processo de mudança e da magnitude da oposição por parte dos membros da organização.

Segundo a visão de LEWIN [citada por FREEMAN, SILVA E CAETANO] “mesmo as pessoas que chegaram a realizar mudanças, logo voltaram aos métodos antigos caso os novos não sejam reforçados”. Para impedir isso, LEWIN sugere “um processo de 3 etapas: “descongelar” o padrão actual de comportamento, “mudar” ou desenvolver um novo padrão e em seguida “recongelar” ou reforçar o novo comportamento (FREEMAN, 1995:314, SILVA, 1991:235 e CAETANO, 2001:537).



Para contornar os factores de resistência à mudança, várias estratégias podem ser levadas a cabo: “preparar as pessoas antecipadamente para as mudanças, comunicando as razões e os objectivos; envolver e fazer participar as pessoas na mudança; apoiar as pessoas através de formação, aquisição de novos conhecimentos” (LAMPREIA, 1997:47).

A chave da mudança e do seu êxito são as pessoas. Assim, há que utilizar estratégias de mudança que contemplem uma acção sobre os indivíduos.

Quem vai aplicar estas estratégias são os gestores da mudança, ou seja, são aqueles que no quotidiano contribuem para que as organizações funcionem e atinjam resultados. Assim, as chefias devem actuar como agentes de mudança organizacional, através do desempenho da função de gestão que compreende, saber comunicar, motivar e liderar para atingir resultados.

Desde os anos cinquenta, têm sido criadas diversas técnicas e abordagens que visam orientar e gerir os processos de mudança nas organizações as quais se inserem na designação de Desenvolvimento Organizacional (DO).

O DO consiste em aplicar conhecimentos, conceitos e investigações sobre o comportamento humano nas organizações para realizar mudanças deliberadas visando um aumento de eficiência.

NEWTON MARGULIES (1972) refere que o DO representa, portanto, “um processo e uma técnica que permite à organização fazer o ponto da sua “cultura”, determinar onde e quando são úteis às mudanças, realizá-las e avaliar os seus resultados” (RODRIGUES, 2000:268).

HUSE (1980) descreve o DO, como a “aplicação dos conhecimentos das ciências comportamentais, num esforço a longo prazo, para melhorar a capacidade de uma organização para lidar com as mudanças do seu ambiente externo e aumentar as suas capacidades para resolver os problemas internos” (CAETANO, 2001:537).

De um modo geral, a abordagem do DO permite integrar e conjugar diversas técnicas de diagnóstico e intervenção organizacional, dependendo a sua escolha dos objectivos de mudança, dos alvos visados e da situação específica. Num mesmo processo de mudança organizacional podem-se utilizar diversas abordagens e técnicas, desde que se revelem as mais adequadas à situação. Os agentes de mudança do DO tentam descobrir que

aspectos da organização precisam ser melhorados e como a organização pode ajudar a realizar essas melhorias.

Assim, numa organização que visa a mudança, procura a inovação, a qualidade está orientada para os resultados, as chefias devem estimular os seus colaboradores a desenvolverem esforços orientados para o desempenho nas melhores condições de trabalho, dando-lhes apoio de modo a aumentar a sua satisfação.

As organizações de saúde sofrem influência de alguns factores que impulsionam a mudança. Esses factores originam-se tanto fora da organização, como dentro dela. Os factores externos são pressões do ambiente social no qual a organização está inserida, e portanto não são passíveis de controle por seus elementos. As pressões sociais, educacionais, políticas, tecnológicas, económicas e culturais são factores externos que provocam mudanças nas organizações de saúde e, conseqüentemente, nos serviços de radiologia. As pressões para a mudança também podem estar dentro da organização de saúde e, por isso, os factores internos podem ser mais facilmente trabalhados por seus elementos. Esses factores resultam da mudança de objectivos e da filosofia da organização e do serviço de radiologia, da política de pessoal, do processo de tomada de decisão, da nova tecnologia implantada, do relacionamento interpessoal e de normas e rotinas de trabalho estabelecidas para ou pelo grupo (SILVA, 1991:225).

Existem inúmeras abordagens para tratar o tema “mudança organizacional”, recorrendo todas elas a um elevado número de factores. Neste estudo pareceu-me pertinente proceder a uma abordagem da mudança que contemple factores organizacionais internos e externos: liderança, comunicação, qualidade, natureza jurídica, investimento/modernização tecnológica.

### **1.1. Liderar para orientar a mudança**

Começo a focar as variáveis de mudança organizacional pela liderança e mais concretamente o papel do líder na transformação.

Existe uma necessidade de modernizar as Unidades de Saúde para o século XXI. Para atingir este objectivo é necessário assegurar que os serviços integrados através das fronteiras profissionais e organizacionais tradicionais respondam às necessidades dos utentes e sejam eficazes. Isto tudo é o que se pode entender de uma gestão e uma

liderança eficaz, pela capacidade de desenvolver a partilha de valores com os outros, de saber gerir o desempenho fixando normas de qualidade, de monitorar o processo face a essas mesmas normas e de saber liderar os esforços com vista a obter melhorias nos serviços. Inclui gerir equipas, projectos, a mudança e, ainda, fazer melhor a utilização possível de recursos disponíveis – humanos, financeiros, instalações e, não menos importante, da informação (MARTIN, 2004:1).

Segundo CHIAVENATO a liderança “é a influência interpessoal exercida numa situação e dirigida através do processo da comunicação humana à consecução de um ou de diversos objectivos específicos” (CHIAVENATO, 1982:433). O mesmo autor refere que BAVELAS, enfatiza a distinção entre o conceito de liderança “como sendo uma qualidade pessoal” (combinação especial de características pessoais que fazem de um individuo um líder) e de liderança “como função” (decorrente da distribuição da autoridade de tomar decisões dentro de uma empresa). Salienta que “o grau em que um individuo demonstra qualidades de liderança depende não somente de suas próprias características, mas também das características da situação na qual se encontra” (CHIAVENATO, 1982:433).

Sem entrar nas teorias sobre liderança (onde explicam a influência do superior sobre os subordinados ou grupos de subordinados) e sabendo que a liderança é mais relevante que a direcção, apenas abordo a liderança no sentido de que os chefes/responsáveis de serviço ou técnicos coordenadores tenham um duplo papel: o de gerir e o de liderar a mudança. Assim, aqueles que no quotidiano contribuem para que as organizações funcionem e atinjam resultados são as chefias, que neste contexto têm duplo problema: gerir (cuja função é liderar, motivar, coordenar e dirigir o trabalho de outros) e ser agente de mudança (saber lidar com as diferentes resistências desencadeadas pela mudança e desenvolver estratégias para a sua implementação) (LAMPREIA, 1997:48).

Lampreia definiu a liderança como o processo de orientação e influência das actividades relacionadas com as tarefas dos membros da Organização. A liderança implica um tipo de desempenho que se caracteriza pela capacidade de exercer influência sobre outras pessoas e a prossecução de objectivos. Assim, este processo envolve a orientação, a coordenação, a motivação e a adesão para atingir um objectivo comum. Deste modo o autor refere que, os líderes desempenham um papel crítico, ajudando grupos e organizações a alcançar resultados, o que significa que a capacidade e competência de

liderança são factores importantes para a eficácia da função de gestão (LAMPREIA, 1997:57).

Outro factor com enorme importância na liderança é o papel dinamizador das chefias. O bom e o mau funcionamento dos serviços, o nível de produtividade, o grau de motivação e satisfação dos funcionários são, na maior parte dos casos, determinadas essencialmente pela postura e atitude das chefias (DGS, 1998:78).

Nas unidades de saúde e nos diferentes serviços encontramos tipos de gestores diferentes. Mas no fundo todos eles têm a responsabilidade final pela prestação dos serviços de elevada qualidade, liderança de equipas e ainda gerem os diversos sistemas de apoio que tornam possível o funcionamento dos serviços. Os técnicos coordenadores deveriam ter um leque de conhecimentos e competências específicas de modo a obterem uma abordagem de gestão eficaz<sup>3</sup>.

Mas, na realidade a nomeação do técnico coordenador está com frequência relacionada com a categoria mais elevada e mais anos nessa categoria como está previsto na carreira dos técnicos de diagnóstico e terapêutica (DL n.º 564/99 de 21 de Dezembro) independentemente das suas qualificações e competências reconhecidas. Recentemente com a nova gestão dos Hospitais SA, em alguns serviços nomearam para técnico coordenador, técnicos que não tinham a maior categoria profissional. Também, num documento do ministério da saúde “o hospital português” refere e vem reforçar esta ideia quando afirma que “no caso das instituições de saúde, a ascensão profissional na generalidade das carreiras culmina em categorias de chefia. Nem sempre ser «bom técnico» significa ser «bom chefe». Os processos de selecção para categorias de chefia raramente utilizam processos eficazes de aferição das capacidades de chefia e liderança dos candidatos” (DGS, 1998:78).

Nos serviços de radiologia dos hospitais e centros de saúde é frequente encontrar TR que foram nomeados como TC (gestores), onde têm de exercer liderança sobre as suas equipas. De acordo com a opinião de MARTIN, as qualificações para se poder ser nomeado líder de uma equipa deveriam estar de acordo com a especificação e a experiência, particularmente a competência em supervisionar e ajudar a desenvolver outras pessoas (MARTIN, 2004:37). Mas, a liderança não pode ser vista apenas como o

---

<sup>3</sup> O conceito de eficácia em gestão mede até que ponto os resultados que se previam atingir foram alcançados com qualidade. (Martin, 2004:1).

resultado do exercício de determinadas competências, embora estas constituam, sem dúvida, condições prévias essenciais para a credibilidade de um gestor. Reflecte-se também em disposições pessoais que são fundamentais, como a empatia, a abertura às críticas e às ideias dos outros, um certo grau de altruísmo e uma capacidade sensata de assumpção de riscos na responsabilização dos outros. A este tipo de liderança os autores MARTIN E HENDERSON chamam de liderança transformacional (Martin, 2004:39). Estes autores que escreveram sobre a gestão das unidades de saúde citam PETERS, WATERMAN e BURNS que mencionam “*este tipo de liderança descreve os líderes que são capazes de envolver os seus colaboradores em transformação voluntária e as formas como trabalham. Vários são os nomes que são utilizados para este tipo de liderança: elevada, mobilizadora, inspiracional, exaltante, de melhoria, exortadora, evangelizadora*” (MARTIN, 2004:38).

A função de chefia nas organizações públicas tem sido fortemente marcada por formalismo e rigidez, muito ligada a regulamentos, normas e procedimentos estabelecidos, sobrevalorizando-os em relação aos objectivos (LAMPREIA, 1997:58).

No entanto, as ideias tradicionais sobre líderes e liderança estão frequentemente baseadas no modelo militar no qual o líder decide, dirige e comanda. Contudo, num enquadramento organizacional moderno, muito poucos estarão dispostos a seguir com confiança absoluta um líder cuja opinião sobre a acção a tomar está sempre certa. A maior parte de nós pretende contribuir com algo da nossa perspectiva e queremos que a nossa experiência, conhecimentos e competências específicas sejam reconhecidos (MARTIN, 2004:38).

Hoje, grande parte dos profissionais de saúde inclusivamente os TR, lidam com alta tecnologia, têm como habilitações um curso superior e elevada formação em serviço. Assim, torna-se pouco provável que ao comandá-los ou dirigi-los se possa ganhar a sua vontade de colaboração e o seu compromisso. Dirigi-los com um estilo adequado será uma forma mais eficaz de os poder influenciar, e nisto consiste a forma de liderança moderna. É obvio que a maior parte dos gestores, terá provavelmente um estilo de gestão, uma forma preferida de exercitar o seu poder e a sua autoridade. Alguns gestores são autoritários por natureza. Outros preferem não exercer a sua autoridade e adoptam uma postura relativamente às pessoas de “deixa andar”, num estilo quase *laissez-faire*. Outros adoptam posições intermédias. Alguns gestores preferem dar directivas para

tudo; outros preferem um estilo muito mais consultivo ou participativo. O estilo preferido é influenciado por um certo número de factores, onde os de maior importância são os valores pessoais (MARTIN, 2004:49).

Na verdade sabemos que todos os grupos precisam de um chefe que dirija, essencialmente, além de outras vertentes, também as necessárias e exigidas. A amplitude da coordenação pode e deve variar; no entanto, a carreira de TDT confirma esta realidade e necessidade, ao contemplar no Decreto-Lei n.º 564/99 de 21 de Dezembro de 1999 no seu artigo 11.º a Coordenação.

Há muito tempo se ouve falar que o “chefe cria a atmosfera geral e é o elemento-chave para o êxito ou não êxito de um serviço” e “a culpa é do chefe”. Perante este tipo de afirmações, de todas as dificuldades e/ou críticas o Técnico Coordenador (TC) precisa de mudar dum papel de chefe tipicamente burocrático para um tipo de liderança encorajadora, de envolvimento e camaradagem. O TC deve agir como gestor e líder e ser responsável por “proporcionar a eficiência e a rentabilização da actividade profissional dos TDT na prestação de cuidados de saúde, em interligação com os restantes profissionais que compõem as equipas de saúde, e não prejudica as competências próprias da estrutura hierárquica da instituição” (Decreto-Lei n.º 564/99, artigo 11).

Nesta linha de pensamento, é imperioso que o TC deixe de ser o filtro de toda a informação e que assuma atitudes de maior abertura, de maior confiança, de maior conhecimento dos seus pares, procurando identificar os pontos fracos de forma a aperfeiçoar e criar estratégias para ajudar o desenvolvimento da equipa.

O modo de organizar o trabalho é também um modo de gerir e desenvolver competências. É neste sentido que se deve fomentar o trabalho em equipa e coordenar e controlar por mecanismos mais flexíveis, de forma a envolver mais os profissionais, desenvolver a sua autonomia, a responsabilidade e as competências. O trabalho em grupo implica polivalência na realização das tarefas, i.e., a rotação do posto de trabalho pressupõe conhecimentos técnicos mais alargados, na medida que têm que dominar o trabalho em vários equipamentos. Os líderes desempenham um papel crítico, ajudando grupos e organizações a alcançar resultados, o que significa que a capacidade e competência de liderança são factores importantes para a eficácia da função de gestão (LAMPREIA, 1997:57). Lampreia afirma que para uma equipa ser realizadora de alto

desempenho, é necessário que a equipa seja capaz de fazer o que é preciso no momento necessário e que esteja bem organizada, com procedimentos bem definidos quanto ao modo como as tarefas devem ser realizadas, e com responsabilidades bem clarificadas para todos (LAMPREIA, 1997:48).

Também Damião tem a mesma opinião acerca deste assunto, o que se pode verificar quando afirma que as equipas de trabalho possuem virtualidades para melhorar a organização no trabalho e fomentar a polivalência das tarefas, o que permite aumentar a flexibilidade, a rapidez de resposta e a valorização dos recursos humanos. Por estas razões, as formas de organização do trabalho que procuram enriquecer o seu conteúdo através da ampliação ou alargamento das tarefas, deste modo contribuindo para o desenvolvimento da personalidade e para a realização individual dos trabalhadores, são justamente consideradas mais importantes e são aquelas a que tem sido reconhecido um maior sucesso (DAMIÃO, 1995:173). A aplicação das várias formas de organização do trabalho, no sentido de enriquecimento do trabalho, o balanço global aponta para os seguintes resultados globais: redução do absentismo; locais de trabalho mais atractivos; melhoria da qualidade e aumento de produção; menos queixas de aborrecimento; maior interesse pelo trabalho e maior satisfação (DAMIÃO, 1995:17).

Ainda RENÉ MENDES refere que (na Terceira Enquete Européia sobre as Condições de Trabalho (2000), realizada nos últimos dez anos pela *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions*). Em relação aos factores directamente relacionados com a organização do trabalho, pode-se observar que: aumentou a intensidade do trabalho e esta está fortemente associada a problemas de saúde (lombalgia, stress, dores musculares no pescoço e ombros); em geral, existe autonomia do trabalho ou controle no/do trabalho; quanto ao conteúdo da tarefa, parecem estar a diminuir as aprendizagens novas e o trabalho é monótono (...) (MENDES, 2005:820).

Para que seja possível melhorar a qualidade nos serviços públicos é indispensável mobilizar os membros da organização na sua totalidade, incentivando-os a participar na vida da organização e a desempenharem as tarefas que lhes competem. Os hospitais e centros de saúde devem aproximarem-se mais do modelo de gestão participativa. Este tipo de gestão leva ao aproveitamento do potencial de inteligência, criatividade, mudança e inovação existentes nos seus funcionários, contrariando a imagem que actualmente se verifica da Administração Pública e que é a criação de condições para o

anonimato individual. Deste modo, é fundamental mobilizar o pessoal, reconhecer o seu contributo na construção dos resultados obtidos como produto de todos os profissionais, porque estes são o recurso dinâmico das organizações, e o factor decisivo para as organizações sobreviverem.

Assim chefiar e liderar não são conceitos que se excluem, mas, pelo contrário, devem ser coincidentes. A diferença está centrada na postura adoptada pelos actores sociais. A função de liderança orientada para a inovação e para a melhoria da qualidade e da produtividade, necessita de líderes que possuam competências para a organização e coordenação do trabalho em equipa e que saibam orientá-los, apontando-lhes o rumo a seguir, dentro do principio de uma gestão participativa de modo a conseguir a adesão, o envolvimento e o comprometimento de todos.

Assim as principais funções de um líder são as seguintes: (i) transformar as directrizes políticas da Organização em objectivos concretos; (ii) supervisionar e acompanhar o desenvolvimento do processo de realização até à obtenção de resultados; (iii) assegurar o desenvolvimento das relações interpessoais e grupais que propicie um clima facilitador da motivação; (iv) assegurar o apoio a nível das necessidades de desenvolvimento e realização pessoal de cada membro do grupo; (v) suprir qualquer função não prevista, tanto ao nível da realização das tarefas como ao nível da coesão do grupo (LAMPREIA, 1997:59).

A gestão de imprevistos pode estar relacionada com deficiências de informação sobre métodos e objectivos, com o *feed-back* sobre o desempenho e o sistema de recompensas que fazem parte da política da organização e ainda, à necessidade de correcções ou ajustamentos do percurso encetado.

PETER DRUCKER fala que uma das competências de um executivo é a percepção. Este deve ser capaz de perceber os problemas dos empregados aprendendo a ouvi-los. É então necessário haver informação para que se faça um trabalho bem feito. A informação é para DRUCKER uma responsabilidade e a principal arma da empresa. A maximização decorrerá de uma intercomunicação, de um processo incessante de informação, da compreensão mútua. Aqui se devem alicerçar as tarefas mais importantes do executivo, deve-se fomentar um trabalho de equipa (DRUCKER, 2000).

As atitudes do líder, que deverão estar subjacentes ao exercício da função de liderança, e das quais depende em parte a eficácia da equipa, são: (i) *Apoio* – Valorizando cada



indivíduo dentro do grupo; (ii) *Relacional* – estimulando a relação interpessoal entre os membros do grupo; (iii) *Participativa* – suscitando a adesão aos objectivos definidos; (iv) *Orientada para Objectivos* – incentivando o comprometimento pessoal e o empenhamento dos membros do grupo, relativamente aos objectivos. Deste modo, uma chefia eficaz deve centrar e orientar a sua intervenção em três níveis: (i) nos membros da equipa; (ii) no funcionamento da equipa; (iii) nos resultados (LAMPREIA, 1997:56).

As chefias devem liderar o seu grupo (equipa), orientando-o para atingir objectivos (resultados), dando-lhe o apoio necessário para a correcta execução das tarefas relacionadas com a função e, simultaneamente, estarem centradas nas necessidades dos indivíduos que integram o grupo (equipa) (LAMPREIA, 1997:60).

As necessidades individuais podem estar directamente relacionadas com o desempenho das tarefas, por ex., necessidade de mais informação, aprendizagem de novos *skills*, ou estar relacionadas com factores de ordem psicológica ou de relacionamento. Nunca é excessivo recordar que os recursos humanos são fundamentais numa instituição de saúde. Se cada profissional não se sentir motivado para apostar com satisfação no seu desenvolvimento pessoal e organizacional, não há plano de trabalho, por mais racional e tecnologicamente perfeito, que possa ser executado com eficiência (ROSA, 2004:9)

As chefias devem ainda proporcionar aos seus subordinados as competências e a autoridade para tomar decisões, resolver problemas sem desperdício de tempo e de custos, e contribuir para a melhoria dos serviços e a consequente satisfação das necessidades dos clientes. Assim, para que os indivíduos executem eficazmente as tarefas que lhes são atribuídas pela organização, há que lhes conferir a autoridade correspondente. Através da delegação os elementos da organização têm poder de que necessitam para executar as tarefas sob sua responsabilidade. Esta delegação de responsabilidades (*empowerment*) por parte dos dirigentes e das chefias nos seus colaboradores, significa basicamente a adopção de uma nova postura baseada em novos valores organizacionais, orientados para a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos clientes (LAMPREIA, 1997: 61).

Não é possível falar de mudança sem considerar os jogos do poder existente nas organizações que tanto podem originar a mudança como levar à rigidez da hierarquia. Para se conseguir a mudança e o desenvolvimento organizacional, é necessário desenvolver a flexibilidade e a cooperação, através de um processo de liderança

adequado. Neste contexto, a liderança, pode desempenhar um papel inovador, na medida em que ultrapassando a formalidade de líder-liderado, que a direcção e a motivação pressupõem, implica a mais valia em termos de trabalho de gestão. Mais valia essa que resulta das sinergias de grupo, traduzindo-se em modelar e elevar os valores do grupo e a transformação como um todo, em termos de novos objectivos, intuição mais elevada e actuação conjunta.

## 1.2. A comunicação no contexto de mudança

A comunicação é um processo complexo, constituído por numerosos conjuntos de comportamentos e não um acto singular e unificado. Esta é a razão pela qual existe uma diversidade de teorias relacionadas com a comunicação, cada uma encarando o processo de um ângulo diferente e fornecendo modos de ver que lhe são próprios. (LITTEJOHN, 1988:369)

A comunicação constitui um comportamento organizacional subjacente à vida da organização e à dos seus membros. De forma mais específica, podemos considerar que a comunicação organizacional é o processo através do qual a informação é transmitida na organização e a relação entre os indivíduos que dela fazem parte é estabelecida. A comunicação entre os diferentes elementos que a constituem faz com que a informação circule e as relações sejam criadas.

Ou seja, a comunicação é o processo pelo qual as pessoas que trabalham numa organização trocam informações entre si e interpretam o seu significado, sendo o meio privilegiado através do qual as pessoas estabelecem relações dentro das organizações. A comunicação tem como funções básicas a *produção, manutenção e inovação*. A *função de produção* está relacionada com a execução das tarefas requeridas para alcançar os objectivos formais; A *função de manutenção* está associada aos processos informais e engloba o estabelecimento de relações interpessoais dentro da organização; A *função de inovação* está ligada aos processos de mudança e à necessidade de adaptação a normas de conduta (LAMPREIA, 1997:48).

A informação circula através da estrutura das organizações, segundo trajectos descendentes, ascendentes e laterais, tendo como finalidade fornecer a informação necessária aos membros do grupo ou da organização, através de mensagens sobre novas

ideias e procedimentos que ajudam a organização a adaptar-se ao meio. Podemos dizer que as finalidades da comunicação são basicamente: (i) influenciar pessoas; (ii) permitir a expressão de sentimentos e emoções; (iii) dar, receber e trocar informações (LAMPREIA, 1997:49).

Na linha de pensamento de PETIT E DUBOIS (1998), podemos considerar que a comunicação é algo de indispensável ao funcionamento das organizações, porque contribui para assegurar a eficácia do seu sistema técnico, facilitando a manutenção da interdependência entre indivíduos, grupos, serviços e gabinetes do seu sistema interno. Também face ao exterior, a abertura da organização depende da sua capacidade de estabelecer e manter com este, a troca de informações recíprocas. O padrão da comunicação é orientado pelas expectativas e processos sociais e, os elementos técnicos, só servem como meio de facilitar a interacção entre as pessoas.

A este propósito BILHIM (2004:360), refere que, nas organizações, a importância da comunicação radica no facto de ela cumprir quatro grandes funções. A primeira grande função é o controlo formal e informal do comportamento dos membros da organização. A segunda é de motivação dos colaboradores, ao esclarecê-los sobre o que devem fazer, e ao dar-lhes *feed-back* do grau da sua realização. A terceira função é ir ao encontro das necessidades de afiliação que todo o ser humano tem, e, por fim, a quarta função é de fornecer a informação necessária à tomada de decisão.

De acordo com LITTLEJOHN, a comunicação é central para a estrutura e para a função da organização, para apoiar as metas de produtividade e as metas pessoais dos seus membros. A estrutura organizacional, as necessidades e os motivos humanos dos membros, influenciam grandemente a natureza da comunicação nas organizações. A comunicação é uma parte essencial da tomada de decisão e a autoridade organizacional é uma questão de credibilidade da comunicação. É durante o processamento da informação na organização que surgem as redes de comunicação (LITTLEJOHN, 1988:59).

LITTLEJOHN refere a comunicação como interacção simbólica que envolve alguns processos básicos em que se incluem a codificação, o significado, o pensamento e a persuasão. Intimamente ligado com a codificação e o significado está o terceiro processo básico, o pensamento, que envolve o comportamento conceptual que é a parte integrante da vida simbólica. O quarto elemento básico da comunicação, de acordo com

o mesmo autor, é a informação que é um conceito relacionado com a incerteza e a redução da incerteza. São as mensagens que contribuem para que a pessoa esteja mais apta a predizer as ocorrências e conseqüentemente aumentam o potencial de redução de incerteza. Deste modo, a comunicação envolve a informação. As teorias da informação abordam este aspecto de várias formas, umas considerando a informação uma medida de incerteza num campo de opções, outras enfatizando a transmissão de informação concentrando-se na incerteza ou previsibilidade dos sistemas de código, outras fazendo uma abordagem semântica mostram como mensagens reduzem a incerteza e, por fim, outras teorias da informação relacionam os processos de informação à mudança de sistema, isto é, que a comunicação pode levar à mudança. O último aspecto da comunicação pode chamar-se de persuasão “*processo de indução de mudanças através da comunicação*” (LITTEJOHN, 1988:369).

São, portanto, estes processos de codificação, o significado, o pensamento e persuasão que nos ajudam a entender o tipo de acontecimentos incluídos no conceito de comunicação.

Mas os processos de comunicação podem ocorrer em vários contextos, sendo no entanto o contexto organizacional que interessa para este estudo.

A comunicação organizacional envolve a transferência de informação através da hierarquia. Na maior parte dos casos, é fundamentalmente informal e, em outros, assume carácter formal e escrito. Em si mesma a estrutura da organização é um padrão formal de comunicação, pois, indica como é que se comunica formalmente naquela organização (BILHIM, 2004:363).

O cenário em que decorre o processo de comunicação na Administração Pública, característico da cultura burocrática, é fortemente marcado por um excesso de formalismo e rigidez, com predomínio da comunicação escrita. A comunicação processa-se no sentido vertical da estrutura hierárquica, predominando as comunicações em sentido descendente, relativamente às de sentido ascendente. Deste modo, o fluxo de informação conduz quase sempre a “ordens” enviadas do topo para a base da estrutura organizacional, e há escassez de informação de retorno. O tipo de informação que é veiculada para os níveis inferiores está quase sempre relacionada com a orientação e o controle do desempenho (LAMPREIA, 1997:49).

Nos H/CS por norma a informação do Conselho de Administração (órgão da gestão de topo) chega a todos os profissionais através de boletins informativos, circulares normativas e informativas, podendo ainda chegar por revistas, intranet, pessoa-a-pessoa e reuniões. Deste modo, a estrutura da organização limita as comunicações a canais escassos e formalmente aceites.

Os processos (como se comunica) dentro das organizações, tanto com respeito à direcção dos fluxos (quem comunica a quem), como em relação à estrutura da rede e ao seu conteúdo (como e o quê está a ser comunicado) constituem um problema central da comunicação. Segundo BILHIM, há quatro fluxos básicos de comunicação formal. A direcção do fluxo pode seguir o padrão de autoridade das diversas posições hierárquicas, descendo do topo à base (comunicação descendente). Pode-se movimentar entre iguais, ou pares, do mesmo nível hierárquico (comunicação horizontal). Pode subir a escada hierárquica (comunicação ascendente), ou processar-se entre os elementos de diferentes níveis da hierarquia (comunicação lateral).

A comunicação descendente apresenta basicamente cinco tipos, a saber: (i) directivas de tarefa: instruções acerca do cargo ou função; (ii) informação destinada a produzir compreensão da tarefa e sua relação com outras tarefas: lógica do cargo; (iii) informação sobre procedimentos e práticas; (iv) *feed-back* para subordinados sobre o seu desempenho; e, (v) informação sobre as metas a atingir destinada à aculturação dos funcionários.

A comunicação horizontal ou entre pares, além de proporcionar coordenação de tarefas, também serve de suporte importante às necessidades emocionais e sociais dos indivíduos. Em termos de função de controlo, este tipo de comunicação constitui uma verificação do poder dos líderes e gestores. Quanto mais autoritário for o estilo de gestão e liderança menor será este fluxo de comunicação. A comunicação ascendente basicamente pode ser reduzida ao que a pessoa diz sobre: si mesma, o seu desempenho e os seus problemas; os outros e os seus problemas; as práticas e directrizes organizacionais e o que precisa de ser feito e como (BILHIM, 2004:365).

Assim os profissionais podem relatar ao seu chefe o que têm feito, o que fizeram os que lhes estão subordinados, o que fizeram os seus pares, o que ele pensa que deve ser feito, os seus problemas e os problemas da sua unidade.

O problema da comunicação ascendente está na natureza da estrutura hierárquica. As pessoas desejam passar certa informação linha acima, mas geralmente temem apresentá-la à pessoa mais relevante ou da forma mais objectiva. À partida as pessoas que possuem estatutos hierárquicos superiores representam simbolicamente para os inferiores a zona da palavra interdita e do tabu, noutros termos, o sagrado. Por todos estes motivos, a comunicação ascendente raramente se processa em expressão plena e espontânea, no respeito por determinadas regras de jogo de poder. Quanto mais pesada no topo seja a estrutura organizacional, e quanto maior o controlo exercido através de pressões e sanções, tanto menos adequado será o fluxo de comunicação linha acima.

A circulação da informação no interior da estrutura está sujeita a diversos tipos de filtragens e interrupções. Esta situação verifica-se tanto no sentido descendente como ascendente, cujo impacte é a perda da eficácia da informação veiculada e, conseqüentemente, esta tenderá a ser menos valorizada. Por outro lado, a desconfiança entre os comunicantes aumenta, levando a comunicações de carácter defensivo. A cultura existente, privilegia a comunicação escrita e formalizada. Assim, regras, decisões e acções devem ser registadas e documentadas por escrito, nada se aceita oralmente. Surge ainda a necessidade de criar documentos e formulários padronizados e de “rotinizar” o seu preenchimento. Como todas as acções e procedimentos são realizadas para proporcionar comprovação, existe a duplicação de documentos, as copias para “terceiros” e, conseqüentemente, o excesso de papel (LAMPREIA, 1997:50).

Por vezes as redes de comunicação dizem respeito ao canal através do qual a informação circula, e relacionam-se com a necessidade de definir um padrão que facilite o processo de comunicação. As redes formais seguem a cadeia de autoridade existente. As informais são livres de seguir qualquer direcção e são tão importantes para a satisfação das necessidades dos empregados, como para a realização das tarefas que lhes estão cometidas (BILHIM 2004:366).

A comunicação é um dos problemas mais graves que afectam as organizações. Restringi-la a canais aceitáveis, apenas formalmente, pode conduzir a uma ausência de transmissão de mensagens. Uma mensagem do Conselho de Administração aos técnicos de radiologia poderá mesmo demorar dias a ser transmitida, através da cadeia formal. Esta é a razão principal para que haja comunicação informal numa organização. Por vezes, as comunicações informais são posteriormente formalizadas, e é usual as

organizações permitirem um certo grau de informalidade. No entanto, as alterações devem ser comunicadas num prazo de tempo estipulado. A rede de informação informal é, frequentemente, referida pela literatura anglo-saxónica como tendo quatro formas: sendo a mais comum a pessoa a pessoa, ou seja, o cordão de informação estabelece-se de pessoa a pessoa. Uma outra forma, que se designa de cachos, a informação é transmitida selectivamente. O detentor da informação passa-a deliberadamente a uns e não a passa a outros.

Segundo CAETANO, a mensagem codificada pode ser enviada por diversificados meios ou canais. Nas organizações podemos, por exemplo, referir encontros face-a-face, os contactos telefónicos, os memorandos, as cartas, circulares, correio electrónico e os boletins informativos. A escolha do canal tem um forte impacto no processo de comunicação, porque diferentes pessoas podem ter diferentes competências na utilização de diferentes canais e diferentes mensagens têm adequações distintas a diferentes canais (CAETANO, 2001:358).

Segundo opinião do autor acima citado, para as mensagens mais complexas devemos utilizar os canais mais ricos, nomeadamente os encontros face-a-face, porque ao permitirem uma resposta imediata do receptor, são impensáveis para que a comunicação se efectue. Este canal tem a vantagem de permitir o contacto pessoal, a resposta imediata do receptor e aumentar a hipótese de surgirem novas ideias, questões e soluções para eventuais problemas colocados na organização. Ou de um modo mais formal, a organização pode organizar reuniões, nas quais as chefias informam os seus subordinados sobre a introdução de nova tecnologia e recolhe opiniões e sugestões para a introdução desta mudança. Apesar destas vantagens, a comunicação que utiliza este canal é gastadora de tempo e pode facilitar o aparecimento do conflito. Por exemplo, se a mudança que se pretende transmitir, como introdução de nova tecnologia anteriormente referida, for um assunto que capta adeptos, a direcção da organização, mas também opositores implica que os comunicadores tenham competência para gerir, no decurso da reunião, o conflito que possa emergir (CAETANO, 2001:359).

A utilização dos boletins informativos e as circulares (informativas e normativas) têm a vantagem de ser formal e de ser difundida facilmente, ganhando-se tempo se o contacto implica diversificadas pessoas. No entanto, como são comunicações que não permitem a resposta imediata por parte do receptor, tem o inconveniente de poder ser pouco eficaz.

As interpretações dos receptores podem ser diversificadas e afastarem-se da intenção do emissor, sem que este se aperceba de tal desvio. Por outro lado, como não permitem ao receptor certificar-se da correcção da interpretação realizada, podem causar insegurança sobre as intenções do emissor. Esta ausência de resposta imediata do receptor pode ser encarada como vantajosa, quando o emissor vai comunicar algo que sabe ter o desacordo do receptor, mas nada pode fazer para alterar a situação (CAETANO, 2001:359).

Na perspectiva do autor podemos considerar que a comunicação que utiliza o canal face-a-face é mais eficaz para: repreender o outro por uma acção; resolver um conflito; comunicar uma informação que requer uma acção imediata; comunicar uma directiva ou uma ordem; comunicar uma mudança importante; comunicar sobre problemas que afectam ambas as partes. A comunicação que utiliza os documentos, boletins ou circulares é mais eficaz para: comunicar informação que requer uma acção futura; comunicar informação geral; comunicar informação rotineira.

Não existe comunicação se a mensagem foi apenas enviada, porque o processo de comunicação só se concretiza quando esta é recebida pela pessoa à qual foi dirigida. A mensagem recebida é interpretada pelo receptor através da descodificação, isto é, através da atribuição de um significado a essa mensagem. Esta interpretação pode fazer com que o significado dado a essa mensagem pelo receptor seja diferente daquele que o emissor tinha intenção de transmitir (CAETANO, 2001:360).

Resumidamente posso dizer que, ao nível organizacional abordei os trajectos de informação e a sua influência no desempenho da organização. No trajecto descendente distingui como objectivo desta comunicação, informar os diferentes participantes sobre as características gerais da actividade e das práticas específicas da organização. No trajecto ascendente a informação circula com o objectivo de intervir na resolução de problemas encontrados no seu trabalho, ou na organização no seu conjunto e ainda para conhecer as atitudes dos trabalhadores. Os objectivos da comunicação lateral, a coordenação de actividades entre unidades e o suporte sócio-emocional que os membros da organização se dão mutuamente.



### **1.3. A natureza jurídica dos hospitais e centros de saúde no contexto de mudança**

Os hospitais e centros de saúde dada a natureza e os problemas que tratam, a cultura e as expectativas dos seus profissionais e daqueles que a ele acorrem, a importância dos recursos envolvidos e a complexidade da sua organização e gestão, tem vindo a ser, sobretudo na última década, objecto de grandes mudanças e preocupações, que podem ser evidenciadas através da diversidade de diplomas legais que os diferentes governos adoptaram em relação a esta matéria.

Com a publicação do Decreto-Lei n.º 39/2002, de 26 de Fevereiro assistiu-se a duas importantes mudanças ao nível da gestão dos hospitais: (i) nomeação dos titulares dos órgãos de direcção técnica (director clínico e enfermeiro-director) e, (ii) possibilidade de efectivação de aquisições de bens e serviços ao abrigo das regras do direito privado.

A primeira destas medidas visava conseguir uma maior coesão à tomada de decisão dos conselhos de administração, a segunda, pretendia agilizar a contratação de bens e serviços (respeitando, naturalmente, a legislação comunitária).

A 7 de Março de 2002, foi também publicada a resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002, que visou generalizar a inovação na gestão dos hospitais através das “experiências inovadoras de gestão”.

Através da Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro os hospitais podem assumir quatro distintas naturezas jurídicas: (i) a de estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial; (ii) a de estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial; (iii) a de sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos; e, (iv) a de estabelecimentos privados.

Assim, pretendia o actual executivo, através de novas formas de gestão, introduzir mecanismos inovadores para proporcionar melhorias de gestão e acréscimos de eficiência e qualidade de serviço, no âmbito do SNS através da introdução de, pelo menos, três tipos de “experiências”: a) Transformação de 34 hospitais públicos em 31 Hospitais – Sociedades Anónimas (SA); b) Criação de Parcerias Público/Privado (PPP)

para dez hospitais; c) Modernização da gestão do restante sector hospitalar público (SPA).

Para o MINISTÉRIO DA SAÚDE o objectivo central e programático da reforma do SNS é a passagem de um sistema público monolítico, de carácter burocrático/administrativo e de tipo monopolista, para um sistema de prestação de serviços orientado para as necessidades do utente, através do desenvolvimento de um sistema em rede de prestação de cuidados de saúde, envolvendo uma pluralidade de prestadores. E ainda que, a empresarialização da gestão hospitalar visa contribuir para a concretização de uma estratégia que permita uma melhor gestão de meios e a centralidade no doente, com a consequente melhoria sustentada da prestação de cuidados de saúde ([www.hospitaissa.min-saude.pt](http://www.hospitaissa.min-saude.pt)).

Encontrei no site do Ministério da Saúde as principais críticas ao modelo de desenvolvimento e implementação das reformas de gestão em curso. Estas prendem-se com o elevado número de instituições envolvidas no processo e com a inexistência de instrumentos e ferramentas de apoio à mudança, o que pode dificultar o adequado acompanhamento às mudanças, dada ainda a fragmentação da informação existente e a ausência duma adequada gestão do sistema de informação da saúde. Por outro lado, parece não estar explicitado o período de transição, o que poderá implicar a manutenção dum sistema coordenado directamente pelo poder central, sujeito às oscilações decorrentes das mudanças políticas. Outras das questões que se têm colocado no processo de implementação das SA, são as que se prendem com a falta de transparência do processo, dado que não são conhecidos quaisquer tipos de análises previsionais, nem tão pouco estimativas de impacto sobre o acesso, a qualidade, ou a eficiência, entre outros. A comunicação ascendente e descendente, intra e extra-institucional, não têm funcionado, criando grandes e graves problemas de desinformação e desmotivação, já que as questões da empregabilidade, da segurança e da continuidade dos profissionais está em causa e não se encontram respostas para questões, como por exemplo, a conjugação das carreiras específicas da saúde com os contratos individuais de trabalho ou como se mede a monitorização e avaliação do desempenho. Essa mesma falta de comunicação é grandemente responsável pelas inseguranças, especulações e até mesmo medo que se têm instalado, tornando o processo pouco transparente, quer para os profissionais, quer para os cidadãos em geral ([www.hospitaissa.min-saude.pt](http://www.hospitaissa.min-saude.pt)).

Também, num artigo de opinião “*Os novos hospitais*” acerca do modelo orgânico dos hospitais, Eduardo Barroso (cirurgião) opina que “foi positivo tentar mudar alguma coisa, contra muitos interesses instalados em hospitais cuja qualidade e rentabilidade deixam muito a desejar”, (...) mas que “os nossos hospitais, os hospitais do presente e do futuro não vão melhorar os seus índices assistenciais apenas dependendo do seu modelo de gestão. O modelo orgânico dos hospitais é no século XXI igual aos finais do século XIX. Existem serviços estanques, organizados por especialidades, completamente independentes uns dos outros, com interesses diferentes, como se a abordagem dos doentes e das doenças fosse hoje exactamente igual como há cem anos” (DNA, 2005:26). Também, Nuno Morujão (Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de saúde de Matosinhos) afirma “sou um dos que acredita na mudança. Mas também estou convicto que, embora condição necessária, a legislação produzida ou que se aguarda não é condição suficiente para alcançar os objectivos em vista. Está nas mãos das novas administrações e chefias intermédias a liderança que poderá levar às alterações comportamentais indispensáveis” (Revista Nortesaúde). O Sindicato das Ciências e Tecnologias da Saúde fez um estudo junto dos profissionais das Tecnologias da Saúde, relativo ao impacto das reformas da saúde no plano laboral, organizacional e quantitativo na prestação de cuidados de saúde. A apreciação dos resultados obtidos deste estudo ao nível dos CS e hospitais SPA são, sem excepção, mais positivos que os recolhidos nos hospitais SA. Por exemplo os indicadores como a “motivação”, “iniciativa”, “auto-estima profissional” e “expectativas profissionais para o futuro” recolheram respostas desfavoráveis entre 49 e 71% dos inquiridos. Tais resultados refere o sindicato “devem ser cuidadosamente ponderados, pois a natureza destes quatro vectores, situam-se ao nível do equilíbrio psicológico dos profissionais, são determinantes no desenvolvimento do trabalho em saúde, dados os imponderáveis para os quais é indispensável o estímulo positivo do trabalhador” ( [www.scts.pt](http://www.scts.pt) ).

Entretanto, na sequência da Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro atrás citada (novo regime jurídico da gestão hospitalar), o XV Governo Constitucional procedeu à transformação de 36 estabelecimentos hospitalares em 31 sociedades anónimas. Mas o processo de empresarialização da gestão hospitalar havia sido iniciado em 1998 pelo XIII Governo Constitucional (criação do hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira). Recentemente, em 7 de Junho de 2005 foi publicado o Decreto-Lei n.º 93/2005 que, conforme prevê o programa do XVII Governo Constitucional, considera necessário

proceder à transformação dos hospitais públicos em entidades públicas empresariais (EPE), (ficando sujeitos ao regime estabelecido no capítulo III do Decreto-Lei n.º 558/99 de 17 de Dezembro) com o objectivo de transformar em entidades públicas empresariais as sociedades anónimas (31 hospitais SA).

#### **1.4. A qualidade nos serviços de saúde como factor de mudança**

A qualidade na saúde surge hoje como uma exigência de todos os envolvidos nos cuidados de saúde, sendo vista como seu contributo essencial. No entanto, apresenta algumas características que a diferenciam da qualidade noutras áreas e actividades, a qualidade na saúde pretende: satisfazer e diminuir as necessidades, oferecendo sempre mais; ter uma atitude proactiva para prevenir e dar resposta às necessidades; reunir integralmente como atributos a efectividade, eficiência, aceitabilidade e equidade (DGS, 1998:83). Ao conjunto de elementos, responsabilidades, procedimentos, processos e recursos para desenvolvimento da gestão da qualidade, IMPERATORI chamou de Sistema de Gestão da Qualidade (IMPERATORI, 1999:334).

Existe uma grande ligação entre a Qualidade e a SH&ST, porque as normas e especificações técnicas na área da SH&ST, relativas a metodologias e procedimentos, critérios de amostragem, certificação de equipamentos e outras, são aprovadas no âmbito do Sistema Nacional de Gestão da Qualidade. Assim, a política da qualidade aplicada às condições de trabalho visa, a melhoria do ambiente físico e psicossocial do trabalho, como forma de aumentar a produtividade, o bem-estar e a segurança. Para que possa haver mudanças a este nível, têm que estar garantidas as seguintes condições:

- \* Reconhecimento da necessidade de mudança – sem haver uma vontade expressa de mudar, tendo em conta a obtenção de uma melhoria das condições de trabalho, tal não é exequível;
- \* Cooperação nas relações profissionais inter-hierárquicas – a informação, bem essencial de qualquer organização, deve circular nos vários níveis quer horizontal, quer verticalmente. O conhecimento dos objectivos e a sua partilha por todos os agentes envolvidos, são aspectos fundamentais para a motivação e melhoria da *performance* do trabalhador;

- \* Implicação dos colaboradores no processo de melhoria contínua – a organização, ao passar a ser vista como um bem comum – e não uma entidade abstracta – suscita uma maior identificação e participação activa no seu seio. A criação, em algumas organizações, de círculos de qualidade, assegurando a representatividade dos vários níveis funcionais e hierárquicos da empresa, é um dos meios utilizados para um real diagnóstico das situações de risco e para uma proposta de soluções concretas, por vezes muito simples, mas ligadas à experiência prática e operativa de cada um;
- \* Permanente controlo dos resultados – não basta elaborar um diagnóstico e fazer uma proposta de melhorias, há que testá-las continuamente, e adaptá-las sempre que for necessário, tendo em conta as alterações de equipamentos, de instalações, da organização do trabalho, do ambiente de trabalho, etc. (TAVARES, 2002:11).

Se outrora a intervenção a nível das condições de trabalho se consubstanciava sobre os factores materiais do trabalho, ou seja, sobre o funcionamento do equipamento (segurança nos locais de trabalho), sobre os factores ambientais (higiene nos locais de trabalho), hoje a intervenção deve assumir uma vertente preventiva centrada no próprio trabalhador como agente mobilizador da sua transformação apelando igualmente à participação e ao envolvimento do mesmo. Para reforçar esta ideia, LUÍS PISCO, citando ROBERTO PASSOS NOGUEIRA, relembra que “não há como mudar a qualidade final dos serviços sem a cooperação dos profissionais e sem mudanças de comportamento, e não devemos esquecer que numa gestão pela qualidade total os resultados que pretendemos para os serviços de saúde passam, para além dos ganhos em saúde, por maior satisfação para os cidadãos e profissionais” (PISCO, s.d:7).

Os dias de hoje fazem emergir novas alterações na *performance* dos trabalhadores e das organizações e a qualidade na saúde também tem vindo a ganhar peso no domínio do interesse público (governos, prestadores de cuidados e cidadãos).

Não é de admirar, pois, que os responsáveis das organizações de saúde olhem para as metodologias disponíveis e escolham as que considerem mais adequadas a garantir aos cidadãos a segurança e a eficácia dos tratamentos.

No contexto envolvente das organizações deparamos com fenómenos de globalização, concentração das empresas, mudanças rápidas e sucessivas que apelam à flexibilidade

das empresas que pretendem ter sucesso no mundo em que vivemos. Sucesso entendido como um jogo articulado entre flexibilidade na acção externa e capacidade de resposta a nível interno, ou seja, a articulação de um conjunto integrado de variáveis e a obtenção rápida de resposta com eficácia e qualidade às mudanças do meio envolvente.

As empresas não deixaram de se preocupar com a produtividade, custos, estabilidade e controlo. Só que estes valores já não podem ser, nem são, os dominantes. Novos valores e novas preocupações tornam-se hoje indispensáveis ao sucesso das organizações, públicas ou privadas, e ao dos próprios países, exigindo uma nova gestão e cultura organizacionais e uma mudança do paradigma em que assentam as organizações e a sua gestão de recursos humanos. As organizações que pretendam sobreviver deverão ter capacidade de mudar através do conhecimento, da habilidade sistemática para inovar, da imaginação e da criatividade dos seus colaboradores. Possivelmente serão também aquelas que tenham responsabilidade social e ambiental e respeitem um conjunto de valores éticos, estéticos e científicos. Por outro lado, as organizações já não podem ter apenas uma preocupação com a qualidade, devem estar “obeceçadas” com a qualidade tal como é sentida pelos seus clientes, implicando uma atitude de permanente inovação e reinvenção.

A qualidade é a par da inovação e da capacidade de gestão, um dos factores decisivos para o desenvolvimento do SNS. A definição estratégica da “Melhoria Contínua da Qualidade dos Serviços de Saúde” decorre do conceito, qualidade em saúde como um processo contínuo de actividades planeadas, baseado na revisão de desempenhos e no estabelecimento de metas específicas, com o objectivo de melhorar a qualidade efectiva dos cuidados prestados.

Para a prossecução de tal objectivo, têm que se implantar processos de identificação e selecção de problemas de qualidade, recolha sistemática de informação sobre a prestação dos cuidados, estabelecer linhas de orientação e introduzir as mudanças necessárias, utilizando estratégias e mecanismos efectivos.

Segundo J. JURAN a MCQ é um dos três processos básicos da gestão da qualidade que permite identificar problemas crónicos, fazer o diagnóstico e definir soluções. As normas da série ISO 9000 respondem a estas questões básicas, definindo o caminho a seguir, complementando muitos aspectos para satisfazer e fidelizar os clientes da instituição hospitalar.

No entanto, o cumprimento dos requisitos normativos só por si não é suficiente, para uma gestão orientada. Deverá ser considerada, para além de muitos outros aspectos, uma cultura de Melhoria Contínua da Qualidade.

A MCQ é considerada um sistema organizado para melhorar de forma contínua os procedimentos, os resultados e o serviço prestado pelas instituições de saúde, independentemente da maior ou menor qualidade atingida, de forma a exceder permanentemente o nível conseguido. Para justificação desta metodologia, aponta-se o facto de 80% dos erros ocorridos no sistema produtivo se deverem a defeitos dos processos de trabalho e não às pessoas.

Os métodos da MCQ centram as organizações na satisfação das expectativas dos clientes e nas normas dos diferentes grupos profissionais. O uso de um largo conceito de cliente, abrangendo tanto os clientes externos como os internos, de acordo com as relações funcionais de cada serviço ou unidade da organização, ajuda-nos a focalizar a melhoria nas múltiplas componentes importantes e significativas para a prestação qualificada de cuidados de saúde.

É este o método que no actual momento histórico dá resposta aos desafios de mudança a que os cuidados de saúde estão sujeitos, satisfazendo o apelo da consciência dos profissionais em procura de qualidade e cada vez mais viva acção dos consumidores em prol da defesa individual da saúde. Esgotados nos EUA os modelos ligados à prática antiga da JCAH – *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*, o caminho assumido é o da procura das causas da não qualidade, atacando-as na origem pelos próprios que são responsáveis pela prestação dos cuidados de saúde.

Um dos aspectos mais relevantes ainda a ter em conta, é o efeito na contenção de custos, como consequência directa da MCQ. De facto, fazendo bem as coisas certas e reduzindo a variação inapropriada no conjunto das actividades da organização e em particular nas actividades clínicas, estaremos a obter ganhos financeiros. A maximização de três componentes, a saber, resultados clínicos óptimos, satisfação dos clientes e retenção de pessoal qualificado, é uma condição para reduzir a redundância de procedimentos, a realização de actos inapropriados, a repetição de trabalho devido a erros evitáveis e, por outro lado, para introduzir eficiências no uso dos preciosos recursos financeiros e humanos. Não se espere é que os benefícios sejam grandemente visíveis de imediato. Como em todo o processo de inovação, há uma fase inicial em que a visibilidade dos

resultados é limitada. Deverão, no entanto, esperar-se grandes avanços na qualidade do conjunto da organização no prazo de cinco a dez anos, como resultado de um movimento de fundo na organização.

O plano de desenvolvimento da MCQ em Hospitais Portugueses deve seguir uma metodologia rigorosa, que passa pela existência de condições ambientais favoráveis.

Todo o Conselho de Administração deve assumir e acompanhar a elaboração do plano, tendo o elemento responsável pelo mesmo, no caso de não ser nenhum dos seus membros, acesso directo ao Conselho, dele recebendo orientações.

Esse plano deve desde logo reflectir a necessidade absoluta de liderança por parte do topo da organização, pois que se trata, não de um programa igual a outros, mas de uma mudança de filosofia de gestão já assumida. Este ponto orienta-nos para a mudança cultural que a MCQ implica para as instituições.

A necessidade de criar uma fundamentação geral institucional, propicia o êxito do programa de MCQ. Isto implica um processo de sensibilização de todos os elementos, não só ao essencial do plano estratégico da Instituição, mas aos princípios e primícias técnicas de MCQ. A acção deverá desenvolver-se com um espírito pedagógico de animação e participação. Esta acção de sensibilização interna à qualidade será, pois, a primeira de um conjunto sucessivo de acções idênticas, abrangendo o total da organização.

A MCQ não é apenas um conjunto de actividades e de técnicas, associadas a um suporte logístico, no âmbito de um programa, mas muito mais do que isso: é a aplicação de um conjunto de princípios de gestão. É, como alguns dizem, um novo modo de vida para as instituições.

Daí que a transformação deva começar pelos gestores de topo da organização, os quais devem ser formados no essencial da MCQ antes de falarem aos outros no tema. A sua formação inicial deve, aliás, incluir uma clarificação dos conceitos fundamentadores, bem como uma abordagem científica dos métodos utilizados no desenvolvimento das actividades da MCQ.

A melhoria da qualidade dos serviços de saúde começou a ser testada em vários Hospitais Portugueses. Eram 11 os hospitais que começaram com projectos de melhoria



de qualidade dos serviços que prestam cuidados aos utentes, com diferentes metodologias aplicadas.

O Hospital St.<sup>a</sup> Cruz implementou um sistema de gestão de qualidade segundo os requisitos da norma NP EN ISO 9001 no âmbito do SPQ. O Hospital Amadora-Sintra e o Hospital CUF optaram pela certificação segundo o sistema inglês (*King's Fund*). Os Hospitais Distritais de Abrantes, Beja, Tomar, Torres Novas e Torres Vedras, o Hospital de São Sebastião (Vila da Feira) e as Maternidades Bissaya Barreto (Coimbra) e Júlio Dinis (Porto) apostaram, a convite do Instituto de Qualidade na Saúde (IQS), em Projectos de Melhoria Contínua.

Não esquecer que na MCQ nem todas as mudanças são melhorias, mas todas as melhorias são mudanças; só quem presta cuidados de saúde é que os pode modificar. As verdadeiras melhorias vêm de mudar o sistema, e não de mudar dentro do sistema; avaliação e monitorização (medição) são mais adequadas como oportunidade de melhoria e de aprendizagem, do que para selecção, recompensa ou punição.

Também, entre as metodologias da qualidade a acreditação de hospitais, específica da saúde, tem vindo a despertar cada vez maior interesse público. Em termos simples, pode dizer-se que acreditação é o reconhecimento, formal e periódico, por entidade externa, com autoridade pública para o efeito, da competência de um hospital para cumprir as suas funções, através da conformidade com um conjunto de normas de qualidade previamente definidas. Tais normas passaram com o tempo de uma preocupação mínima com a estrutura, para uma preocupação abrangendo a estrutura e os processos e caminham agora decididamente para os resultados. Esta metodologia nasceu nos EUA e espalhou-se, primeiro, pelos países anglófonos (Canadá, Austrália e Nova Zelândia e o Reino Unido) e mais recentemente por países tão distantes como a Holanda, a China, a Zâmbia, o Brasil e Portugal, usando diferentes modalidades do mesmo método. Na Europa, foi a região autónoma da Catalunha, em Espanha, que tomou a iniciativa em 1984. Só a partir de 1987 é que a actual *Joint Commission on Health Care Organizations* decidiu caminhar para um sistema de indicadores estatísticos de qualidade, incorporando o controlo estatístico da qualidade no processo da acreditação. A acrescer a isto, há necessidade de entender o impacte do movimento da qualidade na segunda metade do século XX, finalmente assumido pela Saúde, a partir de meio dos anos 80. De facto, a qualidade passou a ser vista como a focalização das instituições na

satisfação das expectativas dos seus clientes e num sistema de gestão da qualidade, incorporando as actividades do planeamento, do controlo e da melhoria da qualidade. Chegados ao final do século, todas as metodologias se rendem a novos princípios de gestão e incluem na sua filosofia e métodos o controlo estatístico e a melhoria contínua da qualidade. Aconteceu isso com as normas ISO 9000/2000 e com o modelo de acreditação, dominante nos EUA, da *Joint Commission on Health Care Organizations* ([www.hospitaissa.min-saude.pt](http://www.hospitaissa.min-saude.pt)).

Portugal, pela sua parte, aderiu em 1999 ao movimento de acreditação dos hospitais, fazendo-o sob a orientação do Instituto da Qualidade em Saúde (IQS).

Em relação à qualidade organizacional dos serviços de saúde a actividade do IQS<sup>4</sup> nesta vertente tem-se centrado no desenvolvimento de quatro projectos, o primeiro dos quais é a acreditação de hospitais, projecto iniciado ao abrigo do protocolo com o *King's Fund Health Quality Service* e que abrange 20 hospitais distribuídos pelas cinco regiões de saúde do Continente e da Região Autónoma da Madeira. O segundo projecto que lida com a qualidade organizacional é o denominado *MoniQuOr* para os centros de saúde. Tendo partido de um processo voluntário de monitorização da qualidade organizacional dos centros de saúde, evoluiu após dois ciclos de auto-avaliação para um processo de avaliações cruzadas, isto é, cada centro de saúde avalia outro, sendo avaliado por um terceiro. O terceiro projecto nesta área é o *QualiGest* que, tendo como referência o modelo de excelência organizacional da *European Foundation for Quality Management* (EFQM), produz critérios de auto-avaliação, permitindo aos órgãos de gestão das unidades de saúde e às ARS diagnosticar e quantificar os seus avanços e/ou desvios em relação a uma prática de gestão baseada nos princípios da qualidade total.

Por fim, um outro projecto orientado para a definição de procedimentos de gestão da qualidade é o que tem permitido criar os denominados Manuais de Qualidade na Admissão e Encaminhamento de Utentes. Com este programa, os profissionais de saúde em estreita cooperação com as administrações podem controlar e gerir o processo de admissão, atendimento e conseqüente encaminhamento de utentes, desde o seu primeiro contacto com a instituição ([www.iqs.pt](http://www.iqs.pt)).

---

<sup>4</sup> Criado pela Portaria 288/99 de 27 de Abril, o IQS pretende ser reconhecido como a instituição de referência no desenvolvimento da qualidade em saúde, assumindo-se como parceiro privilegiado, centro de recursos e de conhecimento e como pólo dinamizador da política da qualidade em saúde. Os seus valores são a transparência nos processos de decisão, o desempenho norteado pela competência técnico-científica, o compromisso com a melhoria contínua e o respeito pelos princípios éticos de integridade, participação e confidencialidade.

Entretanto, surgem os Hospitais SA, com um enquadramento de gestão exigente e claramente dirigido para resultados e satisfação das expectativas dos seus clientes principais, os doentes. Perante a orientação dos seus accionistas, no sentido da respectiva acreditação, houve que proceder à pesquisa de um modelo adaptado à sua natureza empresarial e que lhes permita enfrentar com êxito as condições de concorrência e as exigências do sistema de saúde português. A orientação para os Hospitais SA era a da obtenção da acreditação. Nesse sentido, foi iniciado um percurso em Maio de 2004 com sete<sup>5</sup> Hospitais SA, aplicando o modelo da *Joint Commission International* (JCI). A Acreditação dos Hospitais SA pela *Joint Commission International* é um processo, com diversas fases de desenvolvimento, destinado a verificar e garantir a conformidade estrutural e processual de um hospital com um modelo normativo de qualidade, através de uma entidade acreditadora independente ([www.hospitaissa.min-saude.pt](http://www.hospitaissa.min-saude.pt)).

Na opinião, por exemplo, do CHMT, SA (Centro Hospitalar do Médio Tejo - Torres Novas, Tomar e Abrantes) disponível na página Web do CHMT, SA os motivos que levaram à escolha deste modelo de acreditação foram: (i) porque é um modelo de acreditação orientado para o doente, englobando o acesso e a continuidade de cuidados; (ii) os direitos do doente e da família, a avaliação e a prestação de cuidados aos doentes e a educação do doente e da família. E ainda referem que a opção pela via de acreditação é um compromisso visível por parte da organização no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao doente, de garantir um ambiente seguro e de trabalhar continuamente de forma a reduzir riscos para os doentes e para os profissionais.

Esta opção pela acreditação pela *Joint Commission International* (JCI) em nada prejudica os hospitais já acreditados ou em vias de acreditação por via do *King's Fund Health Quality Service*, nem a certificação pelas normas ISO (ex: do Hospital de St<sup>a</sup>. Cruz e de serviços técnicos). Para além disso, pode até ser um contributo enriquecedor para um eventual modelo nacional de acreditação a criar no futuro.

A existência de normas distintas para a qualidade, para o ambiente e para a segurança e saúde, leva à existência de 3 sistemas de gestão, considerados na maior parte dos casos

---

<sup>5</sup> Hospital Senhora da Oliveira - Guimarães; Hospital Padre Américo - Penafiel; Hospital de S. Sebastião - Santa Maria da Feira; Hospital de Santo André - Leiria; Centro Hospitalar da Cova da Beira - Covilhã; Centro Hospitalar do Médio Tejo; Hospital José Joaquim Fernandes - Beja.

de forma isolada. Cada um dos sistemas exige uma estrutura funcional e respectivos meios desde os humanos e financeiros, estando em causa a conformidade de todo o *output* da organização, seja a qualidade do seu produto, ou o impacte ambiental e as condições de trabalho em que o produto é realizado, podendo ser monitorizado através de auditorias periódicas aos sistemas.

Garcez afirma que, como houve a preocupação de desenvolver as Normas OSHSAS 18000, de modo que estas fossem compatíveis com as Normas ISO 9001: 1994 (Qualidade) e ISO 14001: 1996, as organizações que pretenderem proceder à integração dos Sistemas de Gestão da Qualidade, Segurança e Saúde no Trabalho e Ambiente, num único Sistema, terão a tarefa mais facilitada. A criação e implementação de Sistemas da Gestão da Qualidade, Segurança e Ambiente é, em nossa opinião uma tarefa relativamente simples e será, certamente, a aposta que as organizações terão de fazer no futuro próximo, de modo a garantir a qualidade dos seus produtos ou serviços, a segurança e bem-estar dos trabalhadores (envolvente interna) e a preservação do ambiente (envolvente externa).

No 1.º Congresso Nacional da Qualidade, uma das sessões foi dedicada à gestão integrada dos sistemas da Qualidade, Ambiente e Segurança, considerando estas três vertentes da gestão da empresa numa perspectiva coerente e integrada. BOLEO TOMÉ (Presidente da Comissão Permanente na área do Ambiente) explicou as vantagens que se verificam ao nível de uma *“filosofia de gestão pró-activa, economias de meios, complementaridade de actuações e motivação acrescida dos intervenientes (todos os colaboradores da empresa e demais partes interessadas)”*. *“(...) o caminho iniciado no controlo da qualidade, e que passa actualmente pela qualidade do ambiente, leva-nos inexoravelmente à qualidade da segurança e saúde no trabalho”*, sublinhou MANUEL CARRASQUEIRA, (Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa) e RICARDO FERNANDES (do Instituto Português da Qualidade) acrescentou ainda que *“a adopção de sistemas integrados de gestão da qualidade, ambiente e segurança, apresenta-se como uma decisão estratégica que afecta a organização como um todo, de importância vital para a competitividade e conducente a obter uma maximização dos benefícios de todas as partes interessadas: clientes, colaboradores, fornecedores, accionistas e sociedade envolvente”*.

O POE (Programa Operacional da Economia), novo Programa Comunitário vai proporcionar durante sete anos (2000 a 2006), apoios financeiros às empresas, que pretendam implementar sistemas de qualidade, ambiente e segurança. Além dos investimentos essenciais à actividade, esta medida contempla, igualmente, uma rubrica destinada a suportar os custos que decorrem da implementação de sistemas da qualidade, ambiente e segurança. Serão apoiados os investimentos orientados para incentivar a introdução nas empresas de metodologias, ferramentas e cultura da qualidade, adesão voluntária a sistemas de Gestão pela Qualidade, a adopção de posturas mais globais mediante o implemento de Sistemas de Gestão pela Qualidade Total, o desenvolvimento de Sistemas, o implemento e a certificação de Sistemas de Gestão da Segurança segundo normas internacionalmente aceites e a melhoria continua do desempenho ambiental.

### **1.5. Investimento e modernização tecnológica na mudança**

Estamos a viver uma época em que se estão a processar profundas e quase permanentes mudanças nas organizações, quer nas suas estruturas organizativas, quer mesmo nas suas missões, objectivos, formas e áreas de actuação.

A segurança e a melhoria das condições de trabalho são duas áreas onde as acções empreendidas têm uma rentabilidade difícil de avaliar. Os progressos alcançados na quantificação dos custos sociais e o equacionamento dos importantes riscos financeiros modificaram progressivamente o tipo de abordagem às despesas realizadas nessas áreas. Actualmente, são consideradas verdadeiros investimentos. A segurança e a melhoria das condições de trabalho constituem um domínio específico da gestão dos Recursos Humanos (PERETTI, 2001:405). Nas instituições de saúde, deve-se procurar atingir uma grande coerência entre as acções desenvolvidas nos diversos domínios. Uma atenção particular deve ser dada aos impactos em matéria de segurança e de condições de trabalho, nas decisões tomadas em matéria de, por exemplo, emprego, formação ou remuneração. O desempenho óptimo global depende disso. PERETTI refere que *“este assunto é importante quer para o assalariado (dela advém a sua integridade física, e por vezes, a vida) quer para a empresa e a economia (os acidentes custam muito caro às empresas e à colectividade nacional)”* (PERETTI, 2001:406). Importa pois sublinhar os aspectos financeiros sem negligenciar a vertente humana e social: um acidente provoca

sempre um traumatismo no local de trabalho. Assim as empresas deverão implementar uma política de segurança que permita identificar os riscos e as possibilidades de os evitar. O mesmo autor refere ainda que *“são importantes os esforços realizados pelas empresas em matéria de segurança. O investimento «segurança» é necessário e rentável”* (PERETTI, 2001:406). Para reduzir o nível geral do risco terá de se investir em materiais e equipamentos que permitam actuar sobre as causas técnicas.

É geralmente reconhecido que as novas tecnologias na radiologia tem sido nos últimos anos uma inovação constante. O serviço de radiologia é visto como um sub-sistema dentro do sistema que é o hospital, com a maior importância e impacto para os cuidados de saúde, pelo precioso apoio que presta no diagnóstico médico. Para a prossecução dos seus objectivos este serviço utiliza equipamentos de radiologia de grande complexidade técnica que, como todos os demais equipamentos, com o decorrer dos anos, vão ficando ultrapassados nos seus processos tecnológicos e se degradam com a utilização. Por isso, e pela crescente procura destes serviços, pela necessidade e vontade cada vez maior de melhorar a qualidade do atendimento dos utentes, existiu um grande investimento neste serviço ao longo dos anos, diversas intervenções, que normalmente significam para o mesmo, autênticas revoluções, em qualidade e capacidade de resposta (COSTA, *s.d.*:7).

Os serviços de radiologia estão-se modernizando não apenas com os computadores para a parte administrativa, mas também a digitalização total dos serviços (as redes e toda uma panóplia de meios técnicos destinados a adquirir, tratar, transmitir, armazenar e tratar as imagens e a informação). Um dos principais motivos de satisfação é o facto de este equipamento dispor, para além de outras características, da possibilidade de aquisição directa e tratamento informático das imagens radiográficas, permitindo a sua análise e manuseio, com muito maior rapidez, conforto e qualidade, para os profissionais de saúde e para os utentes. O investimento e a consequente modernização tecnológica estão a desempenhar um papel nas mudanças das novas tecnologias, e ainda nos novos meios de gestão da informação, de gestão do conhecimento e de aprendizagem organizacional que estas tecnologias possibilitam mas que por si só não criam.

Com a introdução de novos equipamentos consequentemente conduzirá a um aumento do número de TR nos serviços. Assim, com alguns H/CS a investirem e a modernizarem-se mais rápido que outros pode provocar a rotatividade de TR entre as

instituições na perspectiva de melhores CT. A rotatividade de pessoal ou *turnover* é definido pelo “volume de pessoas que ingressam e saem da organização” e “é expresso através de uma relação percentual entre as admissões e as saídas com relação ao número médio de pessoas do serviço, no decorrer de certo período de tempo” (CHIAVENATO, 1994:159). A rotatividade de pessoal aumenta quando o mercado de trabalho é bastante competitivo e o regime de oferta é intenso. Ou em organizações saudáveis ocorrem normalmente um pequeno volume de entradas e saídas de recursos humanos, ocasionando uma rotatividade meramente vegetativa e de simples manutenção do sistema. O elevado número de entradas resulta da política da direcção adoptada em termos de capacidade de produção e inovação tecnológica. A rotatividade de pessoal não é uma causa, mas o efeito, a consequência não só deste factor organizacional mas de outros factores externos e internos à organização que condicionam a atitude e o comportamento do pessoal (CHIAVENATO, 1994:163).

Assim, a “mudança” terá de pôr a funcionar os mecanismos que irão assegurar que a empresa é capaz de aprender e de introduzir mudanças com rapidez e flexibilidade, e a necessidade de, em simultâneo, lidar com uma grande complexidade de informação e com alterações frequentes e rápidas. Para que os profissionais acompanhem estas mudanças é necessário uma constante actualização através de formação. E JEAN-PAUL LOUP, citado por PERETTI, assegura que “*a formação deveria ser considerada como um investimento e não como uma despesa que ela condiciona, de modo idêntico aos equipamentos e materiais, os desempenhos da empresa*”. E acrescenta que “*é mesmo o investimento mais produtivo, e isto se tivermos como referência as empresas que têm êxito; é de facto um investimento que não tem substituto*” (PERETTI, 2001:379).

Poder-se-á então dizer que no mundo actual e com vista ao futuro, face à complexidade e à turbulência dos problemas das organizações, as tecnologias e sistemas de informação que os suportam não poderão ser equacionados e desenvolvidos com base em teorias, técnicas e práticas da gestão assentes no passado, logo torna-se indispensável o investimento para elevar o nível de modernização tecnológica.

À medida que vão surgindo novas tecnologias, aumenta também a necessidade de uma maior atenção relativamente à identificação, avaliação e controle das condições de risco existentes no ambiente de trabalho. Esses riscos podem ser minimizados se os profissionais tiverem acesso à informação que lhes permita agir correctamente de forma

a criar e a manter um ambiente de trabalho seguro, o que beneficiaria não só a equipe de saúde, mas também o doente, o ambiente e a comunidade. A actividade dos TR, quer seja nos serviços de radiologia, bloco operatório e enfermarias, caracteriza-se pela diferenciação técnica, pela transdisciplinariedade, pela incorporação constante de tecnologia e pela constante actualização.

Após a abordagem da mudança onde foram contemplados factores organizacionais internos e externos, tais como, a comunicação, liderança, natureza jurídica, qualidade e investimento/modernização tecnológica. Foram só estes analisados sabendo que existem muitos mais e tão ou mais importantes, mas dado tratar-se de um campo de análise muito vasto e complexo, houve a necessidade de delimitar o número de factores organizacionais.

No ponto seguinte focarei o trabalho e as condições de trabalho, pelo facto de serem “cada vez mais, variáveis, transformáveis e evolutivas, por razões exteriores ao indivíduo, nomeadamente às mudanças organizacionais que são constantes e, pelo modo como cada profissional estrutura a sua acção em função dessas mudanças e do seu potencial” (MORAIS, 1995:22).



## 2. TRABALHO E CONDIÇÕES DE TRABALHO

Neste ponto, será realizada uma revisão literária, objectivando referenciar o estudo e promover a compreensão do tema, auxiliando na análise dos resultados e considerações finais. O tema condições de trabalho, em função da grande elasticidade semântica da expressão, permite uma diversidade de interpretações.

A revisão do referencial teórico sobre o assunto, incorporando outros aspectos, como trabalho, ambiente de trabalho, local de trabalho, sistema de trabalho, a questão das condições de trabalho nos serviços de radiologia a que os técnicos de radiologia estão sujeitos são de fundamental importância para o entendimento e direccionamento das acções desta pesquisa. Serão abordadas questões teóricas consideradas relevantes para o estudo que enfoca as condições de trabalho dos técnicos de radiologia.

### 2.1. Trabalho

#### 2.1.1. Concepções e significado do Trabalho

O termo trabalho, segundo MARTIN-BARÓ (1985:183), GUILLEVIC (1991:14) e SANTOS e FIALHO (1997:31), etimologicamente, procede do latim *tripalium*, instrumento de tortura utilizado para castigar escravos. Originalmente, conserva o sentido de empenho, sacrifício, esforço físico ou intelectual para atingir determinado objectivo. De acordo com SANTOS e FIALHO (1997:31), os gregos tinham duas palavras diferentes para designar trabalho: *ponos*, referindo-se a esforço e penalidade, e *ergon*, no sentido de criação ou obra de arte. Estas contradições *ponos-ergon* concretizam-se na actividade de trabalho. Articulado-se dialecticamente com o conteúdo da tarefa, o trabalho *ergon* inclui a flexibilidade na organização do trabalho, a possibilidade de mobilizar a energia, criar e utilizar a inteligência individual ou colectiva na realização da actividade.

O trabalho corresponde, segundo GUERIN et al (1991), a uma forma de actividade que engloba o corpo, o pensamento, os desejos, a história e as representações características do ser humano, efectuada com objectivos socialmente determinados. Para o autor, sem actividade humana não há trabalho, embora possa haver produção.

Na opinião de ELTON MAYO “a teoria corrente da empresa baseia-se numa asserção muito simples, que a teoria económica parece justificar. Essa asserção é que o «trabalho» é algo que é extraído (*take out*) do trabalhador” (GUERIN *et al* 1991:45).

MARTIN-BARÓ (1985:184), GUERIN *et al* (1991:47), CODO e GAZZOTTI (1999:52) e SORATTO e OLIVIER-HECKLER (1999:112), entre outros, assinalam que o trabalho constitui-se como um núcleo ao redor do qual o indivíduo se constrói e organiza sua vida pessoal. Articulado socialmente como papel, compõe o marco de referência para o estabelecimento de aspirações, estilo de vida, percepção da própria identidade e daquela das pessoas que através dele se interrelacionam. Segundo os autores acima referidos, no trabalho ocorre uma relação de dupla troca entre a objectividade do mundo real, onde se concretiza o acto para o indivíduo, e a sua subjectividade, pela atribuição de significado no agir com o mundo real. A história individual e humana conjuga-se nesse agir.

Assim como vai imprimindo marcas no objecto que é resultado de seu trabalho, o indivíduo vai incorporando em si êxitos e fracassos, alegrias e tristezas, satisfações ou insatisfações consigo mesmo, a sua realização ou frustração existencial, da mesma forma como o trabalho imprime marcas no trabalhador GUERIN *et al* (1991:47) destacam que é sempre singular o resultado da actividade de um trabalhador (...) porque dele carrega vestígios pessoais do saber-fazer específico, da formação, da experiência anterior, da utilização particular das máquinas ou ferramentas, traduzindo-se em *ergon*, obra pessoal que sinaliza a habilidade e personalidade de quem a produziu. A esse respeito, CODO e GAZZOTTI (1999:52) também referem que ao agir sobre os objectos, a energia física. Ao indivíduo acresce uma energia psíquica, uma marca pessoal diferenciadora do seu modo de fazer. Neste sentido, embora possa haver uma idêntica prescrição, no resultado verificam-se marcas sinalizadoras impressas pela actividade e variabilidade humanas.

Alguns autores ao descrever o conceito de trabalho referem-no como trabalho humano. LEONTIEV apud FIALHO e SANTOS (1995:18) afirmam que o trabalho humano “é uma actividade originalmente social, fundada sobre a cooperação de indivíduos, a qual supõe uma divisão técnica” e SCHULER (1995) apud MORE (1997), afirmam que, o trabalho humano é visto como uma acção que leva a transformações físicas e mentais do trabalhador, podendo ser visto de forma benéfica quando realizado de maneira saudável

e com prazer e maléfico, quando o trabalhador fica exposto a condições insalubres e a sobrecarga física e/ou psíquica em seu local de trabalho.

O trabalho é uma actividade inerente ao indivíduo enquanto ser social, visto que o homem passa grande parte de sua vida dentro do ambiente de trabalho, estando sujeito a diversos tipos de ocorrências, que poderão repercutir negativamente ou positivamente, sobre a sua saúde física e mental. Segundo DEJOURS (1992), “o trabalho pode ser um factor de deterioração, de envelhecimento e de doenças graves, mas pode, também, constituir-se em um factor de equilíbrio e de desenvolvimento”. O resultado prazer ou sofrimento no trabalho estará na dependência do trabalhador encontrar um trabalho equilibrado, fonte de realização profissional ou um trabalho fatigante, fonte de insatisfação, desmotivação, stress e de doenças ocupacionais.

O comportamento do homem no trabalho está em constante evolução e directamente ligado à natureza e seus meios de produção. Vários factores estão ligados ao trabalho e são importantes no estabelecimento de condições de trabalho favoráveis como: posto de trabalho, ambiente de trabalho, questões organizacionais, tarefa prescrita, relações interpessoais, valorização do trabalho, interacção com chefia e equipe, entre outros (MORE, 1997).

Ao escrever sobre o *trabalho*, TEIGER (1998:144) prossegue afirmando que o contexto de trabalho compreende também o que está além dele. Da mesma forma, GUILLEVIC (1991:49), ao evidenciar a interdependência dos sistemas proposta pela corrente sociotécnica, assinala que tanto as condições de vida familiar, objectivas, como transporte, habitação, entre outros, e subjectivas, como conflitos e clima familiar, repercutem no trabalho como a vida profissional e as condições de trabalho têm consequências fora dele.

Segundo GUERIN et al (1991:48), “para trabalhar é preciso estruturar o espaço sensório-motor, conhecer o equipamento, ter os instrumentos de trabalho, contar com os membros da equipe”. O autor afirma que as condições do trabalho constituem-se então sempre como condições da actividade pessoal, e que essa relação pessoal da actividade no resultado pretendido está mediatizada por condições espaciais, temporais, técnicas, organizacionais, relacionais, nas quais se desenvolve a actividade.

Em resumo, posso referir que ao longo da história e na perspectiva dos diferentes autores o trabalho tem sido visto de formas sensivelmente diferentes, havendo

referências a casos onde o trabalho é visto como degradante e outros casos em que o trabalho é exaltado como uma nobre função social.

Mas no Século XX, Freire refere que se “assistiu a um nivelamento e igualização de condições e que é pacificamente que hoje se aceita, na generalidade do globo, a ideia de que é normal, necessário, justo, e dignificante o exercício de uma actividade de trabalho” (FREIRE, 1993:13).

### **2.1.2. Descrição do Trabalho**

Descrever o trabalho consiste “na identificação e caracterização dos 7 elementos que compõem o Sistema do Trabalho (ST) e das influências a que o sistema está sujeito”. Por sua vez o Sistema do Trabalho define-se como “um conjunto de elementos em que o Homem e os meios de Trabalho actuam, através de um processo, sobre as entradas, originando saídas, sob influências do meio-ambiente, para a execução de uma determinada tarefa” (CGTP-IN, 1999-15).

De uma forma muito breve, para explicar este sistema de trabalho é necessário descrever os conceitos relativos a estes elementos e dando como exemplo o trabalho dos TR num hospital.

A tarefa é “*uma solicitação dirigida ao Homem para a execução de funções, afim de se atingirem determinados objectivos*”. Ex: realizar exames radiológicos.

As entradas são “*os objectos, produtos, informações, energia ou pessoas que serão modificadas ou usadas quanto à condição, forma ou posição*”. Ex: doente por atender.

As saídas são “*os objectos, produtos, informações ou pessoas que durante a realização da tarefa foram modificadas ou usados*”. Ex: doente atendido.

O Homem “*elemento principal do ST, é quem dirige e actua em conjunto com os meios de produção sobre as entradas para a concretização da tarefa*”. Ex: TR.

Os meios de trabalho são “*aparelhos, máquinas ou equipamentos que actuam, dirigidos pelo Homem e em conjunto com ele, sobre as entradas para a concretização da tarefa*”.

Ex. Tomografia Computorizada.

O processo de trabalho “*consiste na interação entre o Homem e os meios de trabalho com vista à concretização de uma tarefa*”. Ex: o TR ao utilizar um equipamento radiológico realiza exames radiológicos.

As influências do meio ambiente são “*todos os factores de ordem física, psicológica, organizacional e social que condicionam o desempenho de tarefas pelo Homem num determinado ST*”.

A totalidade das características dos 7 elementos do Sistema de Trabalho, assim como todas as influências técnicas, económicas, organizacionais e ambientais às quais o sistema está sujeito é que caracterizam as condições de trabalho (CGTP-IN, 1999:20).

## **2.2. Condições de trabalho**

### **2.2.1. Condições de trabalho: que conceitos?**

As conceptualizações das condições do trabalho (CT) são tantas quantos os pontos de vista de quem as estuda, de quem as vive, de quem as concebe. “E derivam em primeira análise do juízo que se faz do homem que trabalha, das suas necessidades e das suas aspirações” (CARVALHO, *et al* 1993:2).

No julgamento redutor preconizado pela Organização Científica do Trabalho, o homem surge expropriado do seu saber, definindo-se a si mesmo como o *excluído* (SAGLIO, citado por DUCLOS 1984:71) e, como acrescentaria TOFFER (1985), sem passado e sem identidade. As suas necessidades simplificadas no trabalho são satisfeitas por estímulos económicos (ORTSMAN, 1984), as CT têm uma dimensão restrita (GRAÇA 1985) e respeitam apenas o ambiente físico do trabalho.

Se MAYO, MASLOW, HERZBERG e MCGREGOR reconhecem ao homem outras necessidades (ORTSMAN 1984; GRAÇA 1985, e 1992), restituindo-lhe o desejo de reconhecimento, de autonomia, de realização pessoal, só com os investigadores do TAVISTOCK INSTITUTE e com THORSRUD, entre outros, adquire a unidade biopsicossocial, a liberdade de sentir e de optar.

É finalmente portador de uma biografia personalizada que interage com as regras da organização do trabalho (DUCLOS, 1984), e pode ser encarado como verdadeiro recurso a salvaguardar (GRAÇA, 1985; LUCAS, 1995; MENDES, 1991; MOURA, 1992).

Para GRAÇA (1985) o conceito das CT é, enfim, ampliado a todos os factores que intervenham na situação de trabalho, desde as características individuais e colectivas dos trabalhadores às condições de vida fora do trabalho e de emprego.

E mais, reconhece-se implicitamente que “as condições de vida no trabalho ideais não significam, tal como conceito de saúde, um estado de bem-estar pleno, esotérico e de intenções vagas” (CARVALHO, *et al* 1993:2).

Segundo GUERIN *et al* (1991:48), para trabalhar é preciso estruturar o espaço sensório-motor, conhecer o barulho da máquina, ter à mão os instrumentos de trabalho, contar com os membros da equipe. O autor afirma que as condições de trabalho constituem-se então sempre como condições da actividade pessoal, e que essa relação pessoal da actividade no resultado pretendido está mediatizada por condições espaciais, temporais, técnicas, organizacionais, relacionais, nas quais se desenvolve a actividade.

Considerando o que já foi anteriormente citado por GUERIN *et al* (1991:48), MONTMOLLIN (1990:150; 1997:92) destaca que a expressão condições e trabalho, utilizada na França depois de 1960, jamais teve uma definição precisa, nem quanto ao conteúdo nem quanto às suas fronteiras. De maneira geral, refere-se ao que caracteriza uma situação de trabalho, possibilitando ou restringindo a actividade dos trabalhadores. Integram essa denominação, segundo o autor: Condições físicas: características dos instrumentos, máquinas, ambiente do posto de trabalho (ruído, temperatura, poeiras, riscos de acidentes, distância do domicílio); Condições temporais: horário de trabalho; Condições organizacionais: procedimentos prescritos, grau de autonomia, forma de organização de trabalho: individual ou em equipa; Condições sociais: remuneração, qualificações, vantagens sociais, estabilidade no emprego, condições de alojamento e transporte, relacionamento com hierarquia; Condições cognitivas e características do operador: saúde, idade, formação.

Por condições de trabalho, WISNER (1987:12) identifica o posto de trabalho e seu ambiente, as relações entre produção e salário; a duração do turno, da semana, do ano (férias), da vida de trabalho (aposentação); os horários de trabalho (trabalho em turno, pausas, etc); de repouso e alimentação (refeitórios, salas de repouso na empresa, eventualmente alojamento nos locais de trabalho); o serviço médico, social, escolar, cultural e também as modalidades de transporte utilizadas pelos trabalhadores. Saliencia ainda que, associadas às condições técnicas e ergonómicas, encontram-se os dados

sociológicos e psicossociológicos, traduzidos pelo conteúdo e organização geral da actividade de trabalho.

Ao conjunto de factores determinantes da conduta do trabalhador, LEPLAT *et al* (1998:111) designam por condições de trabalho. Estes factores compõem-se por exigências impostas que correspondem à tarefa, e também por características do operador humano que incluem entre outras: características físicas, de personalidade, nível intelectual e de conhecimentos e formação anterior. Advertem que essas últimas - características do trabalhador - não têm sido consideradas na acepção corrente de condições de trabalho, embora as constituam, e, por isso, em sua obra as citam como características individuais.

TEIGER (1998:285) afirma que os efeitos das condições de trabalho perduram além dele, determinando muitas vezes prejuízos à saúde. A autora alerta que além da preocupação com as condições de trabalho no interior da empresa, há necessidade da atenção às consequências de seu prolongamento na vida exterior ao trabalho, aos efeitos dessas condições a médio e longo prazo.

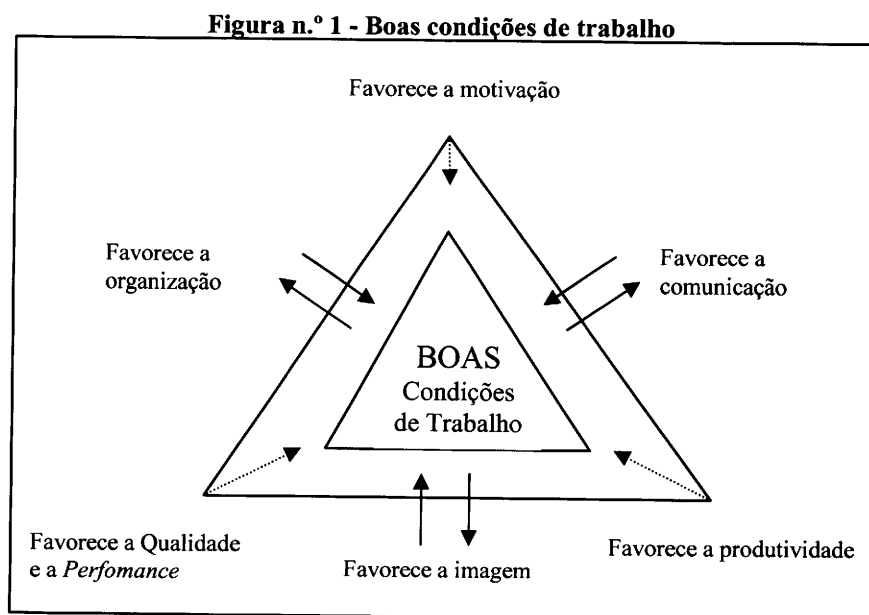
De qualquer forma, embora assinale que pouco se conhece sistematizadamente sobre os efeitos das condições do trabalho, pode-se, contudo, pelos efeitos produzidos, aprender que o indivíduo é indissociável. PIERRE JARDILLIER refere que as CT sofreram evolução durante 20 anos, sobre alguns pontos elas foram melhorando ou deteorando (JARDILLIER, 1979:4).

Graça refere que “hoje em dia o conceito de condições de trabalho tende a ser mais abrangente, englobando não só (i) os factores de risco de natureza física, química e biológica como também (ii) os factores psicossociais e organizacionais (GRAÇA, 2004:292).

Por condições de trabalho CASTILLO e PRIETO (1983) e CASTILLO (1990) afirmam que “deverá entretanto entender-se: (i) tudo o que tem a ver com o trabalho em si (os factores intrínsecos, associados ao conteúdo e à organização do trabalho); e (ii) tudo o que gira à volta do trabalhador (as demais condições materiais e imateriais de trabalho ou factores extrínsecos), do ponto de vista da sua incidência, não apenas negativa mas também positiva, na saúde do trabalhador, a nível físico, psicológico, mental e social” (Graça, 2002:5). Ainda os mesmos autores, enfatizando um aspecto essencial que é o das relações existentes no meio de trabalho, classificam as condições de trabalho em

seis rubricas: condições materiais de trabalho ligadas à higiene e segurança - o quadro do ambiente de trabalho; organização do trabalho, no sentido da implementação e concepção dos postos de trabalho, da fixação de normas, da reestruturação das tarefas, da organização do comando, bem como da informação e da adesão dos executantes às decisões tomadas; a duração do trabalho, quer o tempo semanal, quer da organização dos horários; os modos de remuneração do trabalho, o que inclui não só a remuneração, mas também a classificação; o desenvolvimento das carreiras, incluindo as promoções e o seu correlacto, a formação profissional; e, ainda, outras condições ligadas ao ambiente da empresa (ROSA *et al*, 2004:112).

Para TAVARES, é sabido que se houver uma política, uma estratégia e planos operacionais de acção com o objectivo de se estabelecerem boas condições de trabalho (figura n.º 2), condições essas apostando na sensibilização por parte das chefias directas e dos profissionais, em acções de formação *on job training*, onde através do método explicativo e demonstrativo se vão atenuar assimetrias funcionais, onde através de campanhas de saúde ocupacional se estabelece um plano periódico de vigilância ao colaborador, onde através da distribuição de equipamentos de protecção colectiva e individual se vai tentar evitar/amenizar perigos e riscos resultantes do tipo de trabalho, gravidade, frequência, etc., a *performance* vai aumentar, uma vez que há mecanismos que a suportam como o aumento da motivação, da própria comunicação interpessoal e da organização do posto de trabalho (TAVARES, 1995:54).



Fonte: De A. Costa Tavares (1995)



Também com a preocupação e o objectivo de promover a satisfação dos indivíduos no trabalho e de obter deles as melhores *performances*, passou a análise a centrar-se na organização do trabalho e na participação (e não no posto de trabalho e no indivíduo, como a abordagem tradicional). Nesta linha de pensamento PIOTET, EXIGA E SAINSAULIEU (1981) criaram um modelo de análise das condições de trabalho, onde referem não apenas as tarefas e os seus constrangimentos, mas também a relação de cada trabalhador com o seu posto de trabalho, as relações entre indivíduos e grupos nas organizações, ou seja, este conceito passa a abranger a organização do trabalho e as próprias relações de trabalho (ROSA *et al*, 2004:114).

### **2.2.2. Condições Gerais de Local de Trabalho**

Por «local de trabalho» deverá entender-se “todo o lugar em que o trabalhador se encontra ou deva dirigir-se em virtude do seu trabalho e em que esteja, directa ou indirectamente, sujeito ao controlo do empregador” (n.º 1 do artigo 201.º da Constituição: artigo 3.º e)).

Não querendo entrar aqui em pormenores técnicos da localização e da construção dos hospitais e centros de saúde, a verdade é que certos princípios fundamentais devem ser conhecidos e respeitados se se quiser cumprir as normas existentes. Para a construção de um hospital, ou instituição de saúde, por assim dizer, é obrigatório fazer um estudo global, sendo este a fórmula mais económica tendo em conta as múltiplas exigências que é preciso satisfazer e que dependem de numerosos ministérios.

No que diz respeito à disposição dos locais de trabalho, a OIT lembra o princípio de isolamento de qualquer operação que possa apresentar um perigo ou constituir nocividade. Os locais devem estar situados acima do nível do solo e providos de janelas cuja superfície deve representar no mínimo 17% da superfície do solo. A altura mínima ao tecto não deve ser inferior a 3 metros e cada trabalhador deve ter pelo menos 10m<sup>3</sup> de ar. As paredes e tectos devem ser tratados de maneira a impedir a acumulação da sujidade, a evitar a absorção da humidade e a reduzir a transmissão de ruídos; os revestimentos dos solos devem ser anti-derrapantes e anti-poeira, e fáceis de limpar e ainda assegurar um bom isolamento térmico e eléctrico. Os corredores de circulação devem ser suficientemente largos para permitir à vontade a passagem simultânea dos

veículos e do pessoal, assim como uma evacuação rápida em caso de urgência (OIT, 1993:52).

### 2.2.3. Ambiente de Trabalho

Ambiente de trabalho é definido por FARIA (1994) como o conjunto de elementos envolventes que condicionam as actividades administrativas e operacionais e determinam, em grande parte, a produtividade aliada à qualidade do trabalho produzido.

Dos factores considerados no ambiente do trabalho, alguns interferem directamente na produção, como iluminação, ventilação, cor, ruído, temperatura e humidade. Outros proporcionam condições favoráveis, bem como localização, revestimento das paredes, pisos, instalações eléctricas, mecânica, vapor.

O ambiente de trabalho, segundo ODDONE *et al* (1986:19), refere-se ao conjunto de todas as condições de vida, no local do trabalho. Assim, de acordo com a sua classificação, temos:

- ambiente físico: temperatura, ventilação, iluminação, as cores, o ruído, vibração, radiação, higiene;
- ambiente químico: produtos manipulados, vapores, gases tóxicos, poeiras;
- ambiente biológico: vírus, bactérias, parasitas, fungos;
- ambiente fisiológico: posturas, turno de trabalho e trabalho pesado;
- ambiente psíquico: controles, ritmo de trabalho, monotonia e repetitividade.

As influências do meio ambiente são “todos os factores de ordem física, psicológica, organizacional e social que condicionam o desempenho de tarefas pelo Homem num determinado Sistema de Trabalho” (CGTP-IN, 1999:21).

“A interacção do homem com o seu ambiente de trabalho pode ser prejudicial à saúde, se os riscos de trabalho ultrapassarem a sua tolerância; ou benéfica quando o seu trabalho é inteiramente adaptado aos factores humanos, físicos e psicológicos” (SANTANA *et al*, 1994:45).

Os elementos citados, que compõem a situação de trabalho, não podem ser analisados isoladamente na prática, pois interferem uns nos outros (LAVILLE, 1977:13).

O ambiente de trabalho pode gerar uma grande fonte de tensão no trabalhador, que influi directamente na qualidade dos exames realizados, interferindo, por um lado, na maneira pela qual o TR executa suas actividades e, por outro, no aumento do stress.

Nos hospitais as condições de trabalho envolvem todas as condições físicas do ambiente de trabalho, e neste estudo, particularmente envolvem um ambiente tumultuado com equipamentos especializados de alta tecnologia, com riscos em relação à radiação ionizante, a acidentes, contaminação por materiais orgânicos, turnos de trabalho de 16 horas, envolvendo trabalho nocturno e elevada carga de trabalho. Com a finalidade de analisar estes dados com maior clareza, irei subdividir estas condições. Contudo, devo esclarecer que estes factores formam um conjunto, interagindo de forma cumulativa sobre o trabalho do TR.

#### **2.2.4. Riscos de Trabalho**

No decorrer da sua vida o homem procura a satisfação de necessidades de ordem diversa, desde as essenciais à sua sobrevivência (alimentação, vestuário, etc.) às secundárias, tais como estímulos (reconhecimento social, desenvolvimento das capacidades individuais, etc.).

Uma das formas de satisfazer aquelas necessidades é através do trabalho. Todas as actividades profissionais, em geral, têm o seu risco (perigo) potencial. É exactamente no exercício da profissão de cada cidadão que os riscos em geral são maiores, podendo dar origem ao “acidente” (acontecimento súbito e anómalo, produzido durante a realização de uma actividade económica, originando na vítima uma ou mais lesões que podem implicar a morte, invalidez temporária ou permanente ou a necessidade de tratamentos médicos e/ou medicamentos)(CARDIM *et al*, 1992:14).

Em estudos efectuados ao longo do tempo, por empresas, companhias de seguros e instituições estatais, mostraram que há actividades mais arriscadas do que outras, mas também que é possível e desejável diminuir os riscos em cada uma delas, diminuindo a probabilidade de ocorrência de acidentes.

Para além dos acidentes, situações súbitas, existem alterações no estado de saúde dos trabalhadores, só perceptíveis ao fim de algum tempo, consequência do efeito prolongado e repetido de determinado(s) risco(s), que são as doenças profissionais.

Doença profissional “é toda a lesão resultante da exposição prolongada e repetida a riscos profissionais, habitualmente só perceptíveis ao fim de algum tempo e difíceis de caracterizar” (CARDIM *et al*, 1992:42).

Em relação aos acidentes de trabalho CARDIM afirma que “quanto mais conhecermos as características de cada actividade profissional, quanto melhor estiverem identificados os riscos que cada um corre e em que momento, quanto mais cuidado houver na eliminação ou prevenção dos riscos inerentes a cada profissão, menos probabilidades haverá de ocorrerem acidentes” (CARDIM *et al*, 1992:14).

Aparentemente as coisas parecem simples, era só eliminar definitivamente as causas dos acidentes. Mas há basicamente duas razões que obstam a isso: uma, o facto de cada acidente não ter habitualmente uma só causa, mas sim várias, o que torna menos clara a forma eficaz de intervir; outra, que dificulta a intervenção no sentido de eliminar riscos do local de trabalho, é que a sua eliminação total ou quase, teria custos extraordinariamente elevados que diminuiriam a própria competitividade da empresa.

Deve-se incentivar o desenvolvimento de matérias que visem a melhoria da qualidade de vida no trabalho articulando a melhoria das prestações pecuniárias com a melhoria de outras condições de trabalho, como as de segurança, higiene e saúde. Assim, o trabalho executado em condições de segurança e saúde contribui, decisivamente, para a redução da sinistralidade, das doenças profissionais e, bem assim, de outros factores de risco para a saúde dos trabalhadores e para a actividade empresarial (CPCS, 1991:8)

Neste contexto o Acordo de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho refere que, a prevenção dos riscos profissionais deve ser desenvolvida, por um lado, ao nível do controlo dos riscos nos locais de trabalho e, por outro lado, ao nível dos trabalhadores, quer com vista à obtenção de comportamentos adequados face aos riscos, quer com vista à avaliação dos seus efeitos na saúde (CPCS, 1991:9).

Encontram-se vários conceitos de risco segundo diferentes autores, como exemplo: O risco é “a existência de condições de trabalho capazes de afectar a segurança e bem-estar dos agentes económicos” (CARDIM, 1992:8). Consideram-se riscos de trabalho “todas as situações, reais ou potenciais, susceptíveis de a curto prazo, causarem lesões aos trabalhadores ou à comunidade, em resultado do trabalho” (CGTP-IN, 1999:41). Assim o risco “está relacionado com exposições acidentais a agressões físicas, químicas ou biológicas, que podem trazer consequências várias à saúde e integridade física:

quedas, picadas, cortes, queimaduras, radiações, contacto com vírus ou outros microorganismos...” (CABETE, 2000:11).

Para VEIGA, o risco (R) é, por definição “o produto da probabilidade (P) de uma ocorrência pela severidade (E) (consequências provocadas pela ocorrência)  $R = P \times E$ .” o mesmo autor refere que “o risco varia na proporção directa da probabilidade e da severidade. Quanto maiores a probabilidade e a severidade, maior é o risco; quanto menores forem a probabilidade e a severidade, menor é o risco” (VEIGA *et al*, 2000:6.2.1).

Teoricamente TAVARES e MIGUEL referem que se distingue o “perigo potencial, ao qual está associado um determinado conteúdo enérgico superior ao da resistência da zona do corpo eventualmente atingida, do risco efectivo, que resulta da interacção Homem/perigo potencial no espaço e no tempo” (TAVARES, 2003 e MIGUEL, 2004:42)

A norma portuguesa NP 4397:2001 (tradução e adaptação das OHSAS 18001:1999 da *British Standards Institution*), relativa às especificações dos sistemas de gestão da segurança e saúde do trabalho, introduz os seguintes conceitos: o perigo “fonte ou situação com um potencial para o dano em termos de lesões ou ferimentos para o corpo humano ou de danos para a saúde, ou de danos para o ambiente do local de trabalho, ou uma combinação destes”; o risco “combinação da probabilidade e da(s) consequência(s) da ocorrência de um determinado acontecimento perigoso”.

Definindo risco como “a probabilidade de ocorrência de uma lesão devido à interacção com os factores de risco”, pode então definir-se factor de risco como a “propriedade ou capacidade intrínseca de um elemento potencialmente causador de danos” (SANTOS, 2004).

Os riscos dependem das condições em que se verifica o desempenho da actividade e variam de acordo com a actividade profissional exercida. Nesta perspectiva, pode afirmar-se que o risco profissional a que estão expostos os prestadores de cuidados de saúde difere de local de trabalho para local de trabalho e que nem todos os profissionais estão sujeitos aos mesmos riscos (UVA e FARIA 1992; UVA 1988).

A variedade de riscos profissionais é tão grande que se impõe conhecer cada sector de actividade; porém não carece de se estabelecer estratégias adequadas a todo e qualquer tipo de risco.

A forma mais eficaz de combater riscos é prevêê-los na fase de concepção de um projecto. Nas empresas que já estão a laborar, neste caso, a melhor solução é eliminar os riscos na fonte. A esta estratégia chamam de prevenção colectiva, em que todas as pessoas em contacto com aquele risco, mesmo que por breves momentos, estarão protegidas. Finalmente, outra forma de proteger os trabalhadores num local de trabalho é a protecção individual.

Ser TR, é ter uma profissão que, pela natureza do seu exercício (actividade que implica a exposição a radiações ionizantes), corre vários riscos e é considerada profissão de risco elevado. É profissão de elevado risco, não só pelo risco sempre presente da radiação, mas também pelo risco de contrair uma doença infecciosa, o contacto com a dor, o sofrimento e a morte, ter de passar muitas horas de pé, ter um trabalho que implica elevada responsabilidade e cujos erros podem ter danos graves para a vida e saúde do outro, entre muitos outros aspectos que irei desenvolver.

As ameaças à saúde dos TR nem sempre estão muito visíveis (ex: os riscos invisíveis dos micróbios, da radiação ou do stress) por isso, é, fundamental ter conhecimento dos riscos a que estamos sujeitos. Durante a sua actividade profissional, os TR encontram-se expostos a uma variedade de riscos de natureza física, biológica, química e psicossocial, que contribuem de forma decisiva para a ocorrência de doenças com etiologia diversa e coloca estes profissionais no grupo das profissões desgastantes e de risco (RODRIGUES *et al.*, 2001).

A análise de riscos constitui a primeira abordagem de um problema de segurança do trabalho. E ela tem como objectivo o levantamento de todos os factores do Sistema de Trabalho (Homem/Máquina/Ambiente) (CGTP-IN, 1999:142).

CARVALHO refere que além de constituir a primeira abordagem da segurança no trabalho, também diminui a ocorrência destes e resultando, portanto, do trabalho um conjunto entre a instituição e os profissionais de saúde, com usufruto de uma formação e informação correcta, que devem criar e manter um ambiente de trabalho seguro com benefícios para todos (CARVALHO *et al.*, 1993).

O método de avaliação do risco para a saúde no ambiente de trabalho, baseia-se na determinação da grandeza e probabilidade de ocorrência de um efeito adverso na saúde, resultante da exposição a uma determinada substância (COSTA, 2003). Acresce, ainda de acordo com o mesmo autor, que o processo de avaliação de riscos deve basear-se em

três elementos essenciais: *identificação dos riscos; avaliação da exposição; caracterização dos riscos*. Ainda para o mesmo autor, a *avaliação de Riscos* comporta: (i) Análise de riscos, incluindo análise probabilística de funções de sistemas normais e anormais; (ii) Análise de exposição, incluindo ciclos de vida e percurso ambiental; (iii) Caracterização de risco e Análise Dose-Resposta (RODRIGUES *et al*, 2003).

Relativamente à *Gestão de Riscos*, esta é: (i) Avaliação das opções para redução do risco em função dos custos; (ii) Identificação e avaliação de alternativas; (iii) Avaliação de custos e benefícios das opções de redução de riscos; (iv) Comunicação do risco às pessoas afectadas.

Em termos gerais, o conceito de *risco profissional*, pode ser entendido como a possibilidade de um trabalhador sofrer um dano provocado por motivo ou durante o trabalho e traduz-se na possibilidade de que esse perigo potencial se concretize nas condições de utilização ou exposição”, ou seja, conhecer um perigo (risco), mais não é que identificar a capacidade inerente a uma substância de causar efeitos adversos para a saúde e/ou o ambiente. Em paralelo, a *caracterização do risco* traduz-se na estimativa (quantificação) da incidência e gravidade dos efeitos adversos prováveis numa população humana ou num compartimento ambiental, devidos à exposição real ou previsível a uma substância (RODRIGUES *et al*, 2003).

UVA e FARIA referem que “classicamente, os principais factores de risco de origem profissional a que se encontram expostos os trabalhadores da saúde, classificam-se, do ponto de vista etiológico, em quatro categorias principais: (i) Factores de risco de natureza física; (ii) Factores de risco de natureza química; (iii) Factores de risco de natureza biológica; (iv) Factores de risco de natureza psicossocial (UVA e FARIA, 1992)

A partir da pesquisa bibliográfica e da descrição sumária dos vários conceitos fundamentais desta temática «riscos», apresento os vários factores de risco, as suas características, os tipos, as consequências que podem provocar e os meios de prevenção.

## **2.2.5. Factores de Risco**

### **2.2.5.1. Factores de Risco de natureza ambiental e física**

As condições ambientais presentes no local de trabalho interferem directamente sobre o conforto do trabalhador ao executar a sua tarefa, contribuindo no aparecimento da doença ou agravamento da saúde, podendo influenciar na qualidade da tarefa a ser realizada (COUTO, 1995).

Uma grande fonte de tensão no trabalho é as condições ambientais desfavoráveis, como excesso de calor, ruído e vibrações. Esses factores de risco causam desconforto, aumentam o risco de acidentes e podem provocar danos consideráveis à saúde (IIDA, 1998:233).

#### **Condições Térmicas**

No quadro da melhoria das condições de trabalho e da qualidade de vida, o ambiente térmico desempenha um papel fundamental (DAMIÃO, 1995:298).

A temperatura e a humidade ambiental influem directamente no desempenho do trabalho humano, tanto sobre a produtividade quanto sobre os riscos de acidentes (SILVA, 1995:35).

ELISA DAMIÃO no seu manual refere que temperaturas elevadas no ambiente de trabalho podem causar cansaço, sudorese excessiva, cardiopatias, prostração térmica, câibras, dor de cabeça, mal-estar, tonturas, náuseas e vómitos. Isto compromete directamente a produtividade, a qualidade do trabalho e a segurança do funcionário. Da mesma forma que temperaturas muito baixas, além de desconfortáveis, exigem uma maior actividade cardiovascular, provocando a diminuição da sensibilidade tátil, podendo levar a resfriados, redução da capacidade motora, tornando os movimentos mais lentos. Esses factores irão favorecer a ocorrência de incidentes ou acidentes de trabalho (DAMIÃO, 1995:314).

No interior dos hospitais, a temperatura é, em geral, mantida dentro de certos limites no sentido de proporcionar um maior conforto aos doentes, limites esses que nem sempre correspondem às condições de temperatura e humidade necessárias para que os profissionais de saúde e os restantes trabalhadores possam exercer a sua actividade.



Locais de trabalho como as unidades de neonatologia, unidade de cuidados intensivos e blocos operatórios, são zonas do hospital onde as temperaturas se encontram sempre fora da zona de conforto térmico (temperaturas efectivas de 20° a 24° C, com humidade relativa de 40 a 60% e com velocidade do ar na ordem dos 0,2 m/s), influenciando, de forma negativa, o rendimento dos profissionais de saúde, cujas consequências mais evidentes são a diminuição do grau de concentração e o aumento da frequência de erros e acidentes, sobretudo a partir dos 30° C; diminuição da velocidade de trabalho, pausas maiores e mais frequentes (UVA, 1988; UVA e FARIA, 1992; SANTOS, 2004).

PERETTI refere que a “temperatura central do corpo deve ser mantida mais ou menos constante (37°C). Para este efeito, o corpo humano dispõe de um sistema de termorregulação (irrigação cutânea, secreção de suor, arrefecimento térmico), mas o sistema tem limites, se são ultrapassados existem riscos graves para o organismo” (PERETTI 2001:412). A OIT também recomenda que se deve manter constante a temperatura do sistema nervoso central e dos órgãos do corpo humano; para se conservar o seu equilíbrio térmico. O corpo efectua trocas contínuas de calor com o meio ambiente e a amplitude destas trocas depende, por um lado, do metabolismo do corpo e, por outro lado, da temperatura ambiente, da ventilação, da humidade e do calor radiante (OIT, 1993:65) e (MIGUEL, 2004:395).

É destes factores que depende a sensação térmica. A partir destas variáveis, determina-se a “zona de conforto térmico” ou “bem-estar térmico”, situada entre temperaturas efectivas de 20 a 24°C, com humidade relativa de 40 a 60%, com uma velocidade de ar moderada, da ordem de 0,2 m/s, para o organismo adaptado ao calor. Em organismo adaptado ao frio, essa zona de conforto situa-se entre 18 a 22°C para a mesma humidade e velocidade do vento. A variação não deve ser superior a 4°C (IDA, 1998) e MIGUEL cita FANGER (1973) que refere, “o ambiente confortável é um ambiente neutro para o qual os parâmetros fisiológicos que determinam a sensação de calor têm um valor óptimo (temperatura cutânea média e o débito de sudação)” (MIGUEL, 2004:430).

O tipo de uniforme usado pelos funcionários é fundamental para amenizar o calor, incluindo tipo, cor e modelo. Não se pode esquecer que o uniforme adequado para o ambiente de realização de exames é uma bata ou calça e túnica de cor branca, visto que a higiene é imprescindível.

## **Ventilação**

A OIT visa que a ventilação nos locais de trabalho tem por efeito:

- dispersar o calor produzido pelo equipamento e pelos profissionais;
- dispersar os poluentes atmosféricos;
- manter a sensação de frescura no ar;

Em suma, uma ventilação adequada deve ser considerada como um dos factores importantes de manutenção da saúde e da produtividade dos trabalhadores (OIT, 1993:67).

A ventilação natural, que se obtém abrindo as janelas e outros orifícios de evacuação, origina débitos de ar muito importantes, mas só é utilizável se o clima for bastante ameno. A eficácia desta ventilação depende das condições exteriores, que, em geral, variam consideravelmente. Frequentemente quando a ventilação é mais necessária que a ventilação natural é menos eficaz; além disso é muito difícil de regular.

## **Iluminação**

Uma iluminação correcta num local de trabalho contribui para que as condições do mesmo sejam de modo a não provocar tensões psíquicas e fisiológicas aos trabalhadores, proporcionando dessa forma um aumento da produtividade, motivação, desempenho geral, etc. Caso contrário, além de provocar atrasos na execução das tarefas, poderá induzir stress, dores de cabeça, fadiga física e nervosa, etc., tendo como uma das consequências finais o absentismo (VEIGA *et al*, 2000:8.3.2.1)

Todos os locais de trabalho devem dispor de iluminação adequada, em especial se atendermos a que cerca de 1/3 da vida do ser humano é passado nesse local de trabalho e que cerca de 80% das impressões sensoriais humanas são de natureza óptica (DAMIÃO 1995:324, OIT 1993:55 e MIGUEL 2004:454). Por iluminação adequada entende-se aquela que, de acordo com as expectativas técnicas, possibilita ou cria um ambiente de visão ideal, sendo que este ideal varia de acordo com as actividades exercidas (MEZOMO *sd*:98). Uma iluminação adequada é, pois, uma condição imprescindível para a obtenção de um bom ambiente de trabalho. Uma boa iluminação nos locais de trabalho assume,

pois, fundamental importância. Se tal não se verificar, poderão ocorrer várias consequências: danos visuais; diminuição da produtividade e aumento do número de acidentes. (DAMIÃO, 1995:324).

O olho é o órgão receptor da luz. O aparelho visual é um sistema bastante complexo, no que se refere ao seu funcionamento; a partir de estímulos físicos identificáveis, ele permite a detecção e a integração de um número considerável de informações extremamente variáveis: detecção e identificação de um objecto, sua forma, dimensões, cor, lugar, no ambiente e movimento no espaço (DAMIÃO, 1995:324).

A iluminação é por vezes o elemento mais importante e o mais fácil de corrigir. Deve ser adaptada à natureza do trabalho; todavia, o nível de iluminação deverá aumentar não só em função ao grau de precisão ou de miniaturização da produção, mas também da idade dos trabalhadores, porque as pessoas idosas têm necessidade, para reconhecer o pormenor e conseguir manter um tempo de reacção visual satisfatório, de um nível de iluminação muito mais elevado que os jovens (OIT, 1993:55).

A iluminação ideal é a que é proporcionada pela luz natural, essencialmente por meio de janelas, todavia como a intensidade da luz natural é extremamente variável porque diminui rapidamente à medida que nos afastamos das janelas e os reflexos dos raios solares podem ser uma fonte de encandeamento, é através de uma iluminação artificial que se assegurará uma boa visibilidade em todas as estações do ano, a qualquer hora e quaisquer que sejam as condições meteorológicas (OIT, 1993:59).

A qualidade da iluminação artificial de um ambiente de trabalho dependerá fundamentalmente: da sua adequação ao tipo de actividade prevista; da limitação do encandeamento; da distribuição conveniente das lâmpadas; da harmonização da cor da luz com as cores predominantes do local (MIGUEL, 2004:454).

De uma maneira geral, todos os locais de trabalho devem ser concebidos de modo a privilegiar uma boa visibilidade. Para tal, uma boa visibilidade depende da percepção da geometria, quer do campo de visão, dos contornos, da intensidade luminosa, da conjugação das cores e dos contrastes, quer estabelecidos por estas, quer devido aos níveis de iluminação reflectidos ou directos (VEIGA *et al*, 2000:8.3.2.1.2).

As vantagens de uma iluminação adequada: dá segurança ao trabalhador; dá conforto; favorece a saúde; evita ou reduz acidentes; evita lesões dos órgãos visuais; diminui a

fadiga; aumenta a eficiência do trabalhador; possibilita melhor qualidade do produto; melhora o ambiente de trabalho. As desvantagens da iluminação inadequada são as seguintes: reduz capacidade visual; provoca lesão do aparelho visual; aumenta a fadiga; aumenta o número de acidentes; reduz a produtividade do trabalhador; favorece erros; provoca tensão nervosa (MEZOMO sd:100).

Em termos ergonómicos, as condições do ambiente de trabalho no que dizem respeito ao campo visual dividem-se em dois grupos: iluminação funcional e cor funcional. Isto porque a luz possui duas características essenciais, a intensidade e a cromaticidade (tom da cor e intensidade da cor) (VEIGA *et al*, 2000:8.3.2.1.2.).

A boa iluminação é requerimento para satisfazer a visão. Ela diminui o cansaço nos olhos e a fadiga, reduzindo os erros na leitura das requisições dos exames, onde tem de se ler o nome do doente, o número de processo, os exames pedidos e o diagnóstico clínico.

A visão humana tende a acomodar-se a qualquer estímulo luminoso. No caso desse estímulo não ser adequado a visão cria defesas para exercer essa adaptação. Este processo denomina-se acomodação. O fenómeno da acomodação é feito através da focagem do cristalino, fenómeno este que diminui com a idade por endurecimento progressivo do mesmo (VEIGA *et al*, 2000:8.3.2.1.2).

Um outro aspecto importante a evitar em termos de segurança do trabalho é a fadiga visual, que pode resultar de: uma solicitação demasiado frequente dos músculos de acomodação para verem imagens muito pequenas; um esforço de acomodação demasiado frequente da retina para se adaptar a contrastes (PERETTI, 2001:413). E manifesta-se por uma série de sintomas de incomodidade que vão desde uma visão toldada até dores de cabeça, contracção dos músculos faciais e mesmo por uma postura geral do corpo incorrecta (MIGUEL, 2004:457 e DAMIÃO, 1995:329) e a fadiga nervosa pode nascer de uma atenção visual continuada. Daí a importância de uma boa iluminação em quantidade (intensidade suficiente para a tarefa a executar) e qualidade (bons contrastes, para que a percepção seja fácil, o contraste é a diferença entre o brilho dos objectos a observar e o fundo) (PERETTI, 2001:413).

Como medida de prevenção, aquando da realização de qualquer tarefa, devem ser efectuadas pausas de tempos a tempos (VEIGA *et al*, 2000:8.3.2.1.2) e estas pausas na

observação têm um efeito benéfico sobre os dois tipos de fadiga visual (DAMIÃO, 1995:457).

Níveis-padrão de iluminação recomendados para diferentes ambientes de trabalho nos hospitais: nas enfermarias 200 lx; salas de operações 500 lx; mesa de operações 5000 lx; laboratórios 250 lx (VEIGA *et al*, 2000:8.3.2.2.6)

Nos hospitais devem ser previstos sistemas de iluminação de segurança e de sinalização luminosa de emergência em casos de interrupção da corrente eléctrica para locais onde se reúna um grande número de trabalhadores ou de público. Também se deve colocar iluminação autónoma em locais onde a interrupção da corrente possa provocar situações de risco (TAVARES, 2003:11).

### **As cores**

As cores constituem um importante complemento ambiental, pois quando bem utilizadas, amenizam condições naturalmente desfavoráveis.

Estados de depressão ou melancolia, cansaço visual, dores de cabeça podem ser consequência de uma permanência prolongada ou realização de actividades em ambientes em que a escolha de cores não atendeu à observação dos seus possíveis efeitos.

Assim, além da iluminação propriamente dita, a segurança do trabalho depende também das cores do ambiente enquanto, pelos seus reflexos psicológicos, influem sobre a moral dos trabalhadores, animando-os ou abatendo-os. Assim, como exemplo, o vermelho e o amarelo são estimulantes, enquanto o azul e o verde são calmantes. O alaranjado aumenta a emotividade, o preto deprime e o branco predispõe ao asseio.

Segundo as recomendações da Portaria n.º 1456-A/95, de 11 de Dezembro e da Norma Portuguesa NP-3992:1994, os sinais de proibição têm fundo branco, símbolo a preto, coroa circular e banda oblíqua a vermelho («cor de segurança» as características e as cores dos sinais estão definidos na Norma Portuguesa NP-2980:1986); os sinais de aviso têm fundo amarelo (cor de segurança), símbolo e contorno a preto; os sinais de obrigação têm fundo verde (cor de segurança), símbolo a branco; sinais relativos a material de combate a incêndios com fundo vermelho (cor de segurança), símbolo a branco.

Apesar da utilidade das cores na segurança do trabalho, convém frisar que se o seu uso não for correcto e sua distribuição não for correcta, poderão surgir sintomas de fadiga entre os trabalhadores. Alerta-se que a indicação dos perigos por meio de cores não dispensa a utilização de outros sinais preventivos.

A racional utilização das cores, quer no sentido de proteger o trabalhador, quer objectivando proporcionar-lhe melhores condições de trabalho, pode e deve ser aplicada evidenciando um aumento na produtividade.

Segundo MIGUEL, as cores nos locais de trabalho podem ter as seguintes funções:

-ordenação e identificação (certos locais, secções ou pisos podem dispor de um determinado código de cor, de modo a assegurar um planeamento ordenado de trabalho e a facilitar certos serviços);

-indicação de dispositivos de segurança (se a mesma cor é sempre usada para assinalar um risco particular torna-se automática a reacção correcta ao mesmo. Tal é o objectivo das cores de segurança);

-criação de contrastes (em máquinas é extremamente útil, pois permite identificar rapidamente determinados elementos como botões, alavancas de controlo, etc.);

-efeitos psicológicos da cor (são ilusões ópticas e outros fenómenos psíquicos induzidos pela cor. As ilusões cromáticas mais importantes dizem respeito à distância, temperaturas e efeitos na efectividade psíquica em geral) (MIGUEL 2004:481).

O mesmo autor refere que, de um modo geral, todas as cores escuras são opressivas e cansativas; absorvem a luz e são difíceis de manter limpas. Todas as cores claras são frescas e acolhedoras, difundem mais luz e motivam maior limpeza. As cores frias *aumentam* as dimensões de um recinto enquanto que as cores quentes as diminuem.

Por norma os serviços de radiologia têm um ambiente claro, com equipamentos de cores agradáveis, sendo a cor das paredes nos tons de branco/bege, e pintadas com tintas laváveis, protecções para batidas das macas. Um serviço de radiologia deve ter uma boa combinação de cores para permitir aos TR e restantes profissionais do serviço um melhor desempenho e, conseqüentemente, um aumento de produtividade. Evitando efeitos psicofisiológicos de modo negativo e o desenvolvimento de riscos, como: depressão e stress; angústia; desequilíbrio psicofisiológico; lesões; acidentes; doenças;...

Ou seja, devem estar conforme os preceitos normais e legais, “a distribuição das cores num determinado espaço deverá ser tal que não produzam reflexos que provoquem encandeamentos. Para tal, a cor dos tectos deverá ser branca, as paredes de cor branca ou de cores claras e os pavimentos de cores mais escuras” (VEIGA *et al*, 2000:8.3.2.6.2).

## **Ruído**

A definição para ruído é um som desagradável e indesejável que perturba o ambiente, contribuindo para o mal-estar, provocando situações de risco para a saúde do ser humano. Mas o som é fundamental para a nossa vivência, é através dele que comunicamos, que ouvimos música, obtemos informações, etc. (VEIGA *et al*, 2000:8.3.1.1)

Ruídos podem ser sons confusos, discordantes e irritantes, enquanto a música consiste em sons harmoniosos e agradáveis, que dão a sensação de descanso e bem-estar geral e aumentam a disposição para o trabalho.

O ruído, é um “estímulo sonoro sem conteúdo informativo para o auditor, que lhe é desagradável ou que o traumatiza, constitui actualmente um dos principais factores de degradação da qualidade de vida e representa, como tal, um elemento importante a considerar no contexto da saúde ambiental e ocupacional das populações” (DL n.º 251/87 de 24 de Junho).

Assim, do ponto de vista físico o ruído é: “apenas um tipo de som «indesejável» ou «indesejado» e através dele podemos experimentar sensações agradáveis ou desagradáveis” (DAMIÃO 1995:342); “toda a vibração mecânica estatisticamente aleatória de um meio elástico” (MIGUEL, 2004:340).

Do ponto de vista fisiológico, será todo o fenómeno acústico que produz uma sensação auditiva desagradável ou incomodativa (MIGUEL, 2004:340).

Cientificamente o ruído é considerado como uma variação da pressão atmosférica numa banda de frequências audíveis pelo homem (20 Hz a 20000 Hz). As características do som são: o nível sonoro e a frequência (se se trata de um som puro) ou a composição ou espectro (de um som complexo).

A intensidade do som mede-se em decibéis (dB) e a frequência em Hertz (Hz).

Os ruídos que têm uma intensidade elevada, quer dizer, mais de 85 dB são os mais perigosos (PERETTI 2001:412) e para os trabalhadores com exposição diária ao ruído igual a 85 dB «Nível de Acção», quando a exposição diária ao ruído durante o trabalho é igual a 90 dB «Valor-Limite» provocam dificuldades de comunicação verbal e problemas de saúde auditiva provocando surdez sono-traumática em que existe uma destruição progressiva, permanente e irreversível do nervo coclear, dando origem a uma das doenças profissionais mais frequentes: a surdez profissional (VEIGA *et al* 2000:8.3:1.3).

Estes dois conceitos são importantes para analisar o ruído nos locais de trabalho, se este ultrapassar o nível de acção, deverão as empresas definir medidas de intervenção e controlo do ruído e seus efeitos.

O risco de perda de audição é definido segundo a Norma Portuguesa NP 1733, 1981. O Decreto Regulamentar n.º 9/92, de 28 de Abril, define os valores máximos admissíveis de exposição ao ruído e método de medição, assim como a intervenção da Medicina do Trabalho na prevenção à surdez profissional, através da análise audiométrica dos trabalhadores.

O som é definido como qualquer variação de pressão que o ouvido pode detectar. Quando uma fonte sonora vibra, provoca variações de pressão no ar ambiente. Esta é medida em Pa (Pascal), é o parâmetro utilizado quando importa avaliar as situações de incomodidade ou risco do trauma auditivo, para ser mais prática a sua utilização exprime-se os parâmetros sonoros como uma razão logarítmica entre os valores medidos e os de referência (DAMIÃO, 1995:343).

As ondas sonoras podem transmitir-se da fonte até ao ouvido, tanto directamente pelo ar, como indirectamente por condução nos materiais-estruturas sólidas, paredes, pavimentos e tectos, que funcionam como fontes secundárias. Quando o ruído atinge determinados níveis, o aparelho auditivo apresenta fadiga que, embora inicialmente seja susceptível de recuperação, pode em casos de exposição prolongada a ruído intenso transformar-se em surdez permanente devido a lesões irreversíveis do ouvido interno (MIGUEL, 2004:340).

O ruído constitui uma causa de incómodo para o trabalho e com variadíssimas consequências: “um obstáculo às comunicações verbais e sonoras, podendo provocar fadiga geral e, em casos extremos, trauma auditivo e alterações fisiológicas extra-



auditivas” (MIGUEL, 2004:340); “todo o corpo humano é influenciado pela pressão sonora (coração e sistema circulatório, sistema nervoso e órgãos do ouvido interno ressentem-se a exposições continuadas a sons agudos)” (TAVARES, 2003:2); “pode causar perturbações sensomotoras, neurovegetativas e metabólicas (essencialmente a fadiga, irritação, quebra de produtividade e de acidentes de trabalho)” (OIT, 1995:60) e “pode afectar o ser humano a nível físico, psíquico e, conseqüentemente, social. A exposição diária a níveis sonoros superiores a 30 dB, dependendo das características individuais e de outros factores que integram o ambiente de trabalho, pode causar os seguintes efeitos: perturbações fisiológicas (contração de vasos sanguíneos, tensão muscular, etc.); sistema nervoso central (alterações da memória e do sono); psíquicos (irritabilidade, agravamento da ansiedade e da depressão); perturbações da actividade (fadiga, que é um dos factores de acidentes de trabalho, contribuem para uma diminuição de rendimento no trabalho, influenciando negativamente a produtividade e a qualidade) (VEIGA *et al*, 2000:8.3:1:3).

A OIT afirma que uma redução do ruído de fundo é acompanhada de uma diminuição notável de erros e de um melhoramento sensível da produção. E que o método mais eficaz de luta contra o ruído consiste em eliminá-lo ou reduzi-lo na fonte (substituir equipamento por outro menos ruidoso); o segundo método consiste em impedir ou em reduzir a transmissão do ruído interpondo painéis absorventes, tratamento de superfícies como tectos, paredes e pavimentos com materiais absorventes acústicos. Um outro método recorre a algumas medidas de redução na recepção. Nos casos de exposição a um nível sonoro de 90 dB a exposição ao ruído deve ser reduzida e mantida nos limites aceitáveis com a utilização de protectores de ouvido e/ou rotação de operadores (OIT, 1995:63).

Miguel refere que quando o nível de ruído nos locais de trabalho ultrapassa os níveis considerados aceitáveis deve proceder-se a um programa de controlo de ruído através de medidas organizacionais (tem em vista a diminuição dos níveis de ruído ou do tempo de exposição através de aquisição de equipamento em que o factor nível de ruído seja considerado, rotação periódica de pessoal exposto); medidas construtivas (actuação sobre a fonte produtora de ruído e actuação sobre as vias de propagação) e medidas de protecção individual (quando qualquer das soluções anteriormente descritas não se

revela eficaz terá então que se recorrer a utilização de protectores auditivos) (MIGUEL, 1995:372).

Trabalhos intelectuais com exigências na concentração mental, ou que a compreensão da conversa é importante, pertencem às “profissões sensíveis ao ruído”.

Outro ponto de fundamental importância é os equipamentos para proporcionar uma maior segurança, quando correctamente programados, emitem sons de “alarme”, que devem ser identificados pelos profissionais, afim de alertar para qualquer problema desencadeado.

Levando em consideração os malefícios causados pelo ruído, foi publicada, pelos órgãos competentes, legislação que regulamenta os seus níveis, bem como as medidas de protecção contra o ruído. Assim, o Decreto-lei n.º 251/87, de 24 de Junho, aprova o Regulamento Geral sobre o ruído, com as alterações introduzidas pelo Decreto Lei n.º 292/89, de 2 de Setembro, assim como o Decreto-Lei n.º 72/92, de 28 de Abril, que estabelece o quadro geral de protecção dos trabalhadores contra os riscos decorrentes da exposição ao ruído durante o trabalho, e que se aplica a todas as empresas, estabelecimentos e serviços, incluindo a Administração Pública. Este documento encontra-se regulamentado pelo Decreto Regulamentar n.º 9/92, de 28 de Abril, e pelo Decreto-Lei n.º 292/2000, de 14 de Novembro, que aprova o regime legal sobre a poluição sonora, designado também «Regulamento Geral do Ruído». Este último diploma tem por objectivo “a prevenção do ruído e o controlo da poluição sonora, tendo em vista a salvaguarda da saúde e o bem-estar das populações” (SEQUEIRA *et al.*, 2004).

De acordo com este diploma, as medidas de controlo do ruído devem incluir medidas de natureza organizacional, medidas de natureza construtiva e medidas de protecção individual. As primeiras incluem o afastamento do trabalhador dos locais onde o nível do ruído é elevado, o afastamento do posto de trabalho das fontes de ruído, a diminuição do tempo de exposição ao ruído, a realização das tarefas ruidosas fora dos horários normais de trabalho, a limitação do acesso às zonas ruidosas por meio de sinalização adequada e a automatização das tarefas. As medidas de natureza construtiva permitem actuar sobre a fonte de ruído e sobre os meios de propagação. No primeiro caso, incluem-se a substituição dos materiais para concepção dos equipamentos (substituição do metal por plástico, por exemplo), o uso de sistemas de amortecimento e de blindagem e uma manutenção eficaz das fontes de ruído (SEQUEIRA *et al.*, 2004).

No segundo caso, estão incluídos o controlo das vibrações, o encapsulamento ou isolamento da fonte de ruído com materiais absorventes, a utilização de painéis anti-ruído e o revestimento das paredes e chão por materiais absorventes. SANTOS (2004) refere que as medidas de protecção individual incluem o uso de protectores auriculares, a realização de exames audiométricos periódicos e o afastamento do trabalhador das fontes de ruídos (SEQUEIRA *et al.*, 2004).

Medidas gerais de prevenção (art. n.º 2 DR n.º 9/92 de 28 de Abril):

-as exposições dos trabalhadores ao ruído durante o trabalho devem ser reduzidas ao nível mais baixo possível, tendo em consideração o progresso técnico; para se atingir este objectivo devem ser aplicados critérios adequados na concepção e construção de novos locais de trabalho ou na modificação dos já existentes, assim como na aquisição de equipamentos de trabalho e na selecção de materiais, técnicas e métodos de trabalho.

-para reduzir os riscos (...) devem ser utilizadas, pela seguinte ordem de prioridades, medidas técnicas de protecção colectiva, de organização do trabalho e de protecção individual.

### **Vibrações**

As vibrações “são efeitos físicos produzidos por certas máquinas, equipamentos e ferramentas vibrantes, que actuam por transmissão de energia mecânica, emitindo oscilações com amplitudes perceptíveis pelos seres humanos” (VEIGA *et al*, 2001:8.3.3.1.1).

Damião diz que “um corpo se encontra em vibração quando está animado no todo ou parte por um movimento oscilante à volta de uma posição de equilíbrio ou de referência” (DAMIÃO, 1995:357).

As vibrações são transmitidas aos trabalhadores por certas máquinas pesadas, móveis ou fixas, e por máquinas portáteis, que podem provocar alterações no organismo humano, causando desconforto e alterações fisiológicas e afectando o rendimento no trabalho (VEIGA *et al*, 2001:8.3.3.1.1).

A resposta do corpo humano às vibrações externas depende da sua postura (de pé, sentado ou deitado) e do ponto de aplicação das forças vibratórias (MIGUEL 2004:376).

PERETTI também refere que, “quer seja pelos pés, pelos braços ou tronco que se encontra em contacto directo com as superfícies em vibração o corpo humano é sensível às vibrações dos corpos sólidos. Mas a reacção das diferentes partes do corpo às vibrações depende da frequência e da amplitude destas e do tempo de exposição a que a pessoa é submetida” (PERETTI, 2001:413).

Os efeitos nocivos provocados pelas vibrações, segundo DAMIÃO (1995:362), manifestam-se de diversos modos: náuseas e vómitos (baixas frequências < a 1 Hz); alterações osteoarticulares ou esqueléticas (baixas frequências 30 Hz); perturbações neurológicas, circulatórias, digestivas e respiratórias, alterações visuais; alterações vasomotoras (altas frequências > a 150 Hz). MIGUEL (2004:380) e DAMIÃO (1995:362) referem ser estes os efeitos mais frequentes conjuntamente com as esqueléticas. Têm como denominação síndrome de Raynaud ou fenómeno do dedo morto ou dedo branco, manifestando-se por diminuição da sensibilidade nos dedos, sensação de descarga eléctrica e queimadura, palidez e diminuição da temperatura cutânea, daí resultando incapacidade para o trabalho devido a impotência funcional da mão e diminuição da sensibilidade que acompanha sempre as crises.

## **Radiações**

Tipos de Radiação: Radiação Ionizante ou Radiação não Ionizante.

**As radiações não ionizantes** a que os profissionais de saúde estão mais expostos são, essencialmente, as radiações ultravioletas, os raios laser e os campos magnéticos, estes últimos produzidos, maioritariamente, pelos equipamentos de Ressonância Magnética, no decurso dos exames complementares de diagnóstico. Embora não constituam situação tão preocupante como as radiações ionizantes, há dados científicos que permitem concluir que a acção daquele tipo de radiações, em doses muito elevadas, produzem efeitos nefastos sobre o património biológico do homem, nomeadamente ao nível dos órgãos da visão e da pele. Contudo, a legislação actualmente existente apenas considera como factor de risco susceptível de causar efeitos adversos para a saúde dos trabalhadores as radiações ultravioletas, não incluindo nessa designação nem os raios laser nem os campos magnéticos (Decreto Regulamentar n.º 6/2001).

A radiação ionizante pode dividir-se em duas grandes categorias: Radiação Corpuscular e Radiação Electromagnética. A Radiação Corpuscular subdivide-se em Radiação Carregada Electricamente (como a Radiação  $\alpha^{2+}$  e  $\beta^-$ ) e a Radiação Corpuscular Electricamente Neutra (neutrões)<sup>6</sup>. A Radiação electromagnética foi organizada

<sup>6</sup> A Radiação Corpuscular caracteriza-se por ser constituída por partículas (electrões, protões e neutrões). Tem como propriedades apresentar massa mesmo em repouso e a velocidade ser inferior à velocidade da luz ( $\cong 3 \times 10^8$  m/s). A Radiação Electromagnética tem como base o conceito físico de onda electromagnética. Este conceito explica o movimento oscilatório de uma carga que sofre aceleração num sentido e depois no sentido oposto, dando origem a dois campos, um eléctrico e um magnético. Os dois campos são, em cada instante e em cada ponto, perpendiculares entre si e propagam-se no meio circundante com velocidade constante igual à velocidade da luz. Esta descoberta deve-se a Maxwell em 1865. Posteriormente, Hertz evidenciou experimentalmente a existência destas ondas, as quais são denominadas ondas Hertzianas. Estabeleceu-se, assim, a teoria electromagnética da luz. A radiação electromagnética, como foi referido, é caracterizada por dois campos eléctricos representados por dois vectores (vector campo eléctrico e vector indução magnético). Os valores algébricos das grandezas “campo eléctrico” e “campo magnético” são funções sinusoidais do tempo e os dois campos vibram em fase, estando a sua frequência de vibração relacionada com a velocidade da luz enunciada na seguinte expressão:  $\lambda = c / f$  ( $c$  – velocidade da luz;  $\lambda$  – comprimento de onda;  $f$  – frequência). A onda electromagnética transporta energia radiante que é dada pela expressão:  $E = h f$  ( $h$  – constante de Planck =  $4,1356 \times 10^{-15}$  eV.s)

Segundo a Teoria Corpuscular ou Quântica de Luz a energia é transportada por fotões sendo este conceito enunciado por Einstein. A Radiação Electromagnética não apresenta massa quando se encontra em repouso, mas apenas em movimento. Einstein relacionou a sua Teoria da Relatividade com a Teoria Corpuscular.  $E = mc^2 = h f$

Louis de Broglie ampliou estas relações a todas as partículas, atribuindo-lhes comportamentos do tipo ondulatório. O fotão é caracterizado pelas seguintes propriedades: -Frequência ( $f$ ) é o número de comprimento de onda da onda por unidade de tempo. A unidade de medida da frequência é o Hertz (Hz). Um Hertz é igual a um ciclo por segundo. - Comprimento de Onda ( $\lambda$ ) é a distância entre dois picos sucessivos ou duas depressões sucessivas de onda electromagnética. A unidade é o metro (m). -Velocidade ( $c$ ): o fotão move-se no espaço segundo a velocidade da luz ( $c$ ). O valor da velocidade da luz, no Sistema Internacional de Unidades é aproximadamente igual a  $3 \times 10^8$  m/s. - Amplitude ( $A$ ): ao fotão associa-se, no seu deslocamento, ondas sinusoidais de amplitudes variáveis. Define-se amplitude como metade da magnitude da variação da onda desde o ponto mais alto ao ponto mais baixo.

Produção de RX: Os raios X produzem-se por “choques” de electrões acelerados a grande velocidade contra a matéria, isto ocorre dentro de uma ampola. Na ampola, onde se cria um vácuo, existe um filamento de Tungsténio e um dispositivo de focagem D, os quais constituem o cátodo. Existe um ânodo A que é geralmente, também, de Tungsténio. O filamento é levado ao rubro por Efeito de Joule, produzido pela intensidade de corrente I que o atravessa. Entre o ânodo e o filamento é aplicada uma diferença de potencial que pode ir de algumas dezenas à centena e meia de kiloVolt (kV). Os electrões emitidos do filamento por efeito de termoiónico são acelerados no campo eléctrico existente entre o ânodo e o cátodo. Devido à acção do eléctrodo de focagem os electrões são dirigidos sobre uma área mínima do ânodo. Os electrões ao interagirem com o ânodo vão perder a sua energia cinética. A maior parte desta energia é libertada na forma de calor (99%) e só uma pequena fracção é emitida na forma de radiação electromagnética (1%). Segundo Zaragoza (1992) existem dois mecanismos fundamentais de produção de raios X que dão lugar a dois tipos de radiação que actuam frequentemente em simultâneo: a radiação de travagem e a radiação característica.

A Radiação de Travagem ocorre como consequência da interacção dos electrões que provêm do cátodo com o material que constitui o ânodo, sendo desviados da sua trajectória como consequência das forças eléctricas que os núcleos do material exercem sobre eles. Estas forças provocam uma alteração na trajectória inicial do electrão que assim perde parte da sua energia cinética. Esta energia cinética perdida é emitida na forma de um fotão de radiação X. Segundo Zaragoza (1992) o electrão pode perder mais ou menos energia, dependendo da sua energia cinética inicial, da proximidade da sua trajectória aos núcleos do ânodo e do número de vezes que sofre interacções com perda de energia, por conseguinte, o fotão emitido por este processo tem uma energia e um comprimento de onda muito variável. Assim, um feixe contínuo de electrões que interagem com o ânodo dará lugar, por este processo, a um feixe de fotões com energias distintas. Se se fizer a representação gráfica das intensidades que possuem os fotões em função do comprimento de onda, obtém-se um espectro contínuo. A radiação característica ocorre quando a energia cinética do electrão incidente é suficientemente elevada, provocando a interacção deste electrão com alguns dos electrões profundos dos átomos que constituem o ânodo. Assim, o electrão incidente transfere energia suficiente a um electrão orbital para que este seja ejectado da sua órbita, deixando um lugar vago. Este lugar será ocupado por um electrão de uma órbita mais externa. Isto vai provocar uma diminuição da energia potencial do electrão, sendo o excesso de energia emitido sob a forma de radiação X. Este processo pode ocorrer numa única transição (um fotão emitido), ou em transições múltiplas (vários fotões X de menor energia emitidos). Segundo Zaragoza (1992) se chamarmos  $E_1$  à energia do electrão da órbita interna e  $E_2$  à que corresponde à órbita externa, o fotão emitido possuirá uma energia  $E_2 - E_1$ .  $\lambda = h c / E_2 - E_1$  Como os níveis energéticos  $E_1$  e  $E_2$  são característicos e possuem valores definidos para cada átomo, a radiação produzida por este processo apresentará um ou vários comprimentos de onda

segundo uma escala contínua de radiação que se estende desde a radiação X à radiação das ondas de rádio.

Esta escala foi arbitrariamente dividida por secções diferindo estas apenas nos comprimentos de onda e nas frequências. A natureza física (radiação electromagnética) é igual em toda a escala e designa-se este conjunto de radiações como espectro electromagnético.

### **Radiação X:**

Os raios X foram descobertos acidentalmente em 1895 pelo físico WILHELM KONRAD RÖENTGEN quando estudava o efeito da passagem de corrente eléctrica num tubo de raios catódicos. Verificou que ao excitar o tubo com alta tensão, alguns cristais de platinocianeto de bário, que se encontravam perto, emitiam radiação luminosa visível. Envolvendo o tubo de raios catódicos com cartolina preta, o fenómeno repetia-se.

Os raios X são radiações electromagnéticas da mesma natureza da luz, mas com comprimento de onda mais baixos, compreendidos entre  $10^{-8}$  m a  $10^{-10}$  m, segundo BUSHONG (1998). A energia que transportam pode quantificar-se sob a forma de fotões.

Após a realização de várias experiências comprovou-se que este tipo de radiação electromagnética tem várias propriedades. Segundo ZARAGOZA (1992), essas propriedades são as seguintes:

*“(...) propagam-se em linha recta e à velocidade da luz”; “são dispersas pelos materiais que atravessam”; “são absorvidas pela matéria o que vai depender da energia e da natureza da radiação do meio absorvente”; “(...) produzem ionizações na matéria”; “produz efeitos em corpos sólidos: a fluorescência, fotoluminescência e a termoluminescência”; “(...) produzem efeitos químicos, um dos principais é o efeito fotográfico”; “(...) provocam efeitos biológicos que podem conduzir a alterações patológicas ou a efeitos terapêuticos”.*

---

fixos e característicos do material que constitui o ânodo, daí o nome de radiação característica. Nos aparelhos de raios X, segundo Zaragoza (1992), o espectro de radiação característica sobrepõe-se ao espectro de radiação contínuo, apresentando uma série de riscas correspondentes a comprimentos de onda concretos. Depois da ocorrência de qualquer um deste dois processos, o electrão incidente continua a interagir com o meio até perder toda a sua energia. Assim, não é o electrão incidente que é convertido num ou mais fotões, mas sim a sua energia cinética que é transformada em fotões e calor.

A Radiação X interage com o tecido biológico e estas interacções atómicas, segundo BUSHONG (1998), tomam a forma de ionizações. Estas ionizações são uma sequência de fenómenos cuja escala temporal inclui três fases sequenciais (indução, processamento e manifestação).

A indução, caracterizada por ser uma fase onde resulta sobretudo a ionização, é um processo rápido ( $10^{18}$  s), sendo também um processo físico de interacção de uma partícula rápida com um átomo dos componentes da célula. Pode haver processos sucessivos, desde a ionização a processos físico-químicos e químicos com formação de radicais livres.

Ao iniciar-se a fase de processamento, que é da responsabilidade da actividade dos radicais livres, os processos bioquímicos celulares evoluem no sentido dos efeitos biológicos e manifestações celulares, seguindo-se de lesões precoces ou tardias dos tecidos, até aos lentos processos carcinogénicos e genéticos que só se manifestam ao fim de muitos anos. Ao nível celular, a radiação ionizante interage com o ADN podendo ser uma acção directa, para as radiações altamente ionizantes, ou indirecta, para radiação fracamente ionizante. Esta última, provoca a radiólise da água com a formação de radicais hidróxidos, que interagem com o material genético induzindo alterações no código genético (mutações) podendo mesmo alterar o processo da duplicação do ADN. Nesta fase, ainda há possibilidade de manipulação dos radicais livres altamente reactivos, diminuindo os efeitos biológicos. A fase biológica inicia-se, com reacções enzimáticas que originam lesões em grande parte do ADN.

Estas lesões podem ou não reparar-se havendo sobrevivência da célula normal ou podem resultar em morte celular, mutações ou aberrações cromossómicas. Analisando o aspecto ao nível molecular, a radiação ionizante, ao induzir lesões no ADN, conduz a mutações. Estas podem ser pontuais, quando existe uma pequena substituição nucleótida ou mutações clastogénicas que abrangem vários genes, como os rearranjos dos cromossomas. Pode-se concluir que os efeitos da radiação ionizante ao nível do material genético (ADN) são muito importantes nos processos desencadeantes da oncogénese, dos efeitos genéticos e hereditários. Actualmente, existe alguma ambiguidade na avaliação do risco genético para baixas doses se considerarmos valores entre 0,1 e 0,2 Gy.

Os efeitos biológicos das radiações ionizantes podem ser classificados em duas categorias, como considera a Comissão Europeia (1999) que distingue os efeitos determinísticos e os efeitos estocásticos.

Os efeitos determinísticos são os causados pela diminuição ou perda de função de um órgão, devido a danos ou morte de células. Para estes efeitos existem limiares de dose: a função de muitos órgãos e tecidos não é afectado por pequenas reduções do número de células saudáveis existentes. Só no caso de uma redução suficientemente grande serão clinicamente observáveis efeitos patológicos.

Os efeitos estocásticos são os que resultam de modificações provocadas pelas radiações em células que mantêm a sua capacidade de divisão. Estas células modificadas podem, em alguns casos, iniciar uma transformação maligna da célula e conduzir ao desenvolvimento de um clone maligno e, finalmente, a um cancro declarado.

A Comissão Europeia considera que para os efeitos estocásticos não é considerado um limiar, e admite-se que a probabilidade da sua ocorrência é proporcional à dose. Por isso, a probabilidade de indução deve ser reduzida pela manutenção da dose tão baixo quanto possível.

Estes efeitos regem-se pelo principio ALARA (As Low As Reasonable Achievable) que BUSHONG (1998) definiu como “(...) *deve-se diminuir o mais razoavelmente possível a exposição a radiações ionizantes*”.

O trabalho da Comissão Europeia, no domínio da protecção contra as radiações, rege-se pelo tratado EURATOM e pelas Directivas do Conselho que lhe dão aplicação. São criadas normas de Segurança de Base (BSS) relativas à protecção da população e dos trabalhadores expostos (80/83 EURATOM), revista em 1996 (96/29 EURATOM). Foi criada uma directiva que complementa a Directiva de Segurança de Base (BSS) em 1984 e revista em 1997, que passou a designar-se Directiva relativa às Exposições Médicas (MED), que fixa as normas de segurança de base relativamente à protecção contra radiações das pessoas submetidas a exames e tratamentos médicos (97/43 EURATOM).

Considerando que as exposições médicas são as maiores fontes de exposição da população a radiações ionizantes, estas são justificadas, pois proporcionam os aspectos relacionados com o diagnóstico, a terapêutica e a prevenção. É necessário, uma boa



justificação individual (uma boa indicação clínica) para que a dose absorvida pelo doente não seja desnecessária e improdutivo (97/43 EURATOM).

Ao aplicar todas as normas de protecção eficaz é necessário aplicar a justificação, a optimização e os limites de dose.

A justificação do exame segundo a Directiva (97/43 EURATOM) é da responsabilidade do médico que prescreve o exame e do médico ou pessoa responsável pela execução do exame e da instalação radiológica.

Devem aplicar-se níveis de dose de radiação de forma a obter a qualidade nos exames e estabelecer limites (NDR).

A optimização significa manter a dose “tão baixa quanto razoavelmente possível, desde que se possam obter informações de diagnóstico necessárias, tendo em conta factores económicos e sociais” (Comissão Internacional de Protecção Contra Radiações Ionizantes - CIPR 60).

De facto as primeiras recomendações de protecção contra as radiações ionizantes foram propostas na Grã-Bretanha em 1921 com a criação do denominado «*British-X-Ray and Radium Protection Comitee*» e posteriormente, em 1928, foi criada a Comissão Internacional de Protecção Radiológica (UVA e FARIA 1992).

A necessidade de adopção de providências tendentes a assegurar uma protecção eficaz das pessoas expostas às radiações ionizantes culminou com a publicação do Decreto-Lei n.º 44 060, de 25 de Novembro de 1961. Prevê-se então a criação da Comissão Nacional de Protecção contra as Radiações, onde terão assento representantes de vários Ministérios, que, conjuntamente, definirão políticas e proporão directivas a que deverão obedecer as normas de protecção contra as radiações.

Recentemente foram publicados diversos diplomas, que cito de seguida, no âmbito da protecção contra as radiações ionizantes:

-Decreto-Lei n.º 165/2002, de 17 de Julho (estabelece os princípios gerais de protecção, bem como as competências e atribuições dos organismos e serviços intervenientes na área da protecção contra radiações ionizantes).

-Decreto-Lei n.º 167/2002, de 18 de Julho (aprova o regime jurídico do licenciamento e do funcionamento das entidades de prestação de serviços na área de protecção contra radiações ionizantes).

-Decreto-Lei n.º 174/2002, de 25 de Julho (define as regras de intervenção em caso de emergência radiológica ou de exposição prolongada, na sequência de uma emergência radiológica ou de exercício de uma prática ou actividade laboral anterior ou antiga resultantes das aplicações pacíficas da energia nuclear).

-Decreto-Lei n.º 180/2002, de 8 de Agosto (estabelece as normas relativas à protecção da saúde das pessoas contra os perigos resultantes das radiações ionizantes em exposições radiológicas médicas).

No seu conjunto, estes diplomas estabelecem que as medidas de protecção e segurança dos trabalhadores deverão ser “função do grau de risco” e devem comportar formação e informação, medidas limitativas da exposição às radiações, organização da vigilância física e médica, bem como organização e manutenção de processos e registos adequados. Estabelecem, ainda, que a protecção adequada é obtida pelo controlo da distância dos trabalhadores à fonte de radiação, pela existência de barreiras de protecção e pela duração das exposições (SEQUEIRA *et al.*, 2004)..

De acordo com o estabelecido pelo Decreto-Lei n.º. 180/2002, o planeamento das barreiras de protecção deve ter em conta a localização adequada do equipamento e as possíveis direcções do feixe primário de radiação (artigo 36).

UVA e FARIA referem que a radiação ionizante é do grupo dos factores de risco de natureza física o melhor conhecido, em relação ao qual a adopção de medidas preventivas em unidades de saúde pode ser considerada como perfeitamente estabelecida (UVA e FARIA, 1992).

A segurança e protecção consiste num conjunto de medidas de prevenção e controlo que garantem a protecção dos trabalhadores durante a execução das suas tarefas. Resumidamente existem três princípios básicos a observar:

- evitar todas as exposições desnecessárias;
- manter todas as exposições necessárias a um mínimo possível;
- manter todas as exposições necessárias abaixo das doses máximas admissíveis.

As medidas de prevenção a ter em conta nos locais de trabalho são:

- aumentar a distância do indivíduo à fonte de radiação;
- reduzir o tempo de exposição às radiações;
- usar barreiras de protecção entre o indivíduo e a fonte de radiação;
- sinalizar as áreas de radiação (DAMIÃO 1995:380).

### **Riscos eléctricos**

UVA e FARIA (1992) referem que os factores de **risco eléctricos** estão, sobretudo, relacionados com a utilização, manutenção e reparação dos equipamentos e instalações eléctricas. Nos hospitais, onde existe um elevado número de equipamentos de electromedicina, o risco de ocorrência de acidentes em serviço, induzidos pela corrente eléctrica, não pode ser, de modo algum, negligenciado. Na maioria das vezes os trabalhadores desta área laboram em condições de segurança precárias, sendo em muitas situações colocados perante a necessidade de proceder à reparação e manutenção dos equipamentos com a corrente em carga, face às exigências do prosseguimento de assistência médica aos doentes. Também SANTOS (2004) menciona que as alterações que pode originar a passagem da corrente eléctrica através do corpo humano e cujas consequências podem ser temporárias ou permanentes, incluem pequenas lesões eléctricas, queimaduras superficiais e profundas, queimaduras mistas, tetanização, paragem respiratória e fibrilhação ventricular (SEQUEIRA *et al.*, 2004).

### **Riscos mecânicos**

Os factores de **risco mecânicos** a que estão expostos os trabalhadores da saúde, sobretudo aqueles que exercem a sua actividade nos hospitais, referidos por UVA e FARIA (1992) estão relacionados principalmente com a mobilização de cargas, sendo os grupos de maior risco os profissionais de enfermagem, os técnicos de radiologia e os técnicos de fisioterapia, uma vez que, no exercício das suas actividades, têm que mobilizar, frequentemente, doentes com pesos médios de 60 a 70 quilogramas. Estudos realizados nesta área demonstram que o risco relativo de ocorrência de lombalgias nos

profissionais de enfermagem é muito superior ao da população geral (cerca de seis vezes superior) (SEQUEIRA *et al.*, 2004).

### **Ordem e limpeza**

Não é suficiente que a construção dos locais de trabalho esteja de acordo com as regras de segurança e de higiene, é necessário também que a arrumação reine no local de trabalho. A “**arrumação** pode ser definida como a organização das coisas no cómodo. Pode ser subdividida em dois componentes: ordem e limpeza. A **ordem** é a disposição no espaço segundo uma categorização das coisas. A **limpeza** é o produto da acção empreendida a partir de uma classificação do sujo e da eliminação deste” (MADUREIRA, 2003:5).

Na prática, é geralmente possível classificar sem muita dificuldade gestos de limpeza e gestos de arrumação. A partir de considerações semelhantes, eliminamos paulatinamente a classificação **ordem/desordem** e **limpo/sujo** e substituímos pelo **arrumado/não arrumado**.

Assim, Ordem, Limpeza e Higiene não são conceitos “vazios” nos locais de trabalho. Infelizmente, ainda existe quem pensa que estes conceitos apenas dizem respeito à equipa de limpeza da empresa, e todos os anos as estatísticas revelam acidentes com origem em escorregões, tropeções e quedas, perfeitamente evitáveis.

Além dos acidentes, a falta de ordem e de limpeza cria, com frequência, problemas que afectam a produtividade e a eficácia das tarefas a realizar por falta de optimização dos processos, dos stocks (consumíveis, utensílios, mercadoria), e contribuem para o relaxamento dos hábitos de higiene pessoal potenciando doenças profissionais.

É uma necessidade básica que faz parte integrante do ambiente de trabalho, a ordem e limpeza desses locais proporciona um ambiente mais agradável e saudável, reforça a atitude positiva dos trabalhadores, aumenta a produção e diminui os riscos de acidentes. É imperativo que cada empresa, regida pela segurança, faça prevalecer na sua cultura organizacional que a ordem e limpeza é uma responsabilidade de todos.

Um serviço ou local de serviço “bem mantido”, quer dizer, onde está tudo arrumado de forma ordenada e onde está tudo em bom estado, facilita a prevenção dos acidentes e favorece a produtividade (OIT, 1984)

A limpeza dos locais não é menos importante, sobretudo no que diz respeito à saúde dos trabalhadores contra as infecções, as infestações, os acidentes de trabalho e as doenças profissionais.

TAVARES refere que “todos os locais de trabalho, zonas de passagem, instalações comuns e os seus equipamentos devem ser convenientemente conservados e higienizados. Devem ser limpos diariamente os pavimentos, os planos de trabalho e seus utensílios, vestiários, lavabos, balneários e devem ser limpas periodicamente as paredes e os tectos, as fontes de luz natural e artificial e os utensílios ou equipamentos de uso não diário” (TAVARES, 2003:4).

O mesmo autor aconselha que as operações de limpeza e desinfecção devem ser feitas de forma a não levantar poeiras, fora do horário de expediente ou durante as horas de trabalho quando as exigências particulares a tal obriguem e possam ser feitas sem inconvenientes para o trabalhador com produtos não tóxicos ou irritantes. Os resíduos devem ser colocados em recipientes próprios de acordo com o seu perigo. Quando necessárias, devem ser tomadas medidas especiais para exterminar os roedores, insectos e outros vermes, que podem ser vectores de doenças epidémicas. Para evitar o aparecimento destes riscos também a OIT aconselha que é necessário limpar cuidadosamente todos os dias os locais de trabalho.

Quando um dos elementos manifesta uma deficiência dá origem a uma cadeia que poderá conduzir ao acidente. Considerando a ordem genérica de ocorrência de sinistro:



É neste contexto que a falta de ordem e limpeza entra como potenciador de riscos. Um factor muito importante na Prevenção de Acidentes é a manutenção do nosso local de trabalho na mais perfeita Ordem, Organização e Limpeza. O trabalho será mais fácil e seguro se o ambiente estiver em ordem.

Em resumo, a ordem e a limpeza é uma necessidade básica que faz parte integrante do ambiente de trabalho, proporciona um ambiente mais agradável e saudável, aumenta a produção e diminui os riscos de acidentes. Cada colaborador é responsável por manter limpo e ordenado seu ambiente de trabalho, de modo que cada equipamento ou

ferramenta de trabalho esteja no seu devido lugar, não haja lixo e nem materiais espalhados no local. Vantagens da Ordem e Limpeza na Empresa:

- Elimina as causas prováveis de quedas e de incêndios;
- Diminui o risco de acidente;
- Melhora o aproveitamento do espaço;
- Diminuição dos custos de manutenção de máquinas, equipamentos, utensílios;
- Proporciona um ambiente mais agradável e saudável;
- Aumenta a produtividade;
- Reforça a atitude positiva e encoraja a melhores hábitos de trabalho;
- Promove a boa imagem da empresa.

### **As instalações**

Quando se trata de conceber, projectar e instalar locais destinados a postos de trabalho, integrando especificações e exigências com vista a prevenir riscos profissionais e a garantir a protecção da segurança e da saúde, tem que se aplicar a legislação existente, tal como são enunciadas no artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 441/91, de 14 de Novembro.

O Decreto-Lei n.º 441/91, de 14 de Novembro, estabelece o regime jurídico do enquadramento da segurança, higiene e saúde no trabalho, referindo-se expressamente à regulamentação derivada da transposição para direito interno das directivas comunitárias.

O Decreto-Lei n.º 347/93, de 1 de Outubro, transpõe a Directiva n.º 89/654/CEE, do Conselho, de 30 de Novembro, relativa às prescrições mínimas de segurança e de saúde para os locais de trabalho.

Para dar cumprimento a este diploma legal, manda o Governo pelo Ministro do Emprego e da Segurança Social a aplicação da Portaria n.º 987/93, de 6 de Outubro.

Assim de modo sintético e focando só os aspectos que me parecem mais ilustrativos de como devem ser concebidos os locais de trabalho (mas tendo presente que todos eles são de importância fundamental):

- “1.º - os edifícios onde existam locais de trabalho devem estar construídos de forma a assegurar as necessárias **condições de estabilidade, resistência e salubridade**, assim como garantir a segurança compatível com as características e os riscos das actividades que neles sejam exercidas;
- 2.º - 1 – o **pé direito** mínimo dos edifícios onde existam locais de trabalho é de 3 m;  
2 – a **área mínima** por trabalhador é de 1,80 m<sup>2</sup>, depois de deduzidos os espaços ocupados por móveis, máquinas...;
- 3.º - a **instalação eléctrica** não pode comportar risco de incêndio ou de explosão;
- 4.º - as vias normais de emergência têm de estar permanentemente desobstruídas e em condições de utilização...
- 5.º - os meios de detecção e **combate contra incêndios** devem ser definidos em função das dimensões e do tipo de utilização dos edifícios onde estão instalados os postos de trabalho, das características físicas e químicas das matérias e substâncias neles existentes, bem como o n.º máximo de pessoas que neles possam encontrar-se;
- 6.º - os locais de trabalho fechados devem dispor de **ar puro** em quantidade suficiente para as tarefas a executar, atendendo aos métodos de trabalho e ao esforço físico exigido;
- 7.º - a **temperatura e humidade** dos locais de trabalho devem ser adequadas ao organismo humano...;
- 8.º - 1 - os locais de trabalho devem dispor, na medida do possível, de **iluminação natural** adequada.  
2 - nos locais de trabalho que não possam dispor de iluminação natural adequada deve existir **iluminação artificial**, complementar ou exclusiva, que garanta idênticas condições de segurança e de saúde aos trabalhadores;
- 9.º - os postos de trabalho devem estar instalados em locais com **isolamento térmico** compatível com o tipo de actividade desenvolvida e o esforço físico exigido aos trabalhadores.
- 10.º - os **pavimentos** dos locais de trabalho devem ser fixos, estáveis, antiderrapantes sem inclinações perigosas saliências e cavidades.

11.º - as **janelas, as clarabóias e os dispositivos de ventilação** devem estar instalados e ter as características que permitam o seu funcionamento em segurança.

12.º - a posição, o número, a dimensão e os materiais das **portas e portões** devem atender à natureza e tipo de utilização dos locais de trabalho.

13.º - as **vias de circulação**, incluindo escadarias e escadas fixas, devem permitir a circulação fácil e segura das pessoas e por forma que os trabalhadores na sua proximidade não corram qualquer risco.

14.º - as **escadas** e passadeiras rolantes devem estar equipadas com dispositivos de segurança e de paragem de emergência, acessíveis e facilmente identificáveis.

(...) 16.º - sempre que a segurança ou a saúde dos trabalhadores o exija, deve existir um local de descanso facilmente acessível.

(...) 18.º - mostrando-se necessária a existência de **vestiários**, estes devem estar situados em local de acesso fácil e ser separados ou de utilização separada por sexos.

(...) 20.º - os postos de trabalho, os **locais de descanso** e os vestiários devem ter na sua proximidade instalações sanitárias...”. (Portaria n.º 987/93, de 6 de Outubro).

### **Instalações Radiológicas**

O tratado que institui a Comunidade Europeia de Energia Atómica (EURATOM) prevê o estabelecimento de normas básicas de segurança relativas à protecção da saúde, dos trabalhadores e da população em geral, contra os perigos resultantes das radiações ionizantes, regulamentado pelo Decreto-Lei n.º 180/2002, de 8 de Agosto.

Neste decreto-lei o art. 30, refere que “as instalações radiológicas devem situar-se em **meios físicos** salubres, de fácil acessibilidade e bem ventilados, e devem dispor de infra-estruturas viárias, de abastecimento de água, de sistemas de recolha de águas residuais e de resíduos, de energia eléctrica e de telecomunicações, de acordo com a legislação em vigor aplicável”.

Podem ser desenvolvidas, na área do radiodiagnóstico, designadamente, as seguintes valências: Radiologia Convencional; Tomografia Computorizada; Mamografia; Angiografia; Densitometria óssea e Radiologia dentária (art. 27 do DL n.º 180/2002).



As instalações radiológicas devem ser instaladas em áreas especificamente aprovadas ao exercício das valências e as salas de exame devem ter as dimensões apropriadas nos termos estabelecidos pelo presente diploma.

As instalações radiológicas, “independentemente das valências que prossigam, devem dispor ainda no mínimo das seguintes áreas:

- a) Salas onde se desenvolvam as técnicas radiológicas;
- b) Sector de atendimento e respectivo apoio administrativo, salas de espera, instalações sanitárias para pacientes e para o pessoal da instalação, separadas, bem como vestiários de apoio a cada uma das salas em que seja desenvolvida a exposição do paciente” (art. 31 do DL n.º 180/2002).

As paredes e os tectos, divisórias, portas e o revestimento das áreas destinadas a exames e tratamentos devem garantir a necessária protecção e segurança radiológica dos trabalhadores, do público e do paciente, bem como permitir a manutenção de um grau de assepsia compatível com a zona a que se destinam e ainda evitar barreiras arquitectónicas por forma a facilitar o acesso e a mobilidade dos utentes com incapacidades, de acordo com as normas em vigor (art. 32 do DL n.º 180/2002).

O funcionamento de uma instalação radiológica depende da obtenção de uma licença, a conceber pelo Director-Geral da Saúde, que fixa as valências que o seu titular fica autorizado a desenvolver (art. 34 do DL n.º 180/2002).

Sempre que haja alterações das instalações ou dos equipamentos, ou qualquer outra alteração que afecte substancialmente o projecto ou as condições de funcionamento inicialmente declaradas, deve-se iniciar um processo de licenciamento idêntico ao da entrada em funcionamento.

O planeamento da instalação e das barreiras de protecção está previsto no artigo 36.º do decreto-lei que vou fazendo referência.

Afim de garantir as condições de segurança radiológica, o planeamento das instalações deve ter em conta a localização, a configuração, o número de salas e as respectivas dimensões, mediante as seguintes condições e especificações técnicas:

-a protecção adequada é obtida pelo controlo da distância dos trabalhadores à fonte de radiação, pela existência de barreiras de protecção e pela duração das exposições.

-a fim de assegurar que a exposição dos trabalhadores e dos membros do público seja tão baixa quanto razoavelmente possível, o planeamento das barreiras de protecção deve ter em conta a localização adequada do equipamento e as possíveis direcções do feixe primário de radiação.

No planeamento das barreiras de protecção devem ser usados os seguintes valores de limites derivados:

-0,4 mSv/semana, para áreas ocupadas por trabalhadores profissionalmente expostos;

-0,02 mSv/semana, para áreas ocupadas por membros do público.

O planeamento das barreiras de protecção deve ter em conta os seguintes factores:

-para instalações de radiodiagnóstico e de radioterapia, a carga de trabalho semanal máxima prevista para o funcionamento da instalação;

-para instalações de medicina nuclear, a actividade máxima dos radionuclidos a utilizar ou a armazenar e a carga de trabalho semanal.

Deve ainda ser considerado o tipo de ocupação das áreas adjacentes às salas com exposição a radiações ionizantes e a sua acessibilidade pelos trabalhadores, pacientes e membros do público.

Deve ser feita uma reavaliação das condições de segurança da instalação sempre que se verifique alteração na ocupação das áreas adjacentes, alteração das barreiras de protecção em que incide directamente a radiação e aumento da carga de trabalho semanal máxima ou aumento da actividade dos radionuclidos, inicialmente declarada (art. 34 do DL n.º 180/2002).

### **CrITÉRIOS mÍNIMOS DE ACEITABILIDADE DAS INSTALAÇÕES** (Título IV, do DL n.º 180/2002)

A instalação de radiodiagnóstico deve situar-se ao nível do solo ou do subsolo quando integrada em prédio de habitação ou de serviços.

Para além dos condicionalismos previstos nos artigos 30, 31 e 32 o planeamento de uma instalação de radiodiagnóstico, deve ter em conta os requisitos de protecção referidos nos artigos 41 e 42.

O artigo 41 refere-se à protecção radiológica das salas de radiodiagnóstico. As salas onde são desenvolvidas as técnicas de radiodiagnóstico devem obedecer aos seguintes requisitos de protecção:

- 1) para uma instalação de radiografia e radioscopia combinadas, a blindagem está dependente do uso radiográfico da sala;
- 2) para uma instalação de radioscopia, a barreira primária está incorporada no sistema de imagem, sendo as paredes as barreiras secundárias;
- 3) o cálculo para a blindagem de uma instalação de foto fluoroscopia é igual ao de uma instalação de radiografia, considerando-se como barreira primária a parede que está situada atrás da câmara na direcção do feixe primário, sendo o factor de utilização para esta área de  $U=1$ , e as restantes paredes, chão e tecto barreiras secundárias.

O artigo 42 refere-se ao dimensionamento das barreiras de protecção, o qual deve efectuar-se segundo os procedimentos constantes do anexo III deste diploma e que dele faz parte integrante.

### **Equipamento radiológico**

No artigo 15 refere que o titular deve efectuar e preservar um inventário actualizado do equipamento radiológico existente na instalação e fornecê-lo às autoridades de saúde quando o mesmo lhe for solicitado. O inventário relativamente a cada equipamento deve conter a informação: o nome do fabricante; modelo; número de série; ano de fabrico e ano do início da sua utilização (DL n.º 180/2002).

O equipamento deve apresentar certificado de homologação, ou certificado de conformidade CE, ou verificação do equipamento, emitido pelo organismo notificado, nos termos do Decreto-Lei n.º 273/95, de 23 de Outubro, e da Portaria n.º 136/96<sup>7</sup>, de 3 de Maio.

---

<sup>7</sup> (Anexo I) 11 – No que diz respeito à protecção contra as radiações, deve observar-se o seguinte:

11.1 – os dispositivos serão concebidos e fabricados por forma a reduzir ao nível mínimo compatível com o objectivo pretendido a exposição dos doentes, dos utilizadores e de terceiros à emissão de radiações, sem no entanto restringir a aplicação das doses prescritas como apropriadas para efeitos terapêuticos ou de diagnóstico.

11.2 – no caso de dispositivos concebidos para emitir níveis de radiações com um objectivo médico específico, cujo benefício se considere ser superior aos riscos inerentes à emissão, deve ser possível ao utilizador controlar as radiações, devendo tais dispositivos ser concebidos e fabricados por forma a garantir a reprodutibilidade dos parâmetros variáveis e as respectivas tolerâncias.

No caso de equipamento médico pesado, deve ainda ser anexado o despacho de autorização do Ministro da Saúde, nos termos dos artigos 2 e 3 do Decreto-Lei n.º 95/95, de 9 de Maio.

### 2.2.5.2. Factores de risco de natureza química

Nos hospitais e outros estabelecimentos de saúde são utilizados inúmeros produtos químicos, incluindo os que fazem parte de um vasto arsenal medicamentoso (...) (UVA e FARIA, 1992).

Os produtos químicos são designados por «perigosos» quando apresentam riscos para o homem ou o ambiente devido às suas características físico-químicas, toxicológicas e ecotoxicológicas (VEIGA *et al*, 2000:8.4.1.1.).

Por «agente químico» deve entender-se “qualquer elemento ou composto químico, isolado ou em mistura, que se apresente no estado natural ou seja produzido, utilizado ou libertado em consequência de uma actividade laboral, inclusivamente sob a forma de resíduo, seja ou não intencionalmente produzido ou comercializado” (DL n.º 290/2001:7331).

Basicamente, como refere COSTA (2003), os riscos químicos originados por substâncias perigosas, são essencialmente provocados por *substâncias tóxicas*, *substâncias inflamáveis* e *substâncias perigosas* para o Ambiente, importando conhecer com rigor a génese dos seus perigos no trabalho. Ainda que o risco químico seja particularmente

---

11.3 – os dispositivos que se destinam a emitir radiações visíveis e ou invisíveis potencialmente perigosas deverão ser equipados, sempre que possível, com indicadores visuais e ou sonoros de tais emissões.

11.4 – os dispositivos deverão ser concebidos e fabricados por forma a reduzir o mais possível a exposição de doentes, utilizadores e terceiros à emissão de radiações não intencionais, parasitas ou difusas.

11.5 – as instruções de utilização dos dispositivos que emitem radiações devem conter informações pormenorizadas sobre a natureza das radiações emitidas, os meios de protecção do paciente e do utilizador, a maneira de evitar manipulações erróneas e eliminar os riscos inerentes à instalação.

11.6 – os dispositivos destinados a emitir radiações ionizantes devem ser concebidos e fabricados por forma a garantir que, sempre que possível, a quantidade, a geometria e a qualidade da radiação emitida possam ser reguladas e controladas em função da finalidade.

11.6.1 - os dispositivos que emitem radiações ionizantes destinados ao diagnóstico radiológico devem ser concebidos e fabricados por forma a proporcionar uma imagem adequada e ou de qualidade para os fins médicos pretendidos, embora com uma exposição às radiações tão baixa quanto possível, tanto do doente como do utilizador.

(...) 13. 8. 11 – caso um dispositivo emita radiações para fins médicos, devem ser dadas informações relativas à natureza, tipo, intensidade e distribuição das referidas radiações.

(Anexo IX) 3.2.4 – os dispositivos activos destinados à emissão de radiações ionizantes, para efeitos de diagnóstico ou radiologia terapêutica, incluindo os dispositivos destinados ao respectivo controlo e monitorização ou que influenciam directamente o seu funcionamento, pertencem à classe IIb.

gravoso em relação à manipulação de substâncias tóxicas e corrosivas, ele cresce com o risco de incêndio e explosão (COSTA *et al.*, 2004).

Quer as substâncias sejam de origem sintética ou natural, orgânica ou inorgânica, simples ou misturas, e qualquer que seja a sua forma física, todas podem ser industrializadas sem causar dano para a saúde daqueles que as manipulam, se forem tomadas adequadas medidas e precauções relativamente ao controlo do tempo de exposição, pois existe para uma daquelas substâncias um nível admissível de exposição definido e mensurável abaixo do qual a saúde do homem não corre perigo (DAMIÃO, 1995:388).

Com efeito, sendo grande o número de substâncias químicas presentes nas unidades de saúde e sendo os hospitais dotados de sistemas técnicos e organizacionais muito próprios, proporcionando aos seus trabalhadores, “condições de trabalho precárias, reconhecidamente piores do que as verificadas na grande maioria dos restantes sectores de actividade” (UVA e FARIA 1992), facilmente se percebem os riscos a que diariamente se sujeitam os trabalhadores da saúde, nos quais as substâncias presentes nos locais de trabalho, podem penetrar por: aspiração (partículas de pó, fumo, gases, vapores...); contacto com a pele (partículas, líquidos, ácidos, bases...); deglutição (ingestão inadvertida de vários contaminantes...) ou seja, as substâncias tóxicas podem penetrar no organismo por várias vias (digestiva, respiratória, pele e mucosas e ainda outras vias como hipodérmica, intravenosa, etc.) (COSTA *et al.*, 2004).

ELISA DAMIÃO refere que “os tóxicos só desenvolvem os seus efeitos quando atingem o nível dos órgãos sobre os quais são susceptíveis de agir” é pois “necessário que sejam absorvidos e passem para o sangue, linfa e líquidos intracelulares, por onde são veiculados até aos órgãos sensíveis” (DAMIÃO, 1995:389).

Embora o organismo humano tenha uma considerável capacidade de purificar substâncias nocivas (principalmente ao nível do fígado e rins), quando sujeito a exposições tóxicas repetidas, pode acontecer que deixe de ter capacidade para neutralizar a(s) substância(s) que começam então a causar lesões. Nessa circunstância, podem então surgir envenenamentos (agudos e crónicos), alergias que podem demorar (10-20 anos) a desenvolver-se, e várias outras situações que mais adiante se evidenciarão.

COSTA (2003) refere que, relativamente à *toxicidade* das substâncias, consideram-se actualmente como *muito tóxicas*, as substâncias ou preparados que, quando inaladas, ingeridas ou absorvidas através da pele, mesmo em muito pequena quantidade, podem causar a morte ou riscos de afecções agudas ou crónicas. Para esta toxicidade, as propriedades físico-químicas que fundamentam o potencial e especificidade de uma substância para produzir efeitos adversos relacionam-se com: massa molecular da substância; ponto de fusão; pressão de vapor; inflamabilidade; propriedades oxidantes; solubilidade (em água e nos lipídios); coeficiente de partilha n-Octanol/Água; densidade relativa e ponto de ebulição; tensão superficial; propriedades explosivas (COSTA *et al.*, 2004).

O mesmo autor refere ainda que a **gestão do risco de natureza química** é um imperativo de saúde laboral, tanto ao nível individual como colectivo, na medida em que sendo o uso de produtos químicos uma necessidade, tal uso deve ser assegurado em condições de máxima segurança possível e risco mínimo, situação que deve sempre ser observada. No entanto, os problemas da gestão de riscos em unidades de saúde não são tarefa fácil, basicamente porque: existe inadequada informação sobre o perigo dos produtos; existe normalmente fraca compreensão do “risco” e da “exposição”; existe falta de capacidade para a avaliação dos riscos e implementação das necessárias medidas de controlo. Neste sentido, a gestão dos riscos afigura-se uma tarefa essencial, preconizando actualmente a legislação europeia uma correcta avaliação dos riscos ocupacionais para a saúde e a definição clara dos princípios gerais de prevenção e controlo de riscos, assente basicamente em: (i) Sistemas de gestão ambiental e de SH&ST; (ii) Sistemas de garantia da segurança de equipamentos; (iii) Regras de segurança na armazenagem, manuseamento e eliminação de produtos perigosos; (iv) Redução do número de pessoas expostas; (v) Redução da duração e intensidade de exposição das quantidades de produtos químicos no local de trabalho (COSTA *et al.*, 2004).

Acrescem a estas medidas algumas soluções universais que podem sintetizar-se na frase “*Informação CORRECTA para as pessoas CERTAS da maneira CORRECTA e no momento CERTO*” (Costa, 2003), associadas a um efectivo conhecimento e utilização

das *fichas de segurança*<sup>8</sup> dos produtos e existência de um adequado e actualizado *Manual de Segurança*, em cada estabelecimento. O conhecimento dos riscos e características específicas dos produtos ou substâncias químicas afigura-se como um factor de capital importância para a saúde e o ambiente, razão pela qual a Organização das Nações Unidas (ONU) agrupou as chamadas mercadorias perigosas em nove classes distintas (Tabela 1).

**Tabela n.º 1 - Classificação dos Produtos Químicos**

Classe	Designação	Características das Substâncias
1	Explosivos	Quando submetida a uma transformação química extremamente rápida, produz grandes quantidades de gases e calor.
2	Gases	Um dos estados da matéria, em que a forma e volume são variáveis e as forças de repulsão entre as moléculas são maiores que as de coesão, caracterizando-se por apresentar baixa densidade e pela capacidade de se moverem livremente.
3	Líquidos Inflamáveis	Substâncias que se podem inflamar em presença de uma fonte de ignição, em contacto com o ar ou água e que não estão classificados como explosivos
4	Sólidos Inflamáveis	
5	Oxidantes e Peróxidos orgânicos	Materiais que libertam oxigénio para suportar a combustão de materiais orgânicos. <small>Continua...</small>
6	Substâncias Tóxicas	Quando ingeridas, inaladas ou postas em contacto com a pele, mesmo em pequenas quantidades, podem provocar a morte ou danos graves para a saúde humana.
7	Matérias Radioactivas	Emitem radioactividade
8	Matérias Corrosivas	Apresentam uma severa taxa de corrosão (ácidos e bases)
9	Matérias Perigosas Variadas	Agrupam os produtos que apresentam riscos diferentes dos demais.

Fonte: Costa *et al.*, (2004)

O autor atrás citado, no que concerne especificamente a *categorias de perigo*, refere que os agentes químicos são actualmente classificados de acordo com o Decreto – Lei n.º 330-A/98<sup>9</sup>, tendo em atenção as suas propriedades físico-químicas e toxicológicas, bem como os seus potenciais efeitos na saúde humana e no meio ambiente. Com efeito, como pode ler-se na alínea c) do n.º 4 daquele Decreto-Lei, as categorias de perigo são designadas e representadas da seguinte forma (dentro de parêntesis, os símbolos que representam cada categoria):

<sup>8</sup> Ficha de Segurança: ficha que acompanha obrigatoriamente todos os produtos químicos perigosos e em que são descritas as suas principais características, perigosidade, efeitos para a saúde e o ambiente, bem como cuidados especiais de transporte, manipulação e armazenamento.

<sup>9</sup> Altera a Portaria n.º 732-A/96 e transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 94/69/CE. Nesta categorização, importa ainda referir a Directiva 93/21/EEC.

Tabela n.º 2 - Classificação e Símbolos de Perigo dos Agentes Químicos

Propriedades	Designação e Símbolos	
Físico-químicas	Explosivo (E) Oxidante (O) Extremamente Inflamável (F+)	Muito inflamável (F) Inflamável (R10)
Toxicológicas	Muito Tóxico (T+) Tóxico (T)	Nocivo (Xn)
Efeitos na Saúde Humana	Corrosivo (C); Sensibilizante (R42 e ou R43); Tóxico para a reprodução (Repr. Cat.)	Carcinogénico (Car. Cat); Mutagénico (Mut. Cat.); Irritante (Xi);
Efeitos no Ambiente	Perigoso para o ambiente (N e/ou R52, R53, R59).	

Fonte: Costa *et al.*, (2004)

Ainda o autor refere que, uma última classificação que transparece da legislação europeia e se baseia nos efeitos biológicos das substâncias considera-as, tendo em atenção os efeitos agudos (dose discriminante), como: Muito tóxicas (<5mg/kg); Tóxicas (+/- 5 mg/Kg); Nocivas (50-100mg/Kg).

No que respeita à *principal legislação* que regula a produção, transporte, armazenamento e utilização de produtos químicos, ou seja, que regulamenta o risco de natureza química, é basicamente, a seguinte:

1) Exposição a agentes químicos no local de trabalho:

-*Decreto-Lei n.º 275/91*, de 7 de Agosto - regulamenta as medidas especiais de prevenção e protecção da saúde dos trabalhadores contra os riscos de exposição a algumas substâncias químicas.

-*Decreto-Lei n.º 290/200*, de 16 de Novembro - estabelece as regras de protecção, segurança e da saúde dos trabalhadores contra os riscos ligados à exposição a agentes químicos no local de trabalho, descrevendo no seu artigo 5 as medidas gerais de prevenção a ter em conta de modo a reduzir ou eliminar os riscos para a saúde do trabalhador e os Valores Limite de Exposição (VLE), nomeadamente: a redução ao mínimo do número de trabalhadores expostos; a adopção de medidas de higiene adequadas; a redução de quantidade de agentes químicos; a utilização de processos de manuseamento adequados.



2) Classificação, embalagem e rotulagem de substâncias perigosas:

-Decreto-Lei n.º 82/95, de 22 de Abril, - transpõe para a ordem jurídica interna várias directivas que alteram a Directiva n.º 67/548/CEE, de 27 de Julho, relativa à aproximação das disposições legislativas, regulamentares e administrativas respeitantes à classificação, embalagem e rotulagem de substâncias perigosas.

-Portaria n.º 732-A/96 de 11 de Dezembro, - aprova o Regulamento para a Notificação de Substâncias Perigosas.

-Decreto-Lei n.º 330-A/98, de 2 de Novembro, - transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 94/69/CE, de 19 de Dezembro, a Directiva n.º 96/54/CE, de 30 de Julho e a Directiva n.º 95/56/CE, que alteraram e adaptaram ao progresso técnico a Directiva n.º 67/548/CEE, de 27 de Julho, relativa à aproximação das disposições legislativas, regulamentares e administrativas respeitantes à classificação, embalagem e rotulagem das substâncias perigosas.

-Decreto-Lei n.º 209/99, de 11 Junho, - transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 97/69/CE, de 5 de Dezembro, e a Directiva n.º 67/548/CEE, de 27 de Julho, relativa à aproximação das disposições legislativas, regulamentares e administrativas respeitantes à classificação, embalagem e rotulagem das substâncias perigosas.

-Decreto-Lei n.º 195-A/2000, de 22 de Agosto, - altera o Regulamento para a notificação de Substâncias Químicas e para a Classificação, Embalagem e Rotulagem de Substâncias Perigosas;

-Decreto-Lei n.º 222/2001 de 8 de Agosto, - altera o Regulamento para a Notificação de Substâncias Químicas e para a classificação, Embalagem e Rotulagem de Substâncias Perigosas.

-Decreto-Lei n.º 154-A/2002, de 11 de Junho, - altera o Regulamento para a Notificação de Substâncias Químicas e para a classificação, Embalagem e Rotulagem de Substâncias Perigosas, transpondo para a ordem jurídica interna, a Directiva n.º 2001/59/CE, de 6 de Agosto.

3) Várias temáticas

-*Portaria 1456-A/95*, 11 de Dezembro - regulamenta as prescrições mínimas de colocação e utilização da sinalização de segurança e de saúde no trabalho. Revoga a Portaria n.º 434/83, de 15 de Abril.

-*Decreto-Lei n.º 164/2001*, de 23 de Maio, - aprova o regime jurídico da prevenção e controlo dos perigos associados a acidentes graves que envolvem substâncias perigosas, transpondo para a ordem jurídica interna, a Directiva n.º 96/082/CE, de 9 de Dezembro.

-*Portaria n.º 193/2002*, de 4 De Março, - estabelece códigos e modelos dos relatórios de informação de acidentes graves.

-*Decreto-Lei n.º 256/2000*, de 17 de Outubro, transpõe para a ordem jurídica interna as Directivas n.º 94/027/CE, de 30 de Junho; 1999/043/CE, de 25 de Maio e 1999/021/CE, de 26 de Maio, relativas à limitação da colocação o mercado e da utilização de algumas substâncias e preparações perigosas (COSTA *et al*, 2004)

COSTA refere que os profissionais de saúde a desempenhar funções nos Serviços de Radiologia (Médicos, Técnicos de Radiologia, Administrativos e Auxiliares de Acção Médica), estão igualmente sujeitos a factores de risco de natureza química, essencialmente presentes no processo de processamento de películas radiográficas e dos quais resultam alguns efeitos biológicos (tabela 3). A este propósito LISS *et al* (2003) realizaram um estudo experimental comparativo (Canadá, período de 12 meses), pretendendo determinar a prevalência de asma e outros sintomas respiratórios em 1110 Técnicos de Radiologia (grupo experimental) e 1523 Fisioterapeutas (grupo de controlo) identificando, em simultâneo, a possível associação entre a sintomatologia referida pelos profissionais e as condições de trabalho, nomeadamente a decorrente de utilização de produtos químicos. Os autores verificaram que, se ao nível da ocorrência de sintomas respiratórios não houve diferenças significativas entre os dois grupos em estudo, já relativamente ao aparecimento de novos casos de asma, desde o início da actividade, foi muito mais acentuado nos Técnicos de Radiologia em comparação com os Fisioterapeutas. Concluem então os autores que embora os mecanismos fisiopatológicos não sejam totalmente conhecidos, a maior exposição a agentes químicos por parte dos profissionais de Radiologia, parece contribuir para uma maior ocorrência de sintomas respiratórios que relataram igualmente um número muito maior de casos de asma ocupacional e de dermatite de contacto, situações frequentemente referidas como associadas à exposição a agentes químicos (COSTA *et al*, 2004).

Tabela n.º 3 - Agentes químicos usados em Radiologia e seus efeitos biológicos

	Constituição química	Efeitos biológicos
<b>Fixador</b>	Sulfato de Alumínio Ácido acético <10%	Irritante para os olhos e pele.
<b>Revelador</b>	Hidroquinona Hidróxido de potássio  Glutaraldeído  Ácido acético 25-40% Diethylene Glycol	Efeitos cancerígenos. Efeitos irreversíveis. Irritante para a pele e olhos. Corrosivo. Provoca queimaduras.  Libertado a um nível abaixo daquele classificado como perigoso segundo as directivas actuais da UE.  Nocivo por ingestão. Provoca queimaduras. Nocivo para os organismos aquáticos. Irritante para os olhos e pele. Irritante para as vias respiratórias.

Fonte: Costa *et al* (2004)

Os autores COSTA *et al* (2004) no sentido de um aumento dos efeitos nocivos associados à utilização de produtos químicos no processamento radiográfico, apontam um outro estudo, este efectuado por LEACY (2002) em simultâneo na Irlanda e Nova Zelândia, e visando avaliar a prevalência de sintomas respiratórios nos Médicos e Técnicos de Radiologia. Apesar da significativa percentagem de sintomas referidos pela amostra, o estudo não utilizou um grupo de controlo, pelo que não foi possível concluir se os efeitos biológicos referidos são exclusivos dos indivíduos que se submeteram à investigação, ainda que tudo leve a crer que sim. Não obstante esta limitação, a pesquisa efectuada reforça a ideia de que a sintomatologia evidenciada pelos Médicos e Técnicos de Radiologia pode estar directamente relacionada com as condições de trabalho e, especificamente, com a exposição a agentes químicos (LEACY e BRENNAN 2002), situação decorrente da utilização de elevadas temperaturas nos mecanismos de processamento radiográfico que favorecem fortemente a inalação do vapor libertado pelos agentes químicos utilizados. Na mesma linha apontam NALLON *et al* (s.d) que efectuaram um estudo de caso controlo com um grupo de 256 Médicos e Técnicos de Radiologia (grupo A, distribuídos por 31 hospitais da República da Irlanda) e um grupo de controlo (grupo B, formado por 256 Fisioterapeutas), pretenderam verificar a prevalência de sintomatologia específica e sua correlação com a exposição a agentes químicos. Os resultados obtidos demonstraram a incidência de alterações gustativas significativamente maiores (4x) no grupo A, referenciado pelos indivíduos, como

sensação de mau paladar, situação provavelmente relacionada com a utilização de dióxido de enxofre (libertado pela utilização de fixador), conhecido como um factor que pode potenciar a alteração gustativa. Ainda que, as Unidades de Radiologia em que decorreu o estudo operem com baixos níveis de dióxido de enxofre, de acordo com as normas estabelecidas, os sintomas, concluem os autores, não deixam margem para dúvidas. Uma maior incidência de ardor nos olhos foi igualmente relatada pelo grupo A. Ora, sabendo-se que alguns elementos químicos utilizados nos Serviços de Radiologia, são há muito conhecidos como causadores de irritação ocular por contacto (dióxido de enxofre, ácido acético, cloreto de alumínio, glutaraldeído...) facilmente se conclui qual a origem das queixas referidas (COSTA *et al*, 2004).

Os factores de risco de natureza química, existentes ao nível dos hospitais, envolvem um elevado número de agentes químicos que podem ter efeitos adversos para a saúde dos profissionais, de entre os quais se destacam agentes químicos tóxicos como os anestésicos gasosos e voláteis e os citostáticos, agentes químicos alergénicos como os medicamentos e as luvas cirúrgicas, agentes químicos irritantes como os desinfectantes e os esterilizantes e os agentes químicos cancerígenos (SEQUEIRA *et al*, 2004).

**Tabela n.º 4 - Factores de risco de natureza química**

<b>Factores de risco de natureza química</b>	<b>Agentes químicos</b>	
	<b>Exemplos</b>	
	tóxicos	Anestésicos gasosos e citostáticos
	alergénicos	Medicamentos e luvas cirúrgicas
	irritantes	Desinfectantes e esterilizantes
cancerígenos		

Fonte: Sequeira et al, 2004

UVA (1988) refere que os anestésicos gasosos e voláteis, utilizados outrora apenas nos blocos operatórios, são hoje de uso generalizado nas salas de radiologia, no decurso de exames complementares de diagnóstico, designadamente, na tomografia computadorizada e na ressonância magnética, e representam um risco para a saúde de anestesistas, cirurgiões, radiologistas, técnicos de radiologia, enfermeiros e outros profissionais que integram as equipas de saúde. Os efeitos adversos relacionados com aquelas substâncias químicas incluem, sobretudo, o aborto espontâneo, as anomalias congénitas e a esterilidade (SEQUEIRA *et al*, 2004).

Ainda UVA (1988) indica que de igual modo, a preparação e administração de citostáticos que em tempos passados era apenas efectuada em unidades hospitalares específicas, constituem actividades que se generalizaram num número crescente de hospitais, aumentando, assim, o número de profissionais de saúde expostos aos efeitos adversos dessas substâncias. Estudos empíricos demonstraram que os riscos para os profissionais que preparam e administram citostáticos incluem, sobretudo, o aborto espontâneo (SEQUEIRA *et al*, 2004).

UVA e FARIA (1992), referem que, entre os desinfectantes e esterilizantes mais utilizados em meio hospitalar, destacam-se o aldeído fórmico e o óxido de etileno. O aldeído fórmico, na sua forma gasosa, é utilizado, com frequência, como desinfectante nas salas e blocos operatórios. A forma líquida é empregue, sobretudo, na desinfecção e esterilização de materiais, sendo ainda utilizado como conservante em histologia e anatomia patológica. O óxido de etileno, devido às suas propriedades bactericidas, é utilizado na desinfecção de diversos materiais que devido à sua composição não podem ser submetidos a elevadas temperaturas, como caracteres, compressas ou luvas. As lesões provocadas pela exposição prolongada a concentrações de óxido de etileno superiores ao valor máximo admissível incluem lesões cutâneas e das mucosas e perturbações do foro neurológico (SEQUEIRA *et al*, 2004).

*Em síntese:* ainda que ao nível da Radiologia, os riscos químicos não possam, nem devam ser considerados como extraordinariamente preocupantes, comparativamente a outras áreas de actividade, nem por isso, como se demonstrou, podem ser negligenciados, porque algumas substâncias utilizadas representam um risco potencial para a saúde dos trabalhadores e a invisibilidade do perigo é, de facto, a maior ameaça. Essencialmente, o efeito das substâncias utilizadas traduz-se em doenças profissionais tais como a asma, dermatites e uma variedade de outros efeitos negativos na saúde e bem estar dos trabalhadores (RODRIGUES *et al* 2003), pelo que urge consciencializar todos os envolvidos para a real necessidade da sua protecção individual e colectiva (COSTA *et al.*, 2004).

Os efeitos biológicos nocivos referidos (na Radiologia) podem e devem ser minimizados, através de uma política assente na promoção da saúde e bem-estar dos trabalhadores, bem como medidas de prevenção adequadas e uma forte aposta na formação. Ao nível da Radiologia, NALLON (2000) citando LISS *et al* (2003) referem

que a utilização de adequados sistemas de ventilação, utilização de equipamentos de protecção individual (avental, máscara, luvas...), durante o manuseamento, o respeito pelas fichas de segurança e a substituição do sistema analógico de aquisição de imagem por um sistema digital, são medidas que podem contribuir para uma redução significativa de casos clínicos associados a factores de risco de natureza química (LISS *et al* 2003). De facto, todas as fichas de segurança dos produtos químicos perigosos utilizados referem que é aconselhável usar vestuário de protecção, luvas e equipamento protector para os olhos/face adequados e NALLON *et al* revelaram a importância da implementação de um sistema de ventilação adequado, de modo a reduzir o efeito tóxico provocado pelos agentes químicos (COSTA *et al.*, 2004).

GUNN (2002), apesar dos significativos custos económicos envolvidos na implementação de tecnologia para a revelação de radiografias por processos térmicos, a aquisição de um sistema de aquisição digital, contribuem para a eliminação dos efeitos biológicos nocivos provocados pela utilização de produtos químicos (COSTA *et al.*, 2004).

Após a realização das avaliações tendentes a eliminar os riscos há que elaborar propostas e medidas de correcção, visando obter as condições ambientais dentro de limites não perigosos para a saúde do homem. De entre esses critérios destacaremos as medidas construtivas e as medidas organizacionais (DAMIÃO 1995:419).

As *medidas construtivas* passam pelo isolamento (impedir que o contaminante passe para o ambiente onde se encontra o trabalhador), substituição das substâncias ou processos perigosos por outros menos agressivos, captação do contaminante no ponto da sua formação e ventilação geral das áreas de trabalho.

COSTA (2003) indica medidas de *âmbito organizacional* estas devem ser tomadas em linha de conta, visando potenciar a qualidade de vida dos trabalhadores expostos a produtos químicos. Destacam-se entre estas:

- \* Organização dos espaços de trabalho;
- \* Implementação de áreas de acesso restrito para as técnicas mais problemáticas;
- \* Sinalização das áreas de trabalho;
- \* Rotação de tarefas para reduzir tempo de exposição;

- \* Respeito rigoroso pelas indicações das *Fichas de Dados de Segurança*, de todas as Substâncias químicas (existência de ficheiro de referência)
- \* Formação/informação de todo o pessoal dos serviços, incluindo os auxiliares;
- \* Armazenagem em segurança, de todas as substâncias químicas;
- \* Não comer, beber ou fumar dentro dos espaços laboratoriais;
- \* Triar os resíduos e acondicioná-los de acordo com as regras de higiene e segurança.
- \* Promover o tratamento das substâncias químicas rejeitadas. Devem ser conhecidas as técnicas de valorização/eliminação. Os efluentes gerados devem ser encaminhados para um destino final adequado;
- \* Utilização PERMANENTE de equipamento de protecção individual.

*Em síntese:* Devem ser implementadas medidas correctivas tão perto da fonte quanto possível. Por esta razão é preferível, por exemplo, instalar mangas exaustoras próximo de equipamentos do que actuar sobre a ventilação geral de uma sala. São habitualmente necessárias medidas de protecção colectiva e medidas de protecção individuais.

Poluição na fonte:

- a) Substituir por uma substância química menos perigosa
- b) Alterar o processo
- c) Fechar em circuito o processo
- d) Usar métodos húmidos
- e) Usar hotes portáteis e mangas exaustoras
- f) Fazer manutenção de equipamentos

Poluição da atmosfera de trabalho:

- a) Limpar
- b) Actuar sobre a ventilação geral
- c) Regular as entradas e saídas de ar de e para o exterior
- d) Manter os filtros e equipamentos de ar condicionado (COSTA *et al.*, 2004)

**Tabela n.º 5 - Primeiros socorros, em caso de acidente com Químicos Perigosos**

<b>Medidas de Primeiros Socorros em caso de acidente com Químicos</b>	
<b>Olhos</b>	Lavar imediatamente com água e consultar um especialista.
<b>Inalação</b>	Afastar-se imediatamente para ambiente puro.
<b>Contacto com a pele</b>	Retirar imediatamente a roupa contaminada. Lavar muito bem a pele com água fria. Consultar um especialista em caso de irritabilidade.
<b>Ingestão</b>	Lavar a boca e beber água. Não provocar vômito. Consultar um especialista.

Fonte: Costa *et al.*, (2004)

### **2.2.5.3. Factores de risco de natureza biológica**

Os agentes biológicos mais conhecidos são os vírus, as bactérias, parasitas, fungos e outros que podem provocar infecções ao organismo, se a eles estiver exposto (DAMIÃO, 1995:421).

Os factores de risco de natureza biológica são aqueles que mais frequentemente se identificam como elementos adversos para os profissionais da saúde. Médicos, enfermeiros e técnicos de diagnóstico e terapêutica e outros trabalhadores que desenvolvem tarefas em hospitais, ou em outros locais em que se prestem cuidados médicos e que impliquem contacto frequente com portadores de doenças, ou com roupas ou outros materiais por eles contaminados, estão também sujeitos à contracção de doenças causadas por agentes biológicos. A exposição a estes agentes pelos profissionais de saúde é muito frequente e continuada pois estes estão constantemente expostos a secreções, excreções, produtos com sangue e sangue, produtos de recolha para análise. E, ainda, exposição a microrganismos multiresistentes e a infecções virais graves.

UVA e FARIA (1992) referem que “este é o clássico grupo de factores de risco de origem profissional em hospitais e restantes serviços de saúde, aquele que mais espontaneamente aparece associado ao trabalho médico e que, ainda hoje, com alguma frequência, é o único evocado em abordagens pouco especializadas – e, por isso mesmo,



um tanto imediatistas – dos riscos ocupacionais a que se encontram sujeitos os trabalhadores da saúde”.

O elevado número e a grande diversidade dos agentes biológicos a que estão expostos os trabalhadores da saúde e susceptíveis de lhes causarem doenças profissionais como a tuberculose, a meningite, a candidíase, a salmonelose, a hepatite B e a SIDA, para referir apenas algumas, serão por uma questão de simplificação e maior compreensão, reunidos em três grandes grupos: os vírus, as bactérias e os fungos. Apesar da ênfase colocada nas últimas décadas em algumas destas doenças profissionais como a SIDA e a Hepatite B, tanto pelos profissionais de saúde como pela comunidade científica, não podem estas entidades nosológicas constituir, em circunstância alguma, as únicas preocupações dos profissionais de saúde, dada a importância de que se reveste para a sua saúde a prevenção de todos os outros factores de risco de natureza biológica, também susceptíveis de lhes provocarem doenças profissionais, como se pode constatar pela leitura do quadro seguinte, onde se apresentam apenas alguns desses factores de risco (SEQUEIRA *et al.*, 2004).

**Tabela n.º 6 - Factores de risco de natureza biológica**

<b>Factores de risco de natureza biológica</b>	<b>Vírus</b>	- Vírus da hepatite A
		- Vírus da hepatite B
		- Vírus da hepatite C
		- Vírus da imunodeficiência humana
		- Vírus da varicela-zoster
		- Vírus da rubéola
		- Vírus do sarampo
		- Vírus da parotidite
	<b>Bactérias</b>	- Bacilo da tuberculose
		- Bacilo da difteria
		- Meningococos
		- Streptococos
		- Estafilococos
		- Salmonelas
		- Shigelas
		- Pseudomonas
		- Clamydias
	<b>Fungos</b>	- Cândida albicans
		- Dermatóficos

Fonte: (Sequeira *et al.*, 2004).

A prevenção dos riscos profissionais depende, em elevado grau, da adopção, pelos profissionais de saúde, de comportamentos adequados às exigências de segurança impostas pelos agentes biológicos em presença. Por isso, a formação e a informação dos profissionais sobre os cuidados a tomar tem uma importância assinalável (SEQUEIRA *et al.*, 2004).

No que diz respeito à Hepatite B, todos os profissionais que estão em contacto directo com sangue se encontram em risco de contrair aquela grave doença. Este risco foi já objecto de uma tentativa de quantificação (OMS, 1973), sendo nessa altura considerado, para os referidos profissionais de saúde, 3 a 6 vezes superior ao observado na população em geral (UVA e FARIA, 1992).

UVA e FARIA em 1992, referem que “na presente data, a luta contra o risco de hepatite B em meio hospitalar assenta, essencialmente, em medidas de prevenção, tanto colectiva como sobretudo, individual. Esta última consiste na criação de verdadeiras barreiras, quer de natureza física (luvas, seringas descartáveis,...), quer de natureza química (utilização de desinfectantes como hipoclorito de sódio), quer ainda autênticas «barreiras biológicas» (administração de gamaglobulina e vacinação).

Um outro problema que constitui enorme preocupação para os profissionais de saúde é, sem dúvida, aquele que diz respeito ao risco de SIDA. A estratégia de prevenção é, no caso da SIDA, idêntica à que foi anteriormente referida a propósito da hepatite B, uma vez que são semelhantes os mecanismos e as vias de transmissão de ambas as doenças.

Em Paris, a CE, a OMS e a FERS (Federação Europeia de Pesquisa sobre a SIDA) entre outras organizações mundiais organizaram em Abril de 1990, uma reunião conjunta subordinada ao tema «SIDA em local de trabalho». Tendo o respectivo grupo, identificado, com vista à elaboração de recomendações, as seguintes questões-chave:

- a transmissão profissional do HIV em trabalhadores de saúde é um facto, encontrando-se suficientemente documentada;
- a contaminação profissional faz-se, principalmente, por via percutânea;
- o grau de risco profissional é variável, devendo ser determinado caso a caso, com base nos elementos resultantes da análise das situações reais de trabalho;

-a estratégia geral de prevenção e de controlo não difere da que é utilizada em situações semelhantes, devendo prever medidas do âmbito da engenharia, nova concepção dos métodos e locais de trabalho, bem como o recurso a equipamentos de protecção;

-a formação é um elemento de maior importância em qualquer programa de prevenção (UVA e FARIA, 1992).

O Decreto-Lei n.º 84/97, de 16 de Abril, estabelece as regras de protecção dos trabalhadores contra os riscos de exposição a agentes biológicos durante o trabalho. O presente diploma “baseia a protecção dos trabalhadores, em primeiro lugar, na avaliação dos riscos da exposição a agentes biológicos para identificar os agentes causadores de risco, a possibilidade da sua propagação na colectividade e o tempo de exposição efectiva ou potencial dos trabalhadores. Ao mesmo tempo, a avaliação dos riscos permite formular orientações para a aplicação de medidas de protecção dos trabalhadores de agentes biológicos perigosos, bem como de agentes cuja perigosidade ainda não esteja definida”. A avaliação dos riscos permitirá, ainda, ao empregador submeter os trabalhadores a exames de saúde de modo a acompanhar a evolução do seu estado de saúde, e, se necessário, adoptar as medidas preventivas adequadas. Este documento estabelece, também, as prescrições mínimas de protecção da segurança e da saúde dos trabalhadores contra os riscos da exposição a agentes biológicos durante o trabalho (SEQUEIRA *et al.*, 2004).

Conforme o seu nível de risco infeccioso, os agentes biológicos foram classificados nos seguintes grupos no Decreto-Lei n.º 84/97:

*i-* Agente biológico do grupo 1 - quando a probabilidade de causar doença no ser humano é baixa;

*ii-* Agente biológico do grupo 2 - quando pode causar doenças no ser humano e constituir um perigo para os trabalhadores, sendo escassa a probabilidade de se propagar na colectividade e para os quais existem, em regra, meios eficazes de profilaxia ou tratamento;

*iii-* Agente biológico do grupo 3 - quando pode causar doenças graves no ser humano e constituir um risco grave para os trabalhadores, sendo susceptível de se propagar na colectividade, mesmo que existam meios eficazes de profilaxia ou tratamento;

iv- Agente biológico do grupo 4 - quando causa doença graves no ser humano e constitui um risco grave para os trabalhadores, sendo susceptível de apresentar um elevado nível de propagação na colectividade e para o qual não existem, em regra, meios eficazes de profilaxia ou tratamento (SEQUEIRA *et al.*, 2004).

Resumidamente e de forma esquemática pode-se observar o que atrás foi descrito.

Tabela n.º 7 - Classificação dos agentes biológicos conforme o seu risco infeccioso

Agentes biológicos	Grupo 1	- Baixa probabilidade de causar doença no ser humano
	Grupo 2	- Pode causar doença no ser humano - Constitui perigo para os trabalhadores - Escassa probabilidade de se propagar na colectividade - Existem, em regra, meios eficazes de profilaxia ou tratamento
	Grupo 3	- Pode causar doenças graves no ser humano - Constitui um risco grave para os trabalhadores - É susceptível de se propagar na colectividade, mesmo que existam meios eficazes de profilaxia ou tratamento
	Grupo 4	- Causa doenças graves no ser humano - Constitui risco grave para os trabalhadores - É susceptível de apresentar um elevado nível de propagação na colectividade - Não existem, em regra, meios eficazes de profilaxia ou tratamento

Fonte: Sequeira *et al.*, (2004)

Os microrganismos penetram no organismo do homem por via digestiva, respiratória, olhos e pele, e adaptam-se melhor e reproduzem-se mais em ambientes sujos. As medidas preventivas a tomar terão de ser relacionadas com: (i) a rigorosa higiene dos locais de trabalho; (ii) a rigorosa higiene de corpo e das roupas; (iii) destruição por processos de elevação da temperatura (esterilização) ou uso de cloro; (iv) uso de equipamentos individuais para evitar o contacto directo com os microrganismos; (v) ventilação permanente adequada; (vi) controle médico constante; (vii) vacinação sempre que possível (AEP, sd:40).

Particularmente sensível e de difícil avaliação são os riscos de natureza **biológica** presentes num departamento de Radiologia. Ora como sabemos ao serviço de Radiologia chegam doentes quer vindos da urgência, internados ou em regime de ambulatório, e alguns deles com doenças infecto-contagiosas. Para além dos doentes neste departamento são efectuados vários exames de diagnóstico com a assistência de médicos de outras especialidades, como de cardiologia, cirurgia, ginecologia, entre outros. Ora é fácil prever que no contacto do equipamento e instrumentos de obtenção de imagens com todos os indivíduos acima referidos, podem estes ser contaminados por diferentes agentes por o exemplo de bactérias e fungos como demonstram vários

estudos efectuados. A verificação da presença de agentes biológicos em ambientes de trabalho é feita por meio de recolha de amostras de ar e de água, que serão analisadas em laboratórios especiais (COSTA *et al.*, 2004).

WILLIAM *et al.*, (1973) refere que num estudo efectuado por DEMEREC e SAMS (1960), demonstraram a presença de bactérias e fungos nos diferentes equipamentos, nomeadamente ao nível dos chassis, instrumento muitas vezes utilizado em contacto directo com a pele do doente, não só no próprio serviço, mas em diferentes departamentos do hospital. Os mesmos autores referem a potencialidade de disseminação da infecção causada pelo contacto directo com os chassis quer pelos doentes quer pelos próprios trabalhadores. A protecção do chassis com material adequado (não absorvente e não poroso) aquando da realização das radiografias pode diminuir significativamente a presença de micro organismos sobre os mesmos. Nos vários estudos efectuados um dos vectores de disseminação da infecção era o das mãos dos Técnicos de Radiologia, visto estes não terem o cuidado asséptico necessário após a realização dos exames radiológicos, pelo que se sugeria entre cada exame a lavagem das mãos com produto eficaz. Para isso todas as salas do serviço de Radiologia devia estar equipada com lavatório colocado estrategicamente facilitando a tarefa de desinfectação (COSTA *et al.*, 2004).

O Decreto-Lei n.º 84/97 estabelece as regras de protecção dos trabalhadores contra os riscos de exposição a agentes biológicos durante o trabalho. No artigo 9.º descreve várias medidas para a redução desses riscos, onde saliento as seguintes: modificação dos processos de trabalho e das medidas técnicas de controlo para evitar ou minimizar a disseminação dos agentes biológicos no local de trabalho; utilização de processos de trabalhos que permitam manipular e transportar, sem risco, os agentes biológicos.

De acordo com o artigo 12.º, pôr à disposição dos trabalhadores instalações sanitárias e de vestiário adequadas para a sua higiene pessoal é importante como medida de higiene e de protecção individual (COSTA *et al.*, 2004).

#### **2.2.5.4. Factores de risco de natureza psicossocial**

Encontrei vários conceitos de factor psicossocial bem como várias maneiras destes influenciarem as CT e a saúde dos profissionais.

A OIT e a OMS referem que o conceito de factor psicossocial do trabalho é complexo e difícil, traduz as percepções e a experiência do trabalhador e comporta múltiplos aspectos, por um lado, as interações do ambiente de trabalho, do conteúdo do trabalho, da natureza das CT, e por outro lado, as capacidades, as necessidades, os costumes, a cultura e as condições de vida do trabalhador depois das horas de trabalho. Ou seja, são factores susceptíveis de influenciar a saúde do trabalhador, a sua *performance* e a satisfação no trabalho (OIT-OMS, 1984).

Para SANTOS FILHO E BARRETO (1998) os factores psicossociais do trabalho compreendem as percepções subjectivas que o trabalhador tem do trabalho. Assim, a percepção psicológica que o indivíduo tem das exigências do trabalho seria resultado das características físicas da carga de trabalho, da personalidade do indivíduo, das experiências anteriores e da situação social do trabalho.

SMITH (1996) refere que, há várias maneiras pelas quais os factores psicossociais podem influenciar as CT: (i) a nível pessoal, através da tensão no trabalho, a natureza das actividades, da prática, da disponibilidade de relações de assistência e supervisão podem afectar a exposição, a satisfação, a atitude, e o comportamento do indivíduo; (ii) ao nível organizacional, as políticas e os procedimentos podem afectar a exposição, por meio da definição de projectos de cargos, através de especificação da duração do tempo gasto em actividades específicas, estabelecendo-se os ciclos de pausas, definindo-se o grau de pressão no trabalho e estabelecendo-se o clima psicológico em relação à socialização, à carreira e à segurança no emprego. Esses factores poderão influenciar a disposição psicológica afectando a motivação, a atitude, o comportamento e, principalmente, a saúde do trabalhador, aumentando a susceptibilidade para a deterioração das CT.

MELRO *et al* (2001) referem que, entre os factores de natureza psicossocial encontram-se a pressão excessiva no trabalho, ambiente tenso, problemas de relacionamento e questões relativas à carreira, carga, ritmo, segurança e ambiente social.

Também, UVA (1988) e UVA E FARIA (1992) referem que, outros factores de risco a que estão expostos os profissionais de saúde, mas agora relacionados com a organização do trabalho, que obriga à prestação de cuidados de 24 sobre 24 horas, são o trabalho nocturno, o trabalho por turnos e a irregularidade do horário de trabalho. As consequências negativas para a saúde relacionadas com estes factores são a fadiga,

alterações do sono, quer quantitativas quer qualitativas, com repercussões tanto ao nível da actividade profissional como da produtividade; alterações do aparelho digestivo, alterações dos ritmos biológicos e perturbações da vida familiar e social (SEQUEIRA *et al.*, 2004).

Na 9ª sessão (Genéve, 1984) o comité OIT-OMS examinaram a questão dos factores psicossociais do trabalho e referem que, os horários de trabalho diários, ou mesmo o tempo de trabalho semanal, mensal ou anual fazem parte da vida profissional, e de uma grande parte da vida da população trabalhadora. O planeamento do tempo de trabalho aplicado nas organizações afecta a participação social e o modo de vida em geral. Todas estas evidências têm implicações para a saúde. É sabido que o local de trabalho afecta os ritmos biológicos, tais como as variações circadianas na temperatura do corpo humano, o metabolismo, o nível de açúcar no sangue, a eficácia mental e a motivação no trabalho. No decurso da vida quotidiana, os efeitos do posto de trabalho manifestam-se particularmente no sono, nos hábitos alimentares, a vida familiar e nas actividades sociais. Os trabalhadores queixam-se mais frequentemente da fadiga e dos problemas gastro-intestinais.

Os factores de risco de natureza psicossocial a que estão mais expostos os profissionais de saúde nomeadamente os TR são: o stress ocupacional; o trabalho em equipas e por turnos; o trabalho nocturno; carga de trabalho e a organização do trabalho.

O *stress* ocupacional constitui-se num conjunto de respostas inerentes a cada indivíduo, frente aos estímulos externos e internos, exigindo que o organismo humano se adapte a estes estímulos, através de reacções de alarme e tensão. O *stress* constitui-se num componente importante no processo de absentismo por doença ocupacional, bem como na ocorrência de acidente e incidentes de trabalho.

Sendo o *stress* ocupacional o factor de risco mais referido pelos técnicos de saúde. Os stressantes que mais contribuem para o *stress* ocupacional são o contacto permanente com a morte, a doença, o sofrimento e os problemas sociais dos doentes. (SEQUEIRA *et al.*, 2004).

Desta forma, evidencia-se que o *stress* juntamente com os demais factores de risco, exerce influência directa nas CT dos TR, sendo que o mesmo tem vindo a se tornar um problema de saúde pública, atacando grande parte da população e sobrecarregando o sistema de saúde, principalmente pelas complicações que provoca.

O trabalho em equipas pratica-se correntemente nos hospitais e centros de saúde. Segundo a OIT (1984) os trabalhadores por equipas podem ficar no mesmo turno, ou alternar. O trabalho por equipas pode afectar a saúde dos trabalhadores, particularmente no caso de operações absolutamente contínuas em que a passagem de um para o outro pode causar a certos trabalhadores perturbações nervosas, digestivas ou circulatórias. Os que trabalham de um modo permanente ou ocasional em equipa de noite deveriam ser submetidos a exames médicos periódicos.

A fim de atenuar os outros inconvenientes do trabalho por equipas, por exemplo, os que tocam à vida familiar e social dos trabalhadores implicados, seria necessário, na medida do possível, prever compensações. Estas consistiram numa melhor repartição do trabalho entre as equipas, uma redução do tempo de trabalho, períodos de repouso suplementares, a limitação do tempo passado a trabalhar por equipas e melhores condições de alimentação, de transporte e de alojamento (OIT, 1984:76).

Segundo KOLLER e MACHADO (1992), *“os trabalhadores submetidos ao trabalho nocturno estão sujeitos aos riscos ergonómicos específicos desta jornada”*.

Tais riscos podem ser decorrentes da falta de sincronismo entre o ritmo circadiano e a actividade física, ou seja, à noite quando o ritmo circadiano está baixo, a actividade física está alta; e durante o dia, quando o ritmo circadiano está alto, a actividade física está baixa. Conforme IIDA (1997), *“o ritmo circadiano não é completamente alterado pelo plantão nocturno, já que na noite seguinte este profissional não trabalha, e qualquer início de adaptação regride rapidamente”*.

Em consequência desta falta de sincronismo, ocorrem algumas manifestações: cansaço, aumento da sensação de mal-estar durante o período nocturno; diminuição do apetite e redução do período do sono, para 4 a 6 horas durante as 24 horas. Segundo COUTO (1978), estas manifestações podem ser reduzidas ou até mesmo desaparecerem após um período chamado de adaptação ao trabalho nocturno. Contudo, esta adaptação depende de cada indivíduo, podendo às vezes não regredir e sim, tornar-se mais deletérios.

ESTYN-BEHAR e BULHÕES (1994), afirmam que o trabalho nocturno contínuo proporciona: défice de sono, problemas de vigilância, alterações no humor e riscos em relação à qualidade da assistência, efeitos negativos sobre a vida social ou familiar, dentre outros.



Também, como efeitos da privação total ou parcial do sono, se evidencia uma deterioração mais ou menos importante das funções cognitivas, diminuindo a capacidade de audição, rapidez, precisão e memorização. E ainda, quanto maior o sono, menor a vigília.

Após esta breve descrição sobre os efeitos do trabalho noturno no organismo humano, pode-se justificar como fonte geradora de stress este turno de trabalho e também a elevada carga de trabalho.

Segundo BRITO (1991), *“as cargas de trabalho podem ser definidas como multidimensionais e exprimem factos em interacção a serem integralmente avaliados através da análise do processo de trabalho. Esta carga em si não deve ter a conotação necessariamente de peso e dificuldade, mas como demanda causas do processo de trabalho. Já a sobrecarga, deve ser entendida como aquilo que é vivido, como um sofrimento”*.

Desta forma, podemos considerar que a carga de trabalho resulta de uma série de variáveis que dependem de cada indivíduo e das condições em que é realizada a tarefa.

O stress físico, segundo ESTRYN- BEHAR (1996), é um dos determinantes da saúde dos trabalhadores na área hospitalar e da qualidade do serviço prestado. Isto deve-se às frequentes interrupções e o efeito dos factores psicológicos associados quando os profissionais de saúde são confrontados com sérias doenças e a morte.

Outras investigações referidas por ALEXANDRE (1996) confirmam a presença de um alto índice de lombalgias nos profissionais de saúde, o autor destaca como factores contribuintes para esta patologia: pisos irregulares e escorregadios, camas com alturas fixas, número insuficiente de profissionais, falta de auxílios mecânicos, falta de preparação da própria equipa, grande movimentação, transporte de pacientes, dentre outros.

O trabalho noturno, como já mencionado anteriormente, também é uma fonte de stress, causando a fadiga física.

Um outro factor que poderá melhorar o desenvolvimento das actividades dos TR, diz respeito à organização do trabalho.

Os factores organizacionais representam importantes factores de risco para o desenvolvimento de doenças ocupacionais. Entre eles, pode-se citar: ritmo de trabalho,

pausas, hierarquia, horas extraordinárias, estímulo à produção, rotatividade, relacionamento interpessoal, falta de experiência/prática, supervisão inadequada, pressões de tempo e produtividade.

Faz-se necessário, uma organização do trabalho que respeite as aptidões e as necessidades individuais, possibilitando ao trabalhador a autonomia e a percepção de seu trabalho de maneira prazerosa.

O contexto organizacional no qual o trabalho se encontra inserido pode interferir na motivação, na atitude, no comportamento, na tensão do trabalho e na saúde do trabalhador.

DEJOURS (1994), refere-se a actividade laboral como “*um espaço possível de investimento dos nossos impulsos*”, se o trabalhador encontra na organização do seu trabalho um espaço que lhe permite investir, estabelecer metas, construir uma auto imagem e uma história de vida positiva, o trabalho torna-se fonte de prazer, realização e equilíbrio psíquico e somático. Caso contrário, o trabalho torna-se sofrimento repercutindo negativamente na saúde do trabalhador.

Ainda, segundo DEJOURS (1980), quando o rearranjo da organização do trabalho não é mais possível, quando a relação do trabalhador com a organização do trabalho é bloqueada, o sofrimento começa. A questão dos desequilíbrios e sobrecargas nas cargas de trabalho levará a alterações sobre o bem-estar físico e psicológico do trabalhador, resultando: cansaço, absentismo, doença, acidentes, stress e comprometimento da qualidade de trabalho.

É necessário a preocupação com o trabalhador em contexto amplo do termo, procurando através da identificação das CT dos TR, caracterizar as acções que possam repercutir em danos para a saúde física e psíquica do indivíduo, para *a posteriori* criar subsídios que previnam e minimizem essas reacções indesejadas.

LUNARDI FILHO (1997), acredita que um clima de harmonia, compreensão e respeito e o conseqüente relacionamento amistoso e cordial, favorecem a partilha de experiências, vivências e conhecimentos, bem como criam condições do livre exercício de expressão para opinar e sugerir acerca de questões assistenciais.

O técnico coordenador, pela sua posição dentro da estrutura organizacional do hospital, frequentemente torna-se um elemento chave para a instituição, pois este coordena e

organiza o trabalho da equipa de TR e a realização de exames radiológicos está exclusivamente sob a sua responsabilidade. Desta forma, torna-se imprescindível tornar este profissional satisfeito, motivado e capacitado, com a finalidade de melhorar o seu desenvolvimento profissional. Esta relação acontece somente quando se proporciona uma melhoria da qualidade de vida no trabalho.

Nos TR se existir insatisfação no que concerne ao relacionamento, principalmente entre os profissionais que integram a equipa, tal facto pode gerar desmotivação intensa e um aumento de stress, em virtude da falta de comunicação e, principalmente, uma participação efectiva. Os problemas levantados sugerem uma hierarquização acentuada, conduzindo a uma falta de comunicação, que dificulta a comunicação e alimenta conflitos.

A imposição de uma série de obrigações, normas e rotinas a serem realizadas, sem a participação dos elementos que a realizam, torna-se totalmente vulnerável à não realização, causando uma não cooperação formal da equipa que recebe ordens.

Outro factor que inviabiliza uma melhor organização do trabalho, diz respeito à rigidez organizacional, o que se apresenta de forma indiscutível, nas instituições hospitalares.

DEJOURS (1992), afirma que uma rigidez excessiva na organização do trabalho neutraliza a vida mental durante o trabalho. Destaca ainda, que, quando o trabalhador apresenta uma maior liberdade em organizar o seu próprio trabalho, adapta-se melhor ao mesmo. Desta forma, torna-se indispensável proporcionar condições que envolvam um processo participativo. Este diz respeito tanto aos aspectos relacionados à organização e ao ambiente, como aos aspectos relacionados com os indivíduos. Isto implica uma atitude progressiva, na incorporação efectiva da participação e não somente trocar nomes, organogramas ou realizar reuniões.

Deve-se deixar as pessoas terem ideias e assumirem responsabilidades dos resultados obtidos, ou seja, da qualidade do serviço realizado. Enfim, devem ter a possibilidade de participação e capacidade de decisão na organização de trabalho.

Desta forma, deve-se fomentar uma participação como estratégia para a integração dos profissionais, principalmente os TR, desenvolvendo a socialização e melhorando a sua qualidade de vida, tornando-os mais satisfeitos e motivados. Existe uma relação muito estreita entre satisfação/motivação, a qual, segundo ANTUNES E SANT ANNA (1996),

afecta o equilíbrio de um sistema como o hospital, pois um profissional insatisfeito e desmotivado, pode afectar de forma marcante o clima organizacional de uma unidade hospitalar e pode induzir outros elementos da equipe adoptarem uma postura semelhante.

### **3. SEGURANÇA, HIGIENE E SAÚDE NO TRABALHO**

Com efeito, o mundo laboral sempre foi um mundo de perigos e riscos para a saúde, estando hoje esse risco longe de ser menos significativo porque, ainda que se tenham atenuado alguns dos riscos tradicionais, outros apareceram.

Ao nível das Unidades de Saúde, os seus trabalhadores (médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica...) encontram-se naturalmente sujeitos a riscos de várias naturezas física, química, biológica e psicossocial (UVA e FARIA, 1992).

É evidente que os perigos inerentes ao ambiente de trabalho existem em todas as instalações e serviços hospitalares. Apesar disso, trato aqui com particular relevância os serviços de Radiologia, por ser esse o ambiente de trabalho dos profissionais do estudo e por essa razão a minha preocupação primordial.

Não faltam actualmente vários normativos legais ainda que, pelo menos no caso português, a questão seja também e muito uma questão cultural, prevalecendo ainda o tradicional “desenrasca”, em detrimento do cumprimento rigoroso de regras e de uma verdadeira cultura de segurança. Não obstante, a influência das condições de trabalho na vida dos trabalhadores e na capacidade competitiva das empresas é hoje um dado perfeitamente adquirido, ainda que continue a faltar uma atitude pedagógica e eventualmente punitiva, nos casos em que a primeira se não revele suficiente.

Sobre os serviços de Higiene e Segurança nos Locais de Trabalho (SH&ST), abordo o seu enquadramento e a sua evolução histórica, a sua missão, as suas funções e actividades de interesse, particularmente nos Serviços de Saúde (Hospitais/Centros de Saúde), apresentando as diferentes modalidades de organização.

### 3.1. Breve reflexão histórica

#### Pré -Revolução Industrial

Desde a sua origem que o homem teve necessidade de satisfazer necessidades básicas, nomeadamente de alimentação e sobrevivência e, nessa medida, desde a antiguidade que o factor trabalho tem estado presente na sua existência. Inicialmente apenas recolector do que a natureza lhe oferecia, à medida que as sociedades humanas se foram sedentarizando e começaram a explorar a terra, surgiram várias actividades de suporte à actividade agrícola que possibilitaram um aumento gradual da disponibilidade de alimentos mas aumentaram igualmente a quantidade de riscos e situações susceptíveis de fazer perigar a saúde. Com efeito, como refere VILLALOBOS (1998), os primeiros antecedentes da Medicina Laboral podem ter origem por esta altura, sendo no período Neolítico que, fruto da exploração crescente do solo, aparecem outras actividades produtivas, como a manufactura de ferramentas e armas para as primeiras guerras. Aparecem então as primeiras formas de exploração humana de que a escravatura é exemplo maior e que originam condições de trabalho duras, degradantes e perigosas para a saúde e a vida dos trabalhadores que, ainda que em contextos obviamente diferentes, ainda hoje perduram (COSTA *et al.*, 2004).

É neste contexto que é ainda VILLALOBOS que o refere remontam às antigas civilizações, nomeadamente à Mesopotâmia, as primeiras preocupações com a chamada Medicina Laboral, fruto do desenvolvimento de actividades manufactureiras com a consequente exposição dos trabalhadores a diversos agentes físicos e químicos, facto que originou a tomada de consciência da relação causa-efeito / trabalho-dano, referida nos Livros de Hamurabi. No antigo Egipto são já descritas algumas afecções oculares e parasitárias contraídas no trabalho com barro e nas águas sujas dos canais do Nilo e na Civilização Romana era tal a penosidade do trabalho escravo, realizado em condições verdadeiramente infra humanas, principalmente nas minas que levou ao aparecimento das chamadas “Tábuas de Ajuste”, documento em que se exigia aos patrões que adoptassem medidas de segurança para com os seus trabalhadores. GALENO (médico) enumera as doenças mais comuns nos mineiros e curtidores, relacionando ofício e doença (COSTA *et al.*, 2004).

Mais tarde (Séc. V a XIII), o ferro começa a ser utilizado nas ferramentas agrícolas, produzidas em péssimas condições de trabalho. Nos Séc. XIV e XV, surgem importantes invenções para a indústria (altos fornos, rudimentares bombas de água...) que, não obstante, originam condições adversas acrescidas para a classe trabalhadora. Em 1556, GEORGE AGRÍCOLA publica um tratado em que aborda diversos pontos relacionados com o trabalho nas Minas, mencionando as afecções e os acidentes a que estavam sujeitos os trabalhadores. No ano seguinte (1567), aparece a primeira monografia dedicada às doenças das ocupações e em 1633, já no séc. XVII, BERNARDINO RAMAZZINI (considerado o “Pai da Medicina do Trabalho”), publica uma obra em que analisa mais de 54 profissões, a forma de vida dos trabalhadores, suas patologias e principais carências, realçando já a importância do carácter preventivo no combate a este tipo de enfermidades. Finalmente, já no séc. XVIII (1760 a 1830), sucede-se uma série de eventos que viria a culminar com a introdução da máquina a vapor e a substituição da força muscular pela força mecânica (*Revolução Industrial*) mas que, como adiante se verá, não vai implicar melhores condições de trabalho. Com efeito, o grande desenvolvimento Industrial que se seguiu, com o uso do carvão e as péssimas condições de trabalho e vida dos operários, tornam ainda mais pertinente a preocupação com a Medicina Laboral. Considerando a clássica divisão na evolução da Medicina Laboral, termina aqui a chamada era da ferramenta, à qual vai seguir-se a da máquina (COSTA *et al.*, 2004).

### **O pós - Revolução Industrial**

A Comissão do Livro Branco dos Serviços de Prevenção (1999) refere que com o advento da Revolução Industrial (RI), as consequentes transformações do processo de trabalho e a grande mobilização de indivíduos e máquinas, surge, em escala mais ampla, o acidente de trabalho. Prevalece por esta altura, um liberalismo económico extremo, caracterizado por uma dependência total do trabalhador, relativamente ao empregador, em simultâneo com a inexistência (ainda) de movimentos sindicais reivindicativos (FREITAS 2003), e a demissão do Estado de qualquer intervenção sócio-económica significativa. Mais tarde, já no séc. XIX, começa finalmente a verificar-se uma tomada de consciência acerca das péssimas condições de trabalho, adoptando-se então medidas de protecção para as situações mais violentas ou sujeitas aos riscos mais graves,

nomeadamente o trabalho infantil e a duração do horário de trabalho (COSTA *et al.*, 2004).

A mesma Comissão, afirma que não obstante estas preocupações, apenas no final da primeira fase da RI, com o uso de formas de energia mais poderosas, a segurança começou a ser encarada como verdadeira preocupação, fruto do crescente e elevado número de acidentes de trabalho, procurando então responsabilizar-se os empregadores neste domínio (FREITAS, 2003). Com o advento do Taylorismo (final do século XIX, princípio do século XX), surgem finalmente as primeiras noções de Higiene e Segurança do Trabalho, tendo sido criados corpos de Inspeção do Trabalho afim de controlar as condições mais penosas e com maior repercussão na vida dos trabalhadores (nomeadamente o horário de trabalho) Em 1919 é criada a Organização Internacional do Trabalho (OIT), esta tem procurado estabelecer normas internacionais para a protecção dos trabalhadores, além de divulgar informações práticas sobre os problemas relacionados com o trabalho, a nível internacional (IDICT). Obriga os países subscritores a constituírem serviços inspectores de trabalho e que desde a sua criação revela preocupações com as questões de higiene e segurança (Comissão do Livro Branco dos Serviços de Prevenção, 1999), criando mesmo em 1921, um Serviço de Prevenção de Acidentes de Trabalho, para acompanhar as alterações das condições de trabalho resultantes da introdução de novas técnicas industriais com novos e acrescidos riscos de acidente ou doença. No entanto, apenas em 1981, aquela organização elabora o conjunto de princípios que passam a constituir o esqueleto fundamental da Prevenção de Riscos Profissionais (Convenção 155), que viriam a revelar-se fundamentais na consagração de uma nova formulação da segurança, saúde e ambiente de trabalho. FREITAS (2003) refere que desenvolvem-se neste período as Comissões de Higiene e Segurança do Trabalho a nível das empresas, por impulso da contratação colectiva, nas quais as partes debatiam as principais questões inerentes ao incremento de medidas de prevenção no seio das empresas e aprovavam regulamentos, especificações técnicas e acções de formação e informação, com o intuito de garantir o interesse comum e a eficácia de tais medidas (COSTA *et al.*, 2004).

Em Portugal, aparece vária legislação relativa à segurança e inspecção das condições de trabalho<sup>10</sup> por influência francesa e inglesa, aparecem as primeiras experiências de serviços médicos de empresa (em grandes organizações empresariais), sendo publicada legislação relativa à segurança no trabalho da construção civil (1958), em simultâneo com a realização de uma campanha nacional de prevenção de acidentes de trabalho nesta actividade. É também atribuída à negociação colectiva o papel de regular a constituição de comissões de higiene e segurança do trabalho nas empresas com o objectivo de enquadrar a intervenção dos trabalhadores neste domínio (1959). Assim, neste ano (1959) os aspectos operacionais e metodológicos através da via jurídica foram previstos num modelo adequado para a criação e desenvolvimento da Medicina do Trabalho. Criam-se algumas estruturas, no âmbito do Ministério das Corporações (Gabinete de Higiene e Segurança do Trabalho e Caixa Nacional de Seguros e Doenças Profissionais), sendo igualmente publicada vária legislação relativa à prevenção médica da silicose (1962) e adoptado o regime de reparação dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais (1965). Assim, existiam diplomas legais que funcionariam sob a direcção de médicos do trabalho. Na realidade existia leis mas não havia médicos do trabalho, foi então criado em 1963 no Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge o 1º curso de Medicina do trabalho que hoje em dia é leccionado na Escola Nacional de Saúde Pública. Já na década de 70 (1967) é aprovada legislação relativa à medicina do trabalho, surgindo também as primeiras actividades de segurança e higiene nas empresas, particularmente nos sectores das indústrias química e metalomecânica, por influência do Regulamento Geral de Higiene e Segurança do Trabalho para a Indústria, publicado em 1971 (COSTA *et al.*, 2004).

Ainda a Comissão do Livro Branco dos Serviços de Prevenção (1999) refere a consagração do direito à prestação do trabalho em condições de higiene, segurança e saúde aparece, no entanto, apenas com a Revisão Constitucional de 1982, fruto da criação do Conselho Nacional de Higiene e Segurança do Trabalho. Em 1984, é ratificada a Convenção 155 da OIT (referência internacional nesta matéria), e com a

---

<sup>10</sup> Relativa a instalações eléctricas: 1901; sobre o regime de duração do trabalho: 1919 e 1934; regulamento de higiene, salubridade e segurança nos estabelecimentos industriais: 1922), aparecendo igualmente o chamado sistema de reparação (1913), com a definição da responsabilidade patronal pelos acidentes de trabalho e com a instituição do seguro social obrigatório (1919), acompanhado da criação do Instituto de Seguros Sociais Obrigatórios e da Providência Geral (mais tarde, substituído pelo Instituto Nacional de Trabalho e Previdência (Comissão do Livro Branco dos Serviços de Prevenção 1999).



adesão à Comunidade Económica Europeia, tem início a publicação de vários diplomas legais relativos à prevenção de riscos profissionais, nas suas várias vertentes, fruto da transposição da primeira geração de Directivas Comunitárias que precedeu a Directiva-Quadro de 1989. É todavia no início da década de 90<sup>11</sup> que vai verificar-se o grande salto na definição de uma política nacional global para a segurança, higiene e saúde do trabalho, avaliando-se o estado de subdesenvolvimento da implementação dos princípios da Convenção 155 da OIT, ao mesmo tempo que se equacionavam os novos desafios trazidos pela Directiva-Quadro da União Europeia, de 1989 (Directiva 89/391/CEE). Em simultâneo, fruto da transposição de diversas Directivas Comunitárias, verifica-se abundante produção normativa relativa a locais e equipamentos de trabalho e de protecção individual, agentes biológicos, etc. (COSTA *et al.*, 2004).

Com o decorrer do tempo e com a entrada de Portugal para a União Europeia foi-se actualizando o conceito de Saúde Ocupacional e atribuíram-lhe o nome de Higiene e Segurança no Trabalho, isto por volta de 1992. O Ministro da Saúde reformulou os serviços estatais, nascendo o Instituto para o Desenvolvimento e Inspeção das Condições de Trabalho (IDICT).

Com papel futuro muito importante, viria a assegurar uma importante reestruturação da administração do trabalho, particularmente no âmbito da avaliação da melhoria das condições, desenvolvimento da prevenção de riscos profissionais, difusão e aplicação de conhecimentos científicos, formação especializada de Técnicos de Segurança e Higiene no trabalho, difusão de informação, elaboração e realização de campanhas e programas de acção, participação em actividades de cooperação técnica e ainda, a fiscalização das condições de trabalho.

Uma outra contribuição resultante da adesão de Portugal à Comunidade Europeia foi o impulso decisivo para a prevenção de riscos profissionais e para a melhoria das condições de prestação de trabalho, que resultou necessariamente numa adaptação às disposições regulamentares de forma a torná-las compatíveis com as obrigações comunitárias.

---

<sup>11</sup> Os marcos fundamentais deste período são essencialmente: Acordo Social de Segurança, Higiene e Saúde do Trabalho (1991); Regime Jurídico de Enquadramento da Segurança, Higiene e Saúde do Trabalho (1991); Ano Europeu para a Segurança e Saúde no Local de Trabalho (1992); Reestruturação da Administração do Trabalho e a criação do Instituto de Desenvolvimento e Inspeção das Condições de Trabalho (IDICT), em 1993; o Regime Jurídico de Organização e Funcionamento das Actividades de Segurança, Higiene e Saúde do Trabalho (1994)

Assim, a definição de política da SH&ST atingiu uma importância fundamental, uma vez que constitui prioridade a obrigatoriedade à adopção de medidas de prevenção e avaliação de condições de trabalho, adequadas às normas, situações e riscos.

O regime jurídico que enquadra a SH&ST – o DL n.º 441/91 de 14 de Novembro, transposto da Directiva Quadro 89/391/CEE, de 12 de Junho é relativo à aplicação de medidas destinadas a promover a melhoria da Segurança e de Saúde dos trabalhadores no trabalho e que garanta a efectiva prevenção dos riscos profissionais. Assim, torna-se indispensável a interligação entre a SH&ST e as outras áreas de gestão, ou seja, os diferentes departamentos deverão colaborar para assegurar que a actividade de identificação dos riscos, avaliação de cada situação e estabelecimento das acções adequadas obtendo os resultados desejados.

Esta evolução progressiva culminou na realização em 1992, do Ano Europeu de SH&ST. Esta lei foi alterada e completada pelo DL n.º 133/99, de 21 de Abril. As principais alterações foram nas áreas mais importantes: prescrições mínimas de Segurança e Saúde nos locais de trabalho; equipamentos de protecção individual; equipamentos dotados de visor; movimentação manual de cargas; equipamentos de trabalho; riscos de exposição (agentes biológicos, físicos e químicos); (...).

Recentemente o DL n.º 488/99, de 17 de Novembro definiu as formas de aplicação do regime jurídico de SH&ST aos serviços e organizações de administração pública.

Para que se cumpram os objectivos constantes da legislação aplicável é fundamental assegurar a formação, informação e consulta aos trabalhadores relativamente aos riscos e medidas de prevenção e protecção e à forma como se aplica, quer ao posto de trabalho ou função quer à empresa ou serviço.

Para a execução da Lei-quadro de funcionamento das actividades de SH&ST nas empresas traduz-se na obrigação de assegurar e manter em funcionamento os serviços de SH&ST, cujo regime regulamentado pelo DL n.º 109/2000, de 30 de Junho, que veio alterar os DL 26/94, de 1 de Fevereiro, Lei n.º 7/95, de 29 de Março.

Consequentemente, existe necessidade de fomentar a qualificação dos trabalhadores no domínio da SH&ST, desenvolvendo formação e conhecimentos técnicos. O DL n.º 110/2000, de 30 de Junho, veio fixar para as organizações exigências no âmbito da SH&ST o que pressupõe a estruturação dos serviços de prevenção nos locais de

trabalho, enquadrados por profissionais qualificados nesta área, estabelecendo as condições de acesso e do exercício das profissões de técnico superior de SHT e de técnico de SHT, bem como as normas específicas de emissão de certificados de aptidão profissional e as condições de homologação dos respectivos cursos de formação profissional.

De acordo com o definido no Decreto de Lei n.º 171/2004, de 17 de Julho, o Instituto para o Desenvolvimento e Inspeção das Condições de Trabalho deu lugar ao Instituto para a Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho (ISHST) e à automatização da Inspeção Geral do Trabalho.

### **3.2. Organização dos serviços de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho**

Da directiva quadro resulta, pois, hoje em dia, a necessidade de se definirem políticas a criarem estruturas que tenham em vista o desenvolvimento dos princípios que caracterizam a sua «nova abordagem». Com efeito, a abordagem preexistente, ainda que não de todo dispensável, traduzia-se, todavia, em aproximações preventivas isoladas (riscos mecânicos, químicos, físicos, ruído...), que não permitiam apreciar a interacção dos riscos (entre si) e o conjunto de todos os seus factores (formas de emprego, ausência de formação, ritmo de trabalho...). Daqui resulta a necessidade de se perspectivar a avaliação dos riscos de acordo com uma abordagem global.

Por outro lado, há ainda a considerar que desta metodologia preventiva resulta uma complexidade acrescida na avaliação de riscos, tornando-se necessário, então, reunir e organizar um conjunto de meios suficientes e adequados ao objectivo final de atingir níveis de segurança, saúde e bem-estar elevados.

É à volta deste amplo e novo conceito de avaliação de riscos que jogam, actualmente, as grandes prioridades das políticas de Prevenção dos Riscos Profissionais em todos os países da União Europeia (CABRAL, 1997:30). Estas actividades impõem a intervenção de recursos humanos qualificados e a estruturação de serviços próprios na empresa.

Na opinião de Cabral, todos estes requisitos exigem uma vasta acção do Estado que garanta ao empregador o apoio necessário para reunir as condições indispensáveis à avaliação dos riscos. Ou, seja, é desta acção do Estado que depende, por um lado, a

possibilidade de o empregador cumprir as suas obrigações, e por outro lado, a efectiva implementação dos princípios da directiva quadro (CABRAL, 1997:30).

A organização dos Serviços SH&ST apresenta-se como ponto de convergência na acção de prevenção de riscos profissionais, na medida em que para aí convergem e aí se exprimem todos os efeitos dessa vasta acção do Estado (formação, certificação, normalização, autorização, de prestação de serviços de SH&ST).

A organização dos Serviços de Segurança, Higiene e Saúde do Trabalho (SH&ST), por parte das empresas, constitui em si mesma uma obrigação legal e é condição indispensável para que o empregador possa garantir a organização das actividades de segurança, higiene e saúde no trabalho (art. 13.º - Decreto-Lei n.º 441/91), bem como deve fazer-se em função dos factores organizacionais, técnicos, materiais e sociais inerentes ao trabalho, tendo em conta, na organização de meios, a natureza, probabilidade, gravidade e a distribuição dos riscos, devendo igualmente atender-se, não apenas aos próprios trabalhadores mas a terceiros, estes susceptíveis de serem abrangidos pelos riscos e, ainda, à realização de trabalhos, quer nas instalações quer no exterior (FREITAS, 2003).

Neste sentido, o objectivo essencial da organização de meios deve ser a promoção da saúde e a melhoria permanente das condições de trabalho, mediante uma adequada política de prevenção de riscos laborais. As características básicas de qualquer estrutura organizativa devem por isso apontar para a prevenção de riscos e o planeamento de medidas precisas para eliminar ou reduzir o impacte pessoal e organizacional desses riscos.

O serviço de SH&ST deve situar-se dentro da organização da empresa, na dependência directa do órgão executivo de mais elevado grau de decisão. Este serviço tem essencialmente uma função consultiva, onde o seu objectivo reside na informação, no aconselhamento, na motivação e na coordenação, remetendo para a hierarquia a direcção e execução das soluções que propõe. As medidas de segurança não devem solucionar problemas de forma não sistemática, isto é, à medida que surgem os acidentes. Devem pelo contrário ser metodicamente programadas e integradas na gestão da empresa. Esta integração exigirá um elevado grau de organização da SH&ST da empresa com vista a uma metodologia de trabalho consequente, sem intervenções ou

correções isoladas. A gestão da segurança pode ser traduzida segundo o modelo da NP 4397:2001.

Segundo Miguel, os requisitos da norma portuguesa NP 4397:2001 destinam-se a Sistemas de Gestão da Segurança e Saúde no Trabalho. Por sua vez, o projecto de norma portuguesa NP 4410:2002 (consiste numa tradução e adaptação das OHSAS 18002:1999, da *British Standard Institution*) estabelece as linhas de orientação para a implementação da NP 4397:2001 (MIGUEL, 2004:72). Também, GRAÇA refere que as normas OHSAS 18001:1999 foram desenvolvidas de modo a serem compatíveis com as ISO 9001 e as ISO 14001, e integrem assim os três subsistemas de gestão: qualidade, ambiente e SH&ST (GRAÇA, 2004:38).

Segundo a legislação, a entidade empregadora deve garantir a organização e o funcionamento dos serviços de SH&ST, de forma a abranger todos os trabalhadores, através das seguintes medidas (Decreto-lei n.º 488/99, artigo 8.º):

- a) *Designação de um ou mais trabalhadores para se ocuparem de todas ou algumas das actividades de segurança e saúde no trabalho;*
- b) *Criação de serviços próprios de segurança e saúde no trabalho;*
- c) *Contratação de serviços externos para completar ou assegurar as actividades de segurança e saúde no trabalho;*
- d) *Utilização de serviços comuns a mais de uma entidade empregadora.*

Os serviços de SH&ST devem orientar a sua acção para os seguintes objectivos: estabelecimento e manutenção de CT que assegurem a integridade física e mental dos trabalhadores; desenvolvimento de condições técnicas que assegurem a aplicação das medidas de prevenção definidas no art. 8.º do D.L. n.º 441/91, de 14 de Novembro; desenvolvimento de condições que assegurem a informação e a formação dos trabalhadores, bem como permitam a sua participação, previstas nos artigos 9.º e 12.º do D.L. n.º 441/91, de 14 de Novembro (D.L. n.º 109/2000, artigo 15.º).

O Livro Branco dos Serviços de Prevenção definiu com rigor as principais funções e actividades dos serviços de SH&ST.

Como principais domínios deste Serviço apresentam-se os seguintes: Planeamento; Organização e Avaliação das Medidas de Prevenção e Protecção.

Polarizar a gestão da prevenção de riscos profissionais no âmbito da empresa, tal é a missão dos serviços de SH&ST. Desta missão decorre um conjunto de funções:

- (i) A avaliação dos riscos profissionais;
- (ii) A concepção, programação e implementação de medidas de prevenção e de protecção;
- (iii) A promoção e a vigilância da saúde dos trabalhadores;
- (iv) O desenvolvimento da informação e da formação dos trabalhadores;
- (v) A motivação para uma participação qualificada dos representantes dos trabalhadores;
- (vi) O relacionamento com os organismos da Rede de Prevenção de Riscos Profissionais;
- (vii) A avaliação dos resultados.

As actividades principais que desenvolve com o objectivo de tomar providências necessárias para prevenir os riscos profissionais e promover a saúde dos trabalhadores são:

- (i) Informação técnica, na fase de projecto e de execução, sobre as medidas de prevenção relativas às instalações, locais, equipamentos e processos de trabalho;
- (ii) Identificação e avaliação dos riscos para a segurança e saúde nos locais de trabalho e controlo periódico dos riscos resultantes da exposição a agentes químicos, físicos e biológicos;
- (iii) Planeamento da prevenção, integrando, a todos os níveis e para o conjunto das actividades da empresa, a avaliação dos riscos e as respectivas medidas de prevenção;
- (iv) Elaboração de um programa de prevenção de riscos profissionais;
- (v) Promoção e vigilância da saúde, bem como a organização e manutenção dos registos clínicos e outros elementos informativos relativos a cada trabalhador;

- (vi) Informação e formação sobre os riscos para a segurança e saúde, bem como sobre as medidas de protecção e prevenção;
- (vii) Organização dos meios destinados à prevenção e protecção, colectiva e individual, e coordenação das medidas a adoptar em caso de perigo grave e eminente;
- (viii) Afixação de sinalização de segurança nos locais de trabalho;
- (ix) Análise dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais;
- (x) Recolha e organização dos elementos estatísticos relativos à segurança e saúde na empresa;

Coordenação de inspecções internas de segurança sobre o grau de controlo e sobre a observância das normas e medidas de prevenção nos locais de trabalho (art. 16.º do D.L. n.º 109/2000, de 30 de Junho).

Organizar a SH&ST numa empresa também significa estabelecer um quadro de papéis e responsabilidades, de criar uma equipa que permanentemente absorva e interprete os problemas existentes em cada momento e uma contínua integração das acções preventivas em todos os domínios da actividade da empresa e em todos os sectores da organização.

O papel do estado é a promoção do desenvolvimento de uma rede nacional para a prevenção de riscos profissionais. Esta rede deve contemplar as áreas de regulamentação, licenciamento, certificação normalização, investimento, formação, informação, consulta e participação, serviços técnicos de prevenção e vigilância de saúde e fiscalização. Cabe ao Estado desenvolver a cooperação com as organizações representativas dos empregadores e trabalhadores. O Estado deverá contar e consultar com a participação dos empregadores, trabalhadores e parceiros sociais no Conselho Nacional da Higiene e Segurança do Trabalho. Estes parceiros participam também de forma consultiva no Conselho Geral do IDICT.

As empresas para além das obrigações de desenvolverem a prevenção de riscos profissionais, também deverão ter colaboração do empregador e dos empregados.

A fiscalização compete em geral à Inspeção-geral do Trabalho, sem prejuízo da competência fiscalizadora específica atribuída a outras entidades.

Devem igualmente ser definidas as obrigações dos empregadores com vista à execução, com sucesso, das actividades preventivas, visando dar corpo ao direito básico dos trabalhadores de uma protecção eficaz no trabalho; da mobilização dos meios adequados às necessidades e características de cada empresa, de acordo com a sua dimensão e sector de actividade, afim de garantir uma maior protecção dos trabalhadores; o reconhecimento do direito de participação dos trabalhadores, através da informação e consulta sistemáticas e da apresentação de propostas consentâneas com a melhoria dos padrões de SH&ST (FREITAS, 2003). Convém, no entanto, ter presente que nenhum modelo, por si só, é válido para garantir a organização da prevenção, tudo dependendo da maneira como funciona a estrutura da empresa e da cultura prevalecente. Em geral, o modelo mais eficaz parece ser o que se integra na própria estrutura produtiva, envolvendo todos os actores (gestores, técnicos e trabalhadores) na assunção das responsabilidades e favorecendo dois tipos de actuações complementares: as *actividades preventivas “automáticas”*, integrando uma tarefa correctamente desenvolvida de acordo com os padrões de segurança e as *actividades nucleares de prevenção* (como exemplo, as análises de acidentes de trabalho e as inspecções de segurança). Se as primeiras são cruciais para a integração no desempenho funcional, as segundas não o são menos, por facilitarem o envolvimento de todos os agentes (chefias, trabalhadores, representantes, etc.) (FREITAS, 2003). O Decreto-Lei n.º 109/2000, de 30 de Junho, introduziu alterações no regime de organização e funcionamento da SH&ST, preconizando medidas para melhorar a prevenção dos riscos profissionais e o reforço da prevenção nas actividades de mais elevado risco profissional. Visou igualmente a qualificação das modalidades de organização dos serviços de segurança, higiene e saúde (Capítulo II artigo 4.º), em especial dos denominados *serviços externos*<sup>12</sup> (artigo 9.º), aos quais só será concedida autorização de funcionamento, caso satisfaçam todos os requisitos legais (relativamente a recursos humanos, instalações e equipamentos), constituindo a autorização concedida como que uma garantia de confiança para as empresas e estabelecimentos que a eles recorram.

---

<sup>12</sup> Segundo FREITAS (2003), os *Serviços Externos* podem assumir várias modalidades, nomeadamente: 1) *Privados*: prestados por empresas em que a SHST é a principal actividade, funcionando numa lógica de mercado e assegurando a prevenção de riscos numa óptica de serviços partilhados. É a modalidade mais vulgar a este nível, exigindo o cumprimento estrito de parâmetros de qualidade; 2) *Associativos*: Serviço prestado por associações sem fins lucrativos, apresentando como destinatários prioritários associações patronais ou sindicais que se organizam para prestar este serviço aos sócios que a eles adiram contratualmente; 3) *Cooperativos*: quando prestados por cooperativas cujo objecto compreenda a SHST; 4) *Convencionados*: prestados por entidades da administração pública central, regional ou local, instituto público ou instituição integrada no SNS.



Relativamente aos *Serviços Internos* (artigo 5.º), devem ser criados e inseridos na estrutura da empresa, funcionando exclusivamente para os seus trabalhadores. Esta integração na estrutura da empresa permite-lhes exercer melhor determinadas actividades (planeamento e a coordenação das acções de controlo interno) consideradas muito relevantes para a prevenção dos riscos profissionais. O mesmo diploma considera ainda que nas empresas com maior número de trabalhadores, sendo as actividades de prevenção, nomeadamente nos aspectos de planeamento e coordenação, naturalmente maior, será mais fácil e aconselhável constituir serviços internos. O diploma detalha em seguida, quais as empresas que devem organizar serviços internos, tendo em atenção a sua dimensão, número de trabalhadores e a existência ou não de actividades de *risco elevado*<sup>13</sup>.

Finalmente, os *Serviços interempresas* são frequentes a partir da conjugação de esforços de várias empresas, a maioria das quais com estabelecimentos localizados na proximidade uns dos outros (por exemplo em parques industriais) e cuja dimensão individual (não existindo riscos graves), possa não justificar a constituição de uma estrutura própria. Estes serviços são habitualmente criados por uma associação de empresas ou estabelecimentos para utilização comum dos trabalhadores que nelas exercem funções (FREITAS, 2003).

A possibilidade de nos hospitais existir um serviço especializado na promoção da saúde e prevenção de riscos profissionais surge com a publicação do Decreto-lei n.º 441/91, de 14 de Novembro, em que são definidos os princípios que visam promover a segurança, higiene e saúde no trabalho (SOUSA UVA e FARIA, 1992). Mais tarde, o Decreto-Lei n.º 488/99, de 17 de Novembro, enfatiza a importância da implementação destes serviços nas organizações de saúde, tendo como objectivo a existência de um plano de controlo dos diversos riscos e salientando a importância da existência de recursos humanos com competência adequada para o cumprimento dos objectivos. O diploma pretende ainda

---

<sup>13</sup> Consideradas de *risco elevado*, segundo o Decreto-Lei 109/2000, as seguintes actividades: Trabalhos em obras de construção, escavação, movimentação de terras, de túneis, com riscos de quedas de altura ou de soterramento, demolições e intervenção em ferrovias e rodovias sem interrupção de tráfego; Actividades de indústrias extractivas; Trabalho hiperbárico; Actividades que envolvam a utilização ou armazenagem de quantidades significativas de produtos químicos perigosos susceptíveis de provocar acidentes graves; O fabrico, transporte e utilização de explosivos e pirotecnia; Actividades de indústria siderúrgica e construção naval; Actividades que envolvam o contacto com correntes eléctricas de média e alta tensão; Produção e transporte de gases comprimidos, liquefeitos ou dissolvidos, ou a utilização significativa dos mesmos; Actividades que impliquem a exposição a radiações ionizantes; Actividades que impliquem a exposição a agentes cancerígenos, mutagénicos ou tóxicos para a reprodução; Actividades que impliquem a exposição a agentes biológicos do grupo 3 ou 4; Trabalhos que envolvam risco de silicose.

assegurar a informação e formação acerca das normas legais sobre segurança, higiene e saúde no trabalho.

Estes serviços, responsáveis pela segurança, higiene e saúde no trabalho devem ser dirigidos por técnicos com curso superior e formação específica nos domínios da medicina do trabalho ou da segurança e higiene e devem orientar a sua acção no sentido de:

- (i) Estabelecer e manter condições de trabalho que assegurem a integridade física e mental dos trabalhadores;
- (ii) Desenvolver condições técnicas que assegurem, neste âmbito, a aplicação de medidas preventivas;
- (iii) Desenvolver condições e meios que assegurem a formação e informação dos trabalhadores (Associação Empresarial de Portugal, 2004).

Tal como o D.L. n.º488/99 de 17 de Novembro prevê, todos os serviços abrangidos por este diploma podem ser criadas comissões de segurança, higiene no trabalho. No n.º 3 do art. 6º define que “as comissões de SH&ST são órgãos de composição paritária, para consulta e cooperação regular e periódica em matéria de informação e formação dos trabalhadores e de prevenção dos riscos profissionais e promoção da saúde no trabalho”.

Pode ser criada a Comissão de SH&ST mediante acordo entre o Conselho de Administração e os representantes dos trabalhadores (estes são eleitos pelos próprios trabalhadores por voto directo e secreto, para o n.º de trabalhadores do CHMT que são cerca de 1700, seriam 7 representantes).

A comissão deve ser composta tendo em atenção os seguintes pressupostos:

- (i) É composta no máximo por 4 ou 6 membros efectivos, igual n.º de suplentes
- (ii) Os representantes dos trabalhadores escolhem entre si, 2 ou 3 membros e respectivos suplentes;
- (iii) Por sua vez o Conselho de Administração designará os seus representantes indicando de entre eles o respectivo coordenador;
- (iv) Os representantes Conselho de Administração podem ser membros da Administração/Direcção ou pessoas por eles nomeados (confiança política e/ou técnica).

A comissão deve reunir pelo menos uma vez por trimestre, sempre que uma das partes o solicite. O Conselho de Administração deve garantir à comissão as condições necessárias para o exercício das suas competências.

As Competências da comissão são: obter informação relativa às condições de trabalho, realizar visitas aos locais de trabalho “*in loco*”; fazer propostas de alteração, eliminação e de substituição de deficiências detectadas. Deverá analisar os elementos disponíveis relativos aos acidentes de trabalho e doenças profissionais, e também emitir pareceres sobre a programação anual de SHS. (Será importantíssimo, a participação na elaboração, acompanhamento e avaliação de programas de prevenção de riscos. (art. 7.º D.L. n.º 488/99).

O estabelecimento dos diversos programas e respectivos objectivos, neste âmbito, tanto nas empresas em geral, como no Hospital em particular, deve:

- (i) Identificar e avaliar nos locais de trabalho todos os agentes químicos, físicos, mecânicos, biológicos e psicossociais.
- (ii) Assegurar que os esforços físicos e mentais impostos aos trabalhadores pelos seus empregos, correspondam às suas aptidões, necessidades, características anatómicas, fisiológicas e psicológicas.
- (iii) Tomar medidas eficazes para proteger os indivíduos particularmente sensíveis às condições de trabalho desfavoráveis e para aumentar a sua resistência.
- (iv) Identificar as condições de trabalho que podem contribuir para o mau estado de saúde global dos trabalhadores.
- (v) Promover a educação das direcções dos estabelecimentos de saúde e dos trabalhadores de modo a que assumam as suas responsabilidades no que diz respeito à protecção e à promoção da saúde.
- (vi) Executar nos estabelecimentos de saúde largos programas sanitários cobrindo todos os aspectos da saúde colaborando com os Serviços de Saúde locais na elevação do nível de saúde da comunidade (SANTOS, 2004).

Para que estes procedimentos alcancem o êxito, torna-se fundamental motivar todos os trabalhadores e informá-los continuamente das estratégias e objectivos propostos relativas à promoção da saúde e prevenção.

Actualmente muitas organizações respondem apenas a requisitos legais. Implementam práticas isoladas para as componentes de SH&ST e assim vão gerindo o risco, não contemplando as diversas influências internas/externas à organização.

Os Serviços de SH&ST partem do princípio do sistema de gestão integrado, baseado numa análise de risco, que permite definir, implementar, operacionalizar, monitorizar, manter e melhorar a segurança, higiene e saúde no trabalho, este método tem as seguintes vantagens: redução de esforços internos (ex: cumprimento dos requisitos legais); fazer análise de risco integrada com a avaliação da saúde; maior facilidade na definição e acompanhamento das acções de melhoria; maior facilidade na definição de integração com sistema de gestão existente (ex: Sistemas de Gestão da Qualidade e/ou Ambiente); possibilidade de reconhecimento por uma entidade externa (certificação do sistema); possibilidade de negociação de pacotes de seguros mais atractivos; integrar metodologias técnicas e operacionais com metodologias de gestão com a adopção de um referencial internacionalmente reconhecido que permite a comparação com entidades congéneres; maior facilidade de replicação (ex: de sede para sucursais); redução dos custos da não segurança; redução do absentismo; aumento da satisfação e motivação dos profissionais (<http://www.dinamo-sa.pt>).

Mas, para a gestão de um sistema de SH&ST ser eficaz deve ter uma base larga de suporte. Isto é, deve existir sempre alguma actividade em relação a uma extensa gama de medidas de controlo. Qualquer programa que seja forte nalgumas áreas mas fraco noutras está destinado a ser menos eficaz do que outro em que as actividades se distribuem por múltiplas iniciativas. Uma corrente pode servir como uma boa analogia: um elo fraco irá enfraquecer a corrente mas um elo forte não a irá fortalecer. Assim por exemplo, não faz grande sentido ter uma lista muito abrangente de procedimentos e regras de SH&ST se as actividades de formação forem deficientes. Então, a gestão do sistema de SH&ST deve ser equilibrada, abrangendo um largo espectro de actividades que, comprovadamente conseguem controlar os perigos (O'MAHONY, 2000:9).

### **3.3. Regime jurídico da Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho**

#### **3.3.1. A legislação da saúde e segurança dos trabalhadores na União Europeia**

Desde há várias décadas existe consciência e preocupação de promover a protecção da saúde e da segurança dos trabalhadores pela parte do legislador comunitário, como se pode constatar em termos quantitativos pelo facto das 37 das cerca de 50 directivas existentes nesta temática.

A própria alteração ao Tratado de Roma (de 1957) através da introdução no Acto Único Europeu de 1986, editado o artigo 118.º-A - ideia de uma Europa mais social - que fixa: os Estados-Membros empenham-se em promover a melhoria, nomeadamente, das condições de trabalho, para protegerem a segurança e a saúde dos trabalhadores, e estabelecem como objectivo a harmonização no progresso, das condições existentes nesse domínio.

Mas, várias directivas foram adoptadas antes da entrada em vigor do Acto Único Europeu, este introduziu duas bases jurídicas essenciais. Uma, trata no domínio da Política Social do artigo 118.º-A, que estabelece um objectivo global de harmonização no progresso das condições existentes em matéria de saúde e segurança no trabalho, como atrás referi. Esta harmonização é efectuada mediante a adopção de prescrições mínimas, aplicáveis progressivamente, tendo em conta as regulamentações técnicas existentes em cada Estado membro e sempre com a preocupação de evitar impor constrangimentos administrativos, financeiros e jurídicos tais que dificultem a criação e o desenvolvimento de pequenas e médias empresas.

Os Estados membros têm dificuldade de adoptar medidas de protecção mais rigorosa do que a estabelecida ao nível comunitário Artigo 118.º-A do Tratado CE (MOITINHO, 1993:17)<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup> Artigo 118.º-A do Tratado CE (MOITINHO, 1993:17)

1. Os Estados membros empenham-se em promover a melhoria, nomeadamente, das condições de trabalho, para protegerem a segurança e a saúde dos trabalhadores, e estabelecem como objectivo a harmonização, no progresso, das condições existentes nesse domínio.
2. (...) adopta por meio de directivas as prescrições mínimas progressivamente aplicáveis, tendo em conta as condições e regulamentações técnicas existentes em cada Estado membro (...).
3. As disposições adoptadas nos termos do presente artigo não obstam à manutenção e ao estabelecimento, por cada Estado membro, de medidas de protecção reforçada das condições de trabalho compatíveis com o presente Tratado.

A outra, o Acto único Europeu introduziu o artigo 100.º-A, que prevê a adopção por maioria qualificada de medidas relativas à aproximação das disposições legislativas, regulamentares e administrativas dos Estados membros (...), também, constitui uma base jurídica adequada para a adopção de uma base de medidas que embora não vise primordialmente na saúde e segurança dos trabalhadores mas tem uma incidência concreta. Várias directivas (89/392/CEE «máquinas» e 89/686/CEE «equipamentos de protecção individual») foram adoptadas com base neste artigo 100.º-A e, por conseguinte, são directivas essenciais nas fases de concepção, fabrico e comercialização desses equipamentos, mas que concomitantemente ao visarem a colocação no mercado de produtos seguros têm uma incidência concreta na saúde e na segurança dos trabalhadores. Também foram adoptadas duas outras directivas nesta matéria com o objectivo de garantir uma utilização segura desses equipamentos pelos trabalhadores e consequentemente baseadas no artigo 118.º-A (89/655/CEE e 89/656/CEE).

Com o compromisso de favorecer a melhoria das condições de trabalho, em 1989, a Carta Comunitária dos Direitos Sociais Fundamentais dos Trabalhadores fixa os grandes princípios nos quais se baseia o modelo europeu do direito do trabalho e consagra, nomeadamente, o direito à protecção da saúde e da segurança no local de trabalho.

Graças a este contexto jurídico político, os trabalhos da Comunidade em matéria de segurança e saúde no trabalho desenvolveram-se notavelmente, tendo sido adoptadas cerca de vinte directivas baseadas no artigo 118.º-A.

A estratégia legislativa desenvolvida pela Comunidade teve como objectivo cobrir o máximo de riscos com o mínimo de directivas, assim esta estratégia foi concretizada com a adopção da directiva 89/391/CEE, que é uma directiva de alcance horizontal e com um âmbito de aplicação lato complementada com directivas especiais (listagem das directivas na tabela n.º 8) destinadas a regular determinados sectores de actividade de risco ou certos aspectos do meio e das condições de trabalho.

De um modo sucinto gostaria só de focar alguns aspectos que me parecem fundamentais da directiva quadro: Mudança de filosofia; Âmbito de aplicação; Obrigações do empregador (avaliação dos riscos e prevenção dos riscos); Obrigações dos

trabalhadores; Serviço de protecção e prevenção; Primeiros socorros e luta contra incêndios; Direitos dos trabalhadores; Vigilância da saúde; Grupos de risco.

Esta directiva quadro estabelece, pois, as disposições gerais a aplicar com a finalidade de protecção e de prevenção em todos os locais de trabalho, qualquer que seja a actividade no sector público e privado e, dá especial relevo a todos os aspectos de uma política preventiva; concretamente ao tratar da informação, consulta, participação e formação dos trabalhadores e ao impor ao empregador a obrigação de avaliar os riscos que não podem ser evitados (MOITINHO, 1993:21).

Como atrás disse, a estratégia legislativa comunitária consubstanciou-se na adopção da directiva quadro complementada com directivas especiais que foram adoptadas em múltiplos domínios. Estas directivas especiais podem ser reagrupadas de acordo com a natureza dos riscos aos quais se encontram expostos os trabalhadores. Assim, encontramos directivas especiais cujo objectivo é eliminar ou reduzir os riscos ligados aos locais de trabalho, como é o caso das directivas «locais de trabalho», etc. e do «ruído no trabalho»; directivas que visam abranger os riscos derivados de certos agentes, como no caso das directivas «agentes cancerígenos», «agentes químicos» e «agentes biológicos»; directivas especiais que visam os riscos ligados à utilização de equipamentos de trabalho - é o caso dos «equipamentos de trabalho», «equipamentos de protecção individual», «manutenção de cargas» e «equipamentos dotados de visor»; directivas especiais que visam os riscos ligados a grupos de trabalhadores específicos, «trabalhadoras grávidas» e, finalmente, directivas que visam propiciar uma melhor informação aos trabalhadores, como é o caso da directiva «sinalização».

**Tabela n.º 8 - Directivas especiais**

Directivas especiais	
«locais de trabalho»	89/654/CEE
«equipamentos de trabalho»	89/655/CEE
«equipamentos de trabalho - modificação»	95/63/CE
«equipamentos de protecção individual»	89/656/CEE
«manutenção de cargas»	90/269/CEE
«equipamentos dotados de visor»	90/270/CEE
«agentes cancerígenos»	90/394/CEE
«agentes biológicos»	90/679/CEE
«agentes biológicos - modificação»	93/88/CE
«radiações ionizantes»	97/43/EURATOM
«sinalização»	92/58/CEE
«trabalhadoras grávidas, puérperas ou lactantes»	92/85/CEE
«ruído no trabalho»	86/188/CEE
«agentes químicos»	98/24/CE

Refira-se que as disposições gerais da directiva quadro aplicam-se plenamente aos domínios cobertos pelas directivas especiais. Assim, matérias como a da avaliação dos riscos, a vigilância da saúde, os procedimentos de informação, formação, consulta e participação dos trabalhadores são regulamentadas pela directiva quadro e aplicam-se aos domínios visados pelas directivas especiais, sem prejuízo de estas regulamentarem essas matérias de forma mais específica e adaptada aos respectivos domínios legislativos, como, por exemplo, no caso da directiva específica relativa à radiação ionizante, o legislador comunitário veio estabelecer normas relativas à protecção da saúde das pessoas contra os perigos resultantes das radiações ionizantes.

O presente diploma (D.L. n.º 180/2002, de 8 de Agosto) refere que a utilização das radiações ionizantes em actos médicos é feita sob a responsabilidade, deveres e obrigações do titular das instalações, direcção clínica e dos trabalhadores.



### 3.3.2. Deveres do Titular das instalações

Artigo 10.º do D.L. n.º 180/2002, de 8 de Agosto:

- (i) Providenciar o estabelecimento de protocolos escritos relativos a cada tipo de prática radiológica normalizada, e assegurar-se que os mesmos são seguidos;
- (ii) Assegurar o estabelecimento de programas de garantia de qualidade para o padrão de procedimento de execução;
- (iii) Assegurar o estabelecimento de recomendações no que respeita a critérios de referência para as exposições médicas, incluindo doses de radiação e assegurar-se que as mesmas estão disponíveis para o médico que prescreve o exame;
- (iv) Assegurar a conformidade das exposições com os níveis de referência para exames de radiodiagnóstico, se for o caso, tendo em consideração os níveis de referência de diagnóstico europeus, quando existentes;
- (v) Assegurar constrangimentos de dose<sup>15</sup> para programas de investigação;
- (vi) Tomar as medidas necessárias para se certificar de que o médico responsável pela realização da exposição, bem como pelo técnico que a executa, satisfaçam os requisitos de formação estabelecidos por lei, prossigam formação e estágios de qualificação;
- (vii) Providenciar averiguações sempre que os níveis de referência de diagnóstico forem consideravelmente excedidos e assegurar-se de que a acção correctiva tomada foi apropriada;
- (viii) Providenciar que os resultados de cada exposição médica sejam devidamente registados, de modo a permitir a respectiva avaliação clínica e cálculo de dose, a qualquer instante;
- (ix) Deve efectuar e preservar um inventário actualizado do equipamento radiológico existente na instituição e fornecê-lo às autoridades de saúde quando o mesmo for solicitado. Este inventário deve incluir relativamente a cada equipamento a seguinte informação: nome do fabricante; modelo; n.º de série ou outra identificação única; ano de fabrico; ano do início da sua utilização;

---

<sup>15</sup> constrangimentos de dose - restrição nas doses prospectivas recebidas pelos indivíduos, que possam ser provenientes de uma determinada fonte, destinada a ser utilizada na fase de planeamento da protecção contra as radiações, sempre que se pretenda atingir a sua optimização.

- (x) De promover a realização de formação específica sobre protecção radiológica tendo em conta a graduação académica da pessoa e a função que desempenha ou desempenhará numa instalação radiológica médica de acordo como que está regulamentado, devidamente creditada e reconhecida pela Direcção-Geral da Saúde.

Obrigações do titular para assegurar a organização e o funcionamento das instalações radiológicas (Título III, Capítulo I, Secção II do D.L. n.º 180/2002, de 8 de Agosto):

1. Dotar a instalação de equipamentos e de profissionais necessários ao desempenho das actividades desenvolvidas, bem como de adoptar e fazer aplicar as seguintes disposições:

- (i) Dotar a instalação e as pessoas que nela trabalham dos dispositivos de segurança e de protecção previstos na lei;
- (ii) Providenciar para que sejam fixadas normas de actuação para a utilização, de modo a que as doses recebidas pelas pessoas profissionalmente expostas sejam tão pequenos quanto razoavelmente possível e sempre inferiores aos limites legalmente fixados na correspondente legislação em vigor que lhe é aplicável, devendo tais normas estar escritas e ser conhecidas e cumpridas por todo o pessoal da instalação;
- (iii) Garantir que sejam efectuados testes de aceitação antes da primeira utilização do equipamento para exposições médicas, incluindo determinação dos valores de exposição do operador;
- (iv) Dotar o equipamento referido no n.º anterior, sempre que possível, de um mecanismo que informe da quantidade de radiação emitida durante o procedimento radiológico;
- (v) Garantir que seja efectuado o controlo dos equipamentos e a vigilância dos níveis de radiação nos postos de trabalho, com a periodicidade fixada no respectivo processo de licenciamento, ou sempre que se modifiquem as condições habituais de trabalho ou seja detectada alguma irregularidade que afecte a protecção radiológica;

- (vi) Assegurar a existência de um diário de operações, onde será inscrito qualquer tipo de incidente registo na instalação, as datas das revisões dos equipamentos e os valores dos níveis de radiação medidos, bem como o tempo real de utilização de cada aparelho e o pessoal técnico responsável pelo seu funcionamento;
- (vii) Remeter à Direcção-Geral da Saúde, no 1.º trimestre de cada ano, um relatório anual contendo um resumo dos elementos referidos na alínea anterior;
- (viii) Manter disponíveis os documentos relativos ao processo de licenciamento das instalações e equipamentos, tais como os certificados de homologação dos equipamentos ou, em substituição, certificado de verificação, bem como os documentos relativos aos controlos referidos nas alíneas anteriores;
- (ix) Submeter à Direcção-Geral da Saúde um plano de acção para fazer face a exposições causadas por acidente ou devidas a situações de emergência;
- (x) Comunicar à Direcção-Geral da Saúde todas as situações de onde resultem ou possam vir a resultar doses superiores aos limites estabelecidos, nomeadamente em casos de exposições acidentais ou de emergência.

2. O Titular da instalação deve ainda assegurar:

Vigilância e o controlo médico dos trabalhadores profissionalmente expostos;

- (i) A informação dos resultados da dosimetria individual, bem como dos riscos que o trabalho apresenta para a saúde e sobre a importância das prescrições técnicas e médicas, proporcionando concomitantemente as necessárias instruções em relação às medidas normais e de emergência no domínio da protecção e segurança contra radiações ionizantes;
- (ii) Assistência médica em caso de acidente, dando cumprimento aos requisitos estabelecidos na correspondente legislação aplicável em vigor.
- (iii) O Titular da instalação é obrigado a colaborar com a entidade fiscalizadora (artigo 92.º);
- (iv) O acesso aos locais, aos equipamentos e acessórios utilizados;

- (v) A instalação de equipamento ou instrumentação julgados necessários à obtenção de dados para efeitos de fiscalização;
- (vi) A consulta aos documentos técnicos relativos a segurança e protecção radiológica das instalações;
- (vii) O pessoal e os meios técnicos para o cabal desempenho da função fiscalizadora;
- (viii) Todos os esclarecimentos relativos ao funcionamento da instalação radiológica que lhe sejam pedidos.

A legislação específica em matéria de protecção contra as radiações ionizantes é omissa, quanto ao papel dos serviços de SH&ST.

### **3.3.3. Obrigações da Direcção Clínica**

É da responsabilidade do director clínico (artigo 26.º do D.L. n.º 180/2002, de 8 de Agosto):

- (i) Elaborar o manual de práticas da instalação de acordo com o manual de boas práticas em vigor;
- (ii) Velar pelo cumprimento dos preceitos éticos e deontológicos;
- (iii) Velar pela qualidade dos tratamentos e dos cuidados clínicos prestados, tendo em particular atenção os programas de garantia de qualidade;
- (iv) Orientar superiormente o cumprimento das normas estabelecidas quanto à estratégia terapêutica dos doentes e aos controlos clínicos;
- (v) Elaborar os protocolos clínicos e terapêuticos tendo em vista, designadamente, o cumprimento das normas definidas pelo manual de boas práticas e velar pelo seu cumprimento;
- (vi) No caso da utilização clínica de novas técnicas, propor ao titular acções de formação relativas a essas técnicas e aos requisitos pertinentes de protecção contra as radiações.

Os Técnicos de Radiologia neste diploma não têm um artigo específico das responsabilidades, obrigações ou deveres o que não deixa de ser curioso, pelo facto de

serem estes os que realizam os exames radiológicos. Mesmo assim vou tentar referir alguns itens de diferentes artigos deste diploma que dizem respeito à prática dos TR.

- (i) O TR em conjunto com o médico que prescreve o exame é responsável pela realização da exposição e pela justificação dessa exposição; (artigo 11.º)
- (ii) O TR que executa essa exposição é responsável pelos aspectos técnicos da realização referida no n.º anterior; (artigo 11.º)
- (iii) O TR que executa a exposição radiológica deve assegurar-se de que todas as doses devidas a exposições para fins radiológicos, são mantidas a um nível tão baixo quanto razoavelmente possível, tendo em conta as informações de diagnóstico pretendidas; (artigo 13.º)
- (iv) O TR deve prestar particular atenção aos equipamentos, às práticas técnicas e ao equipamento auxiliar (exposições de crianças, de pessoas envolvidas em programas de rastreio e exposições que envolvam doses elevadas para o paciente) (artigo 14.º);
- (v) Todos os TR devem ter a oportunidade de participar activamente no Sistema de Gestão da Protecção, sendo também co-responsáveis por tudo o que diz respeito à SH&ST. Devem, assim, ser consultados no âmbito da SH&ST nos seguintes assuntos: escolha de equipamento de protecção individual, mudanças ou alterações de equipamentos e mudança do *layout*;
- (vi) O TR deve actuar em conformidade com as regras e procedimentos aprovados e colaborar com a entidade responsável na identificação dos perigos e riscos, bem como na elaboração de normas e procedimentos de segurança;
- (vii) Nenhum TR deve, salvo expressa autorização, retirar, modificar ou deslocar um equipamento ou dispositivo de segurança ou de controlo das radiações ionizantes nem opor obstáculo ou recusar-se à aplicação das regras previstas e aprovadas para prevenção e controlo da exposição às radiações;
- (viii) O TR deve comunicar imediatamente ao seu superior hierárquico todo o acidente e anomalias em qualquer sistema de segurança e controlo das radiações ionizantes.

Espero ter dado uma visão geral, embora bastante resumida, da legislação comunitária em matéria de saúde e segurança no trabalho. Mas é relevante lembrar que de nada serve uma legislação “perfeita” que não seja efectivamente aplicada no terreno. Em matéria de saúde e de segurança no trabalho, a sua eficácia da sua aplicação não pode obter-se, independentemente de outras considerações, sem que se promova no interior das empresas uma cultura de prevenção, propiciando-se assim a necessária mudança de mentalidade para que os diferentes intervenientes da actividade empresarial sintam a saúde e a segurança no trabalho como mais uma parte integrante da actividade produtiva.

### **3.4. Regime jurídico da Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho em Portugal**

Na origem da adopção de legislação inovadora em matéria de SH&ST em Portugal encontram-se alguns factores exógenos de peso, nomeadamente, a adesão à CEE, em consequência da qual veio a ser publicado o D.L. n.º 441/91, de 14 de Novembro, actual regime jurídico de enquadramento da SH&ST, transpondo a Directiva 89/391/CEE e aspectos da Convenção n.º 155, de 1981.

Esta directiva-quadro esteve na origem da publicação de várias directivas especiais (ver figura n.º 3 do actual enquadramento legislativo) que incluem os princípios gerais relativos à prevenção dos riscos profissionais e à protecção da segurança e da saúde, à eliminação dos factores de risco e de acidente, à informação, à consulta, à participação e à formação dos trabalhadores e seus representantes.

Figura n.º2 - Actual enquadramento legislativo

Directivas	Assunto	Legislação Nacional	Regulamentação Nacional
89/391/CEE de 12.06	Directiva-Quadro e introdução de medidas para o desenvolvimento e implementação da segurança e saúde no trabalho	D.L. 441/91, de 14.11 D.L. 26/94, de 1.02	
89/654/CEE de 30.10	1ª Directiva Especial - prescrições mínimas de segurança e saúde para os locais de trabalho	D.L. 347/93, de 1.10	Portª 987/93, de 6.10
89/655/CEE de 30.11	2ª Directiva Especial - prescrições mínimas de segurança e saúde na utilização de equipamentos de trabalho	D.L. 82/99, de 16.03	
89/656/CEE de 30.11	3ª Directiva Especial - prescrições mínimas de segurança e saúde na utilização de equipamentos de protecção individual	D.L. 348/93, de 1.10	Portª 988/93, de 6.10
90/269/CEE de 29.05	4ª Directiva Especial - prescrições mínimas de segurança e saúde respeitantes à movimentação manual de cargas	D.L.330/93, de 25.09	
90/270/CEE de 29.05	5ª Directiva Especial - prescrições mínimas de segurança e saúde respeitantes ao trabalho com equipamentos dotados de visor	D.L.349/93, de 1.10	Portª 989/93, de 6.10
90/394/CEE de 28.06	6ª Directiva Especial - protecção dos trabalhadores contra riscos ligados à exposição a agentes cancerígenos durante o trabalho	D.L.301/2000de 20.11	
90/679/CEE de 26.11	7ª Directiva Especial - protecção da segurança e da saúde dos trabalhadores contra os riscos da exposição a agentes biológicos durante o trabalho.	D.L. 84/97, de 16.04	Portª n.º 405/98, de 11.07
92/57/CEE, de 24.06	8ª Directiva Especial - prescrições mínimas de segurança e saúde a aplicar nos estaleiros da construção	D.L. 273/03, de 29.10	Portª 101/96, de 3.04
92/58/CEE, de 24.06	9ª Directiva Especial - prescrições mínimas para a sinalização de segurança e saúde no trabalho	D.L.141/95, de 14.06	Portª 1456-A/95, de 11.12
92/85/CEE, de 19.10	10ª Directiva Especial - protecção de grávidas, puérperas ou lactantes no trabalho	Lei n.º 4/84 de 5.04, alterado por L17/95, L102/97, L18/98, L118/99, L142/99, DL 70/200	DL 230/2000 de 23.09
92/91/CEE, de 03.11	11ª Directiva Especial - prescrições destinadas a melhorar a protecção da segurança e saúde dos trabalhadores nas indústrias extractivas por perfuração	D.L. 324/95, de 29.11	Portª 197/96, de 4.06
92/104/CEE de 3.12	12ª Directiva Especial - prescrições destinadas a melhorar a protecção da segurança e saúde dos trabalhadores nas indústrias extractivas a céu aberto ou subterrâneas	D.L. 324/95, de 29.11	Portª 198/96, de 4.06
93/103/CEE de 23.11	13ª Directiva Especial - prescrições mínimas de segurança e saúde a bordo dos navios de pesca	D.L.116/97, de 12.05	Portª 356/98, de 24.06
98/24/CE, 07.04	14ª Directiva Especial - a protecção da segurança e saúde dos trabalhadores contra riscos ligados à exposição agentes químicos	D.L.290/01, de 16.11	

Fonte: AEP (Associação Empresarial de Portugal, 2004)

Segundo a AEP (Associação Empresarial de Portugal, 2004) os princípios basilares e as obrigações / deveres e direitos que as empresas deveriam querer para os trabalhadores do Decreto-Lei n.º 441/91, de 14 de Novembro, Decreto-Lei n.º 26/94, de 1 de Fevereiro e ainda da Lei n.º 99/2003, de 27 de Agosto, que aprova o novo Código do Trabalho (artigos 272º a 280º).

O Decreto-Lei n.º 441/91, no seu artigo 4.º estabelece, desde logo, como princípio geral que todos os trabalhadores têm direito à prestação de trabalho em condições de segurança, higiene e de protecção da saúde, e determina que a prevenção dos riscos profissionais seja desenvolvida e assegurada através:

- a) 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 as transformações dos componentes materiais do trabalho em função da natureza e graus de risco;
- b) A determinação das substâncias, agentes ou processos que deve ser proibidos ou sujeitos a controlo da autoridade competente, assim como a definição de limites para a exposição dos trabalhadores a agentes químicos, físicos e biológicos;
- c) A promoção e vigilância da saúde dos trabalhadores;
- d) (...)
- e) A educação, formação e informação no sentido de promover a segurança higiene e saúde no trabalho;
- f) Da eficácia de um sistema de fiscalização do cumprimento da legislação relativa a estas matérias.

### **3.4.1. Obrigações Gerais da Entidade Empregadora**

De acordo com este mesmo diploma incumbe à entidade empregadora assegurar aos trabalhadores condições de segurança, higiene e saúde em todos os aspectos relacionados com o trabalho, pelo que deverá:

- a) Proceder, na concepção das instalações, dos locais e processos de trabalho, à identificação dos riscos previsíveis, combatendo-os na origem, anulando-os ou limitando os seus efeitos, garantindo assim um nível tão eficaz quanto possível de protecção;
- b) Integrar no conjunto das actividades da empresa a avaliação dos riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores, adoptando as respectivas medidas preventivas;



- c) Assegurar que as exposições aos agentes químicos, físicos e biológicos nos locais de trabalho, não constituam risco para a saúde dos trabalhadores;
- d) Planificar a prevenção na empresa de forma a ter em conta a componente técnica e de organização do trabalho;
- e) Proteger terceiros, que para além dos trabalhadores possam ser abrangidos pelos riscos e realização dos trabalhos, tanto nas instalações como no exterior da empresa;
- f) Dar prioridade à protecção colectiva em relação às medidas de protecção individual;
- g) Organizar o trabalho procurando eliminar os efeitos nocivos do trabalho cadenciado sobre a saúde dos trabalhadores;
- h) Assegurar, que os trabalhadores, em função dos riscos a que se encontram expostos no local de trabalho, procedam a uma vigilância adequada da sua saúde;
- i) Estabelecer as medidas que devem ser adoptadas em situações de emergência, tais como combate a incêndios, evacuação de trabalhadores etc;
- j) Permitir o acesso a zonas de risco grave, apenas aos trabalhadores com formação adequada;
- k) Instruir os trabalhadores, no sentido de cessar a sua actividade e afastar-se do local de trabalho, nos casos de perigo grave e eminente, que não pode ser evitado.

O'MAHONY refere ainda que também “uma parte importante das medidas de controlo determinadas pelo empregador envolve o desenvolvimento de métodos para a Gestão de um Sistema de SH&ST. Além disso obrigam necessariamente o empregador a fazer a integração da Gestão do Sistema de SH&ST na gestão de outros sistemas «em todos os níveis hierárquicos». Se a organização já estiver a usar a ISO 9000 como seu principal veículo de gestão, a SH&ST deverá integrar-se na gestão da Qualidade” (O'MAHONY, 2000:3).

O mesmo autor refere ainda que as abordagens utilizadas no sistema ISA 2000 e no ISO 9000 são idênticas, uma vez que a gestão da SH&ST tem muitos requisitos largamente semelhantes aos da Gestão da Qualidade.

Assim, o empregador pode decidir qual o tipo de abordagem (de acordo com a legislação) a aplicar à SH&ST. Por exemplo a abordagem do Sistema ISA 2000 descreve práticas de SH&ST baseadas nos requisitos legais comuns a um grande número de países e proporciona uma estrutura para implementar tais práticas. E é mesmo só no final que o Sistema ISA 2000 aborda requisitos legais específicos. Nesta última análise à legislação garantirá a obtenção da conformidade total com a lei. Este sistema abrange a gama completa de iniciativas que uma organização poderia ponderar ao projectar um sistema de SH&ST. Na totalidade são 50 iniciativas e 233 elementos individuais, o que seria impensável e pouco provável que qualquer organização conseguisse implementá-las todas a custos razoáveis. Na prática a maior parte das organizações escolhe cerca de 25% a 75% das iniciativas. O grau a que a empresa aspira, para além do que concerne aos elementos imperativos, será determinado pelas suas próprias particularidades, pelo tipo de actividade, pelos perigos específicos do local de trabalho, pelo número de trabalhadores, pelo acesso ao público, e por muitos outros factores que devem ser ponderados.

### **3.4.2. Deveres Principais dos Trabalhadores**

Aos trabalhadores incumbem, também, de acordo com este mesmo normativo, determinadas obrigações, dos quais:

- a) Cumprir as prescrições de segurança, higiene e saúde no trabalho legalmente estabelecidas ou com esse mesmo fim, determinadas pela entidade empregadora;
- b) Zelar pela sua segurança e saúde bem como pela de outras pessoas que possam ser afectadas pelas suas acções ou omissões no trabalho;
- c) Utilizar correctamente máquinas e aparelhos, substâncias perigosas e outros equipamentos e meios postos à sua disposição, nomeadamente os equipamentos de protecção individual;
- d) Cumprir zelosamente os procedimentos de trabalho estabelecidos;

- e) Cooperar, para que na empresa, se melhore o sistema de segurança, higiene e saúde no trabalho;
- f) Comunicar as avarias e deficiências detectadas e que possam originar um perigo grave, bem como qualquer defeito nos sistemas de protecção;
- g) Adoptar as medidas e instruções estabelecidas para as situações de perigo grave e iminente;
- h) E ainda, eleger representantes para a segurança e higiene, que não poderão exceder um, se a empresa tiver até 61 trabalhadores, dois de 61 a 150 trabalhadores, três de 151 a 300 trabalhadores, quatro de 301 a 500 trabalhadores, cinco de 501 a 1000 trabalhadores, seis de 1001 a 1500 trabalhadores e sete representantes com mais de 1500 trabalhadores.

### **3.4.3. Direitos dos Trabalhadores**

Os direitos dos trabalhadores que a directiva quadro confere, dos quais merecem destaque o direito que assiste aos trabalhadores de, em caso de perigo grave e imediato que não possa ser evitado, pararem imediatamente a sua actividade e se porém em segurança abandonando o seu posto de trabalho.

Dado que o conjunto informação, formação, consulta e participação faz parte da base sobre a qual repousa a prevenção integrada e participativa, a directiva contém ainda disposições bastante detalhadas destinadas a assegurar que os trabalhadores e/ou os seus representantes recebam uma informação completa sobre os riscos para a saúde e segurança e sobre as medidas destinadas à respectiva redução ou eliminação, sejam consultados e participem em conformidade com as legislações e práticas nacionais, nomeadamente sobre «qualquer acção que possa ter efeitos substanciais sobre a saúde e a segurança», o que também inclui o direito de apresentarem propostas e de receberem uma formação que deve ser ministrada por ocasião da sua entrada na empresa, sempre que mudem de função ou esta se altere, aquando da introdução ou modificação dos equipamentos de trabalho e sempre que seja introduzida uma nova tecnologia.

A finalidade destas disposições é evidente para que se obtenha uma prevenção eficaz que envolva todos os níveis da empresa é fulcral que o trabalhador seja um actor eficaz e activo neste processo.

## **4. PROMOÇÃO DE SAÚDE NO TRABALHO**

### **4.1. Introdução**

Como atrás referi, os trabalhadores, nomeadamente os que trabalham em serviços de saúde e neste estudo particular os TR estão expostos a uma multiplicidade de factores de risco que são de natureza física, química, biológica, psicossocial, assim como o próprio conteúdo do trabalho, determinaram a necessidade imperiosa da criação de um Serviço de SH&ST que abrangesse todos os profissionais.

O regime jurídico da SH&ST actualmente em vigor (Decreto-Lei n.º 441/91, de 14 de Novembro de 1991, tem como quadro de referência a Convenção n.º 155 da OIT, ratificada por Portugal em 1985, e a Directiva 89/391/CEE.

GRAÇA refere que para além da legislação, houve também uma inovação ao nível dos conceitos e princípios da SH&ST. Também foi importante o reconhecimento, pelo legislador, do princípio do direito à participação dos trabalhadores e seus representantes em matéria de prevenção de riscos profissionais, protecção da saúde, e promoção do bem-estar físico, mental e social (GRAÇA, 2004:20).

Dando cumprimento ao estabelecido na lei vigente, alguns hospitais criaram este serviço, com os objectivos de: (i) prevenir e reduzir os riscos profissionais a que estão expostos os profissionais de saúde; (ii) proteger e promover a saúde da população trabalhadora; (iii) humanizar as condições de trabalho; (iv) promover a satisfação profissional e contribuir para melhores níveis de desempenho, conforme o preceituado pela OMS.

Neste sentido a SH&ST fundamenta-se, hoje e em primeira instância, na necessidade de assegurar a prestação do trabalho, qualquer que ele seja, em condições de higiene e segurança, minimizando ao máximo o risco e a probabilidade de ocorrência de acidentes, sendo essa, no fundo, a verdadeira razão de ser da sua existência. Já no que concerne a áreas de influência, a SH&ST é completamente transversal a todos os sectores de actividade, visto que se justifica em todos os contextos e situações de trabalho (nos seus vários tipos, formas e modalidades de prestação).

Mas o modelo da SH&ST está orientado para a prevenção dos riscos profissionais, tem dificuldade em lidar com outros problemas de saúde que não apenas os acidentes de

trabalho e as doenças profissionais. É um modelo tecnicocêntrico, baseado no poder do especialista (médico do trabalho, técnico de segurança, higienista, ergonomista, psicólogo) e pressupõe um papel passivo por parte da população trabalhadora e da própria direcção. (GRAÇA, 1999:82).

GRAÇA cita que “segundo FARIA (1994:2) este redutor modelo conceptual, reinante na época, não chegou a ser integralmente adoptado (...) mas prevalece, até aos dias de hoje, a Saúde Ocupacional marcadamente medicocêntrica. (GRAÇA, 1999:8).

A ênfase dada pelo Governo e parceiros sociais aos problemas mais tradicionais da SH&ST são interpretados, em termos de predominância, em Portugal, de uma concepção bastante redutora e simplista da relação trabalho/saúde que privilegia mais o enfoque na doença, no acidente, na incapacidade e nos factores de risco do que propriamente na saúde e bem-estar, no reforço dos factores protectores e potenciadores da saúde, na qualidade de vida no trabalho, na participação e responsabilização dos diferentes *stakeholders*, na empregabilidade e manutenção da capacidade de trabalho ao longo da vida activa, na inovação sócio-organizacional, etc. (GRAÇA, 1999:8).

Actualmente, o modelo da promoção da saúde no trabalho é uma estratégia nova e integrada que envolve todos os trabalhadores, empregadores e sociedade em geral (recursos), visa prevenir a doença no trabalho e contribuir para desenvolver o potencial de saúde e o bem-estar dos trabalhadores nos locais de trabalho, pelo que, além dos domínios tradicionais da segurança e saúde (componentes materiais do trabalho, ambiente em que ocorre e vigilância médica dos trabalhadores), a prevenção deve também englobar a própria organização do trabalho e as relações sociais da empresa, perspectiva que pressupõe, por um lado, o desenvolvimento de metodologias específicas relativas à segurança higiene e medicina do trabalho e, por outro, o desenvolvimento de metodologias complementares como a ergonomia, a psicossociologia do trabalho, a formação sistemática e a informação, entre muitos outros. Neste contexto, o Serviço de SH&ST, apresenta-se como um factor facilitador da implementação de medidas de promoção da saúde no trabalho.

O desenvolvimento da PST assenta em dois pilares fundamentais: o primeiro é a Directiva Quadro sobre Saúde e Segurança no Trabalho, que é a Directiva do Conselho 89/391/CEE que lançou as bases para a reorientação das práticas e da legislação relativas à saúde ocupacional tradicional, o segundo resulta do investimento que os

locais de trabalho vêm a merecer nos últimos anos, enquanto ambientes privilegiados para a promoção e a manutenção da saúde (DECLARAÇÃO DE LUXEMBURGO<sup>16</sup>).

## 4.2. Da Saúde à Promoção da Saúde

### 4.2.1. Conceitos e evolução histórica: saúde e promoção de saúde

Ao longo dos tempos, o conceito de saúde sofreu uma transformação profunda, reflectindo algumas posturas e tendências evolutivas. Passou de um conceito negativo de saúde, como ausência de doença, para um conceito positivo, como um completo bem-estar físico, mental e social.

Segundo DÉJOURS a *“saúde é a capacidade de cada homem, mulher ou criança para criar e lutar pelo seu projecto de vida, pessoal e original, em direcção ao bem-estar”* (citado por NAVARRO, 1995:2).

Este conceito é um conceito alargado e positivo, mas com uma base “socioecológica”, nesta perspectiva, a visão da saúde passa para uma visão mais global, envolvendo o indivíduo, a família e a comunidade.

O conceito apresentado pela OMS, *“a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”*. Este conceito tem sido alvo de algumas críticas pelo absolutismo que encerra como por exemplo, *“o completo bem-estar”* que supõe algo de estático, porque a tendência era definir saúde em termos de equilíbrio e movimento. PROULUS (1987:52) propõe que *“a saúde é o estado de harmonia resultante do equilíbrio das tendências do ser humano”*. Estas tendências são *“a conservação da integridade biológica e conservação da própria vida, o crescimento com a procura de um nível de realização elevado mobilizando toda a energia disponível e a continuação da espécie sob o ponto de vista biológico e cultural”*.

IVAN ILLICH (1976) diz, porém, que ter saúde reside antes de mais na autonomia do ser humano e na sua capacidade de participação para obter um nível de vida com qualidade. CAPRA (citado por CHALIFOUR, 1989:11), afirma que: *“...para ser saudável o*

---

<sup>16</sup> Declaração de Luxemburgo sobre Promoção da Saúde no local de Trabalho na União Europeia refere que a Promoção da Saúde no local de Trabalho consiste no esforço conjunto de empregadores, trabalhadores e sociedade em geral, visando melhorar a saúde e o bem-estar dos trabalhadores nos locais de trabalho. A Promoção da Saúde no local de Trabalho pode ser alcançada através de uma combinação de estratégias visando: melhorar a organização e o ambiente de trabalho; promover a participação activa; incentivar o desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores (DECLARAÇÃO DE LUXEMBURGO).

*organismo deve preservar a sua autonomia individual e simultaneamente ser capaz de se integrar de maneira harmoniosa nos diferentes sistemas (...) esta capacidade de integração está estritamente ligada à flexibilidade do organismo (capacidade de adaptação) e ao conceito de equilíbrio dinâmico*". Este conceito deixa clara a ideia de que a pessoa com saúde está em condições de facilmente interagir e se relacionar com o meio ambiente, tendo capacidade de, por si própria, se actualizar.

Em síntese, parece-me que é difícil encontrar um conceito de saúde universalmente aceite. Na verdade resulta de um equilíbrio e harmonia a encontrar e a manter, os quais são influenciados por crenças, cultura, educação e ambiente das populações em geral e de cada pessoa em particular.

A saúde é baseada na percepção pessoal e, por isso, subjectiva. O seu conceito varia consoante o contexto histórico, cultural, social, pessoal, científico e filosófico. Actualmente, das várias definições existentes, uma das mais comumente aceite é citada por KAWAMOTO (1995:11) e apresentada por PERKINS: "*saúde é um estado de relativo equilíbrio de forma e função do organismo, que resulta do seu ajustamento dinâmico satisfatório às forças que tendem a perturbá-lo*".

Numa análise dos conceitos de saúde, o sociólogo AARON ANTONOVSKY, argumenta que a saúde não pode ser entendida a partir da perspectiva patogénica privilegiada pelo modelo médico tradicional que domina o conceito de doença. Justificando que a predominância do modelo biomédico estruturado pelo paradigma patogénico acentua o anormal disfuncional, sendo a sua orientação patogénica (na maioria das vezes) caminhando para a descoberta daquilo que leva ao aparecimento da doença e focando a gestão dos efeitos de doenças particulares. Esta compreensão é então usada para encontrar os caminhos que permitirão combater e prevenir cada uma dessas doenças. Assim, no âmago do paradigma patogénico encontra-se a assunção de que as doenças são causadas por agentes físicos, bioquímicos, microbiológicos, sociais e psicológicos, tendo várias teorias desenvolvido esta noção básica (OPSS).

Reveladas as suas limitações perante a evidência o autor propõe um modelo, que denominou de salutogénico, ou seja, orientado para a saúde em vez de orientado para a patologia acentuando as origens da *saúde* e do *bem-estar*.

A salutogénese surge de um novo paradigma no campo da saúde (do latim: *salus* = *saúde*; e do grego: *genesis* = *origens*).

O paradigma salutogénico emerge progressivamente como uma outra proposta fundamental na abordagem da *saúde*, fruto do desenvolvimento simultâneo de vários constructos (por vezes até de uma maneira independente) que testeficam claramente para a emergência de um novo conjunto de crenças fundamentais relacionado com a *saúde* que focam a descoberta não da doença, mas dos factores que mantêm o cidadão com saúde, com a melhor saúde (e.g. *locus of control*, *sense of coherence*, *social interest*, *personality hardiness*, *self directness*, *self esteem*, *potency*, *stamina* ou ainda *learned resourcefulness*, o *optimism*, o *sense of humor*, *self efficacy and human agency*, *resiliency*) (OPSS).

Actualmente, esta expressão patogénica encontra ênfase na determinação dos modelos multifactoriais, exprimindo-se usualmente em termos de *factores de risco* (OPSS).

Assim, a salutogénese representa uma nova abordagem na promoção da saúde e na avaliação de necessidades de saúde. Este novo paradigma auxilia a repensar a saúde fora do determinismo biomédico. Na sua essência, a salutogénese tenta encontrar formas de perceber e lidar com o que cria desordem na vida de uma pessoa. De seguida procura aquilo que promoverá a saúde e influencie o indivíduo, a família ou a comunidade (NUNES, 1999).

Foi neste contexto, de mudanças rápidas, que a promoção da saúde apareceu como forma de proporcionar respostas aos enormes e diversos problemas de saúde das populações, mas agora, com novas formas de abordagem, desses mesmos problemas. A promoção da saúde, por sua vez, tem adquirido nas últimas décadas uma importância crucial, para a qual muito contribuíram a OMS, as Comunidades Europeias e o Conselho da Europa através da sua implementação e divulgação.

O conceito de promoção de saúde é referido por vários autores como um conceito pluridisciplinar, visando a mudança de comportamentos conducentes à adopção de um estilo de vida saudável.

CANÁRIO (1997:119) quando se refere à formação e mudança no campo da saúde diz que “*a ênfase colocada na promoção da saúde, alargando o conteúdo deste conceito e articulando-o com contextos sociais e ambientais (em vez de um acento tónico na cura das doenças), corresponde a uma nova visão paradigmática que tem conduzido, nas últimas décadas, a questionar e a reformular a missão atribuída quer às instituições, quer aos actores que protagonizam as políticas de saúde*”.



O conceito actual de promoção da Saúde é definido como um “*processo que visa criar as condições que permitam aos indivíduos e aos grupos controlar a sua saúde e a dos seus grupos onde se inserem e agir sobre os factores que a influenciam*” (CARTA DE OTTAWA, 1986).

GRAÇA refere várias definições de Promoção da saúde, de acordo com a perspectiva dos vários autores (GRAÇA, 2004):

-Segundo a consagrada definição de um grupo de trabalho da OMS (1984) e da CARTA DE OTTAWA<sup>17</sup> (1986), “*é o processo dos indivíduos e das comunidades terem a capacidade de aumentar o controlo sobre os determinantes da saúde e, dessa forma, melhorar a sua saúde (individual e comunitária)*” (WHO, 1984,1986,1998).

-Segundo O’DONNEL (1989) “*é a ciência e a arte de ajudar os indivíduos e os grupos a alterar o seu estilo de vida com vista a alcançar um estado de saúde óptimo, ou seja, um equilíbrio da saúde física, emocional, social, espiritual e intelectual*”.

-GRAÇA (1999) “*A mudança do estilo de vida pode ser facilitada, através da combinação de esforços para (i) aumentar a consciencialização, (ii) alterar comportamentos e (iii) criar ambientes que favoreçam práticas de boa saúde*”.

-“*É a ciência e a arte de ajudar as pessoas a mudar os seus estilos de vida para obter uma saúde óptima*” (WHO, 2004).([http://healthpromotionjournal.com/\(04.05.30\)](http://healthpromotionjournal.com/(04.05.30))).

Em Portugal, o direito à protecção da saúde está consagrado na Constituição da República Portuguesa e assenta num conjunto de valores fundamentais, tais como a dignidade humana, a equidade, a ética, a solidariedade e a igualdade.

Mas, no que diz respeito à saúde a legislação é específica e os direitos estão consagrados, nomeadamente, na *Constituição da República Portuguesa*, na *Lei de Bases da Saúde* (Lei 48/90, de 24 de Agosto) e no *Estatuto Hospitalar* (Decreto-Lei n.º 48357, de 27 de Abril de 1968).

Assim, a *Lei de Bases da Saúde*, contém um conjunto de disposições gerais, tais como, os princípios gerais, a política da saúde, os sistemas de saúde, os direitos e deveres, (...), que quer estas estejam relacionadas com as entidades prestadoras de cuidados,

---

<sup>17</sup> A primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em Ottawa em 21 de Novembro de 1986, aprovou a presente Carta, que contém as orientações para atingir a Saúde para Todos no ano 2000 e seguintes.

quer estejam vocacionadas para a protecção e defesa da saúde das populações, a promoção da saúde é enfatizada.

Fazendo uma breve abordagem retrospectiva, sobre o percurso evolutivo e estratégico, desta forma de pensar e abordar a saúde, verifico que foi num contexto de crise económica (anos 70), com os custos cada vez maiores com a saúde, que a crítica ao paradigma biomédico e hospitalocêntrico, o efeito das políticas de racionalização económica, financeira e organizacional, levou o sector da saúde a rever a fundamentação científica e a legitimação das suas políticas e programas. Em 1974, o conceito da nova saúde pública foi muitas vezes atribuído ao ministro da saúde do Canadá MARC LALOND na sequência do seu relatório *A New Perspective on the Health of Canadians* (GRAÇA 2004:49).

Assim, os conceitos da segunda revolução da saúde foram difundidos, primeiro por MARC LALONDE, depois por JULIUS RICHMOND e pela Organização Mundial da Saúde na DECLARAÇÃO de ALMA-ATA<sup>18</sup>, em 1978. Os conceitos foram divulgados e implementados universalmente no documento *"Metas da Saúde para Todos"*. Porém, esta estratégia só foi introduzida na Região Europeia, com edição original em 1984 e tradução portuguesa do Ministério da Saúde em 1986, concebida nas suas 38 Metas.

São conceitos particularmente importantes para os países desenvolvidos, onde os benefícios da primeira revolução da saúde já eram visíveis.

Assim, a cooperação intersectorial, a participação comunitária, a cooperação internacional e os próprios cuidados de saúde primários, constituem as estratégias regionais europeias da saúde para todos, no ano 2000 (OMS, 1985).

As grandes linhas de orientação das *Metas da Saúde para Todos* são: *igualdade de acesso à saúde; uma ideia positiva de saúde em que cada indivíduo utilize plenamente as suas capacidades físicas, intelectuais e afectivas; a Promoção da Saúde e a prevenção da doença como prioridades e a importância dos Cuidados de Saúde Primários no sistema de Saúde; o trabalho multisectorial e a cooperação*

---

<sup>18</sup> A adopção, há uma década, da Declaração de Alma -Ata, aprovada na Assembleia Mundial de Saúde em 1977, constituiu um marco importante no movimento da "Saúde para Todos". Baseada no reconhecimento de que a saúde é um objectivo social de primeira importância, a declaração instituiu uma nova orientação para a política de saúde, conferindo especial ênfase ao envolvimento das pessoas, à cooperação entre os vários sectores da sociedade, bem como à criação dos cuidados de saúde primários.

internacionais como fundamentais para serem atingidos os objectivos propostos. (OMS 1985).

BRAGANÇA cita KING (1994) referindo que, em 1986, foi elaborado por JAKE EPP o documento Canadano intitulado *Achieving Health For All: A Framework for Health Promotion*. Neste documento, a Promoção da Saúde foi identificada como sendo uma intervenção multifacetada com o objectivo de responder aos desafios que estavam a ser colocados ao país no âmbito da saúde, no sentido de reduzir as iniquidades, aumentar a prevenção e o *coping*, o que constituiu uma nova abordagem aos cuidados de saúde. Foi introduzida a ideia que alcançar uma melhor saúde era não só uma responsabilidade pessoal, como também de toda a sociedade (BRAGANÇA, 2002:6).

Ainda no mesmo ano (1986), na Conferência Internacional da Promoção da Saúde, em Ottawa, foi apresentada esta nova abordagem – a chamada *Carta de Ottawa* – que foi considerada um documento de trabalho para se alcançar *A Saúde Para Todos No Ano 2000*.

A *Carta de Ottawa* apresenta um conjunto de princípios e estratégias de forma a melhorar as condições da saúde das populações, mas com base num novo conceito de Promoção da Saúde. Assim, a Promoção da Saúde aparece (como atrás já foi mencionado) como um processo que visa criar as condições que permitam aos indivíduos e aos grupos controlar a sua saúde e a dos grupos onde se inserem e agir sobre os factores que a influenciam (CARTA DE OTTAWA 1986). Segundo NAVARRO, nesta *Carta de Ottawa* foram identificados cinco níveis, prioritários, de responsabilidades<sup>19</sup>:

*-Governamental – Elaboração de políticas públicas saudáveis;*

---

<sup>19</sup> “Nível governamental – estabelecimento de políticas que privilegiem a equidade na distribuição dos recursos preservem o meio ambiente e facilitem a participação comunitária (...)”. “(...) A Nível dos serviços – a Carta de Ottawa gerou um processo novo de reorganização dos serviços de saúde, nomeadamente os de Cuidados de Saúde Primários, os quais para além de cumprirem as suas funções médicas, deverão funcionar como mediadores, entre os usuários e as administrações, constituindo-se como advogados defensores da satisfação das necessidades identificadas, sentidas e expressas, pelas populações (...). Por isso, “o desenvolvimento individual e comunitário com vista ao autocontrolo da saúde exige que se considere um terceiro nível, tão importante quanto os outros dois e pode implementar-se mesmo na ausência de medidas de política. Trata-se do nível profissional”, isto é, é “sermos capazes de construir o nosso projecto de vida”. Mas para que tal aconteça é necessário que “estejamos apetrechados com um conjunto de competências, tais como: Ler e interpretar a realidade (...) Relacionarmo-nos de forma construtiva com o ambiente, Tomar decisões, em liberdade, fundamentadas com os conhecimentos adequados indispensáveis, com sentido de responsabilidade e com AUTONOMIA de tal forma que os limites que nos impomos sejam apenas o respeito pela LIBERDADE e pela AUTONOMIA dos outros” (Navarro, M.F. 1995:4).

- Comunitário – Reforço de acção comunitária e desenvolvimento de aptidões individuais;
- Ambiental – Criação de ambientes salubres;
- Serviços – reorientação dos serviços de saúde;
- Profissional – reorientação das práticas.

Neste sentido, o mesmo autor afirma que o processo então preconizado pela Promoção da Saúde é, essencialmente, um processo participativo, que tem como função essencial “*criar as condições que permitam aos indivíduos e aos grupos actuarem como sujeitos do seu próprio desenvolvimento*”, isto é, são processos favorecedores do desenvolvimento de cada indivíduo, do grupo e da comunidade, onde cada um deve: “*(...) Informar e ser informado; Ouvir e ser ouvido; Tomar parte nas decisões; Partilhar a realização das actividades; Colaborar na avaliação; Usufruir dos resultados*”. (NAVARRO, 1995:4).

Assim, os princípios e estratégias é que constituem o “corpo” da Promoção da Saúde implicando o compromisso de lidar com os desafios relativos à redução das desigualdades, o alargamento do âmbito da prevenção, e ajudar as pessoas a lidarem com as suas situações específicas. Isto constitui o incentivo da participação das pessoas, o fortalecimento dos serviços de saúde centrados na comunidade e a coordenação da política de saúde pública não esquecendo a criação de ambientes saudáveis nos quais as pessoas sejam mais capazes de tomarem conta de si próprias e de oferecerem apoio umas às outras na resolução dos problemas de saúde colectivos.

Então, promoção da saúde, não é um conjunto de actividades para evitar o aparecimento da doença, tal como era considerado anteriormente, mas sim os processos para desenvolver essas actividades.

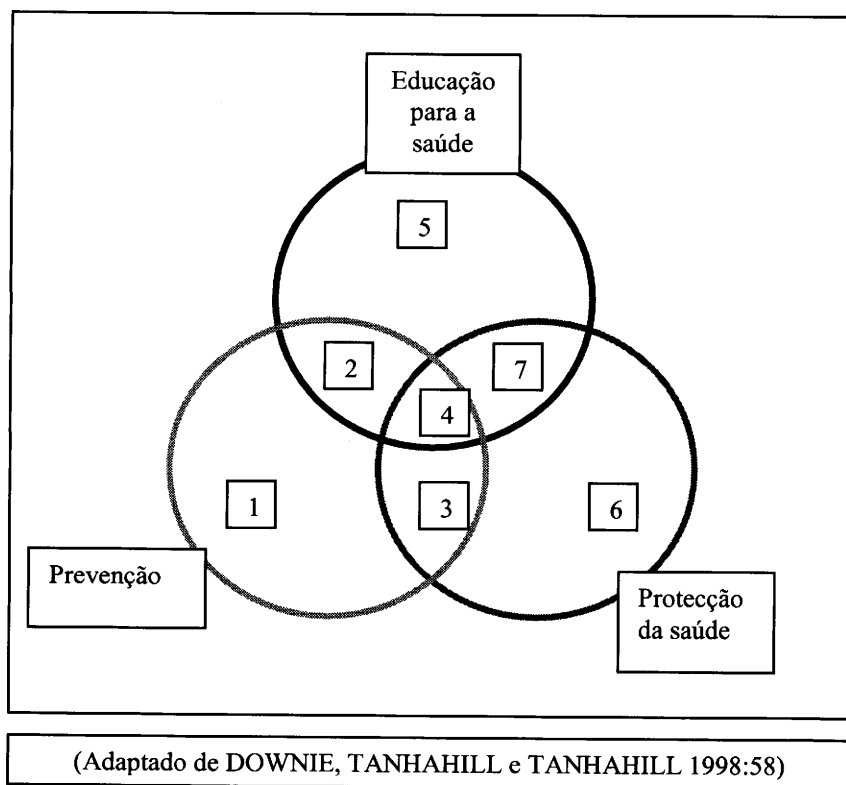
Segundo GRAÇA (1999), nesta Conferência surgiram preocupações inteiramente novas por parte das autoridades e serviços da saúde, tais como os novos riscos para a saúde das populações, a crescente prevalência das doenças crónicas, o controlo de custos resultantes da prestação de cuidados de saúde, o custo/eficácia dos serviços de saúde públicos e privados, a qualidade dos cuidados, a cooperação intersectorial em saúde, a participação comunitária, a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida.

De acordo com a WHO (1986) e GRAÇA (2004) o conceito de promoção da saúde pode ser operacionalizado através de 5 princípios fundamentais, decorrentes da concepção socioecológica e psicossocial da saúde:

- (i) *Envolve a população como um todo no contexto da sua vida no dia-a-dia, em vez de se focar em grupos de risco e em doenças específicas;*
- (ii) *É dirigida para a acção centrada nos factores determinantes, protectores e facilitadores da saúde;*
- (iii) *Combina uma grande diversidade e complementaridade de métodos e de abordagens, incluindo a comunicação, a legislação, a mudança organizacional e o desenvolvimento comunitário;*
- (iv) *Requer uma efectiva e concreta participação de população e das suas representações;*
- (v) *Não é uma actividade primordialmente médica é basicamente uma actividade societal. Nos Estados Unidos a saúde total ou óptima é entendida em termos de wellness, com as suas diferentes dimensões física, mental, espiritual, emocional, psicológica e profissional e social.*

Para DOWNIE, TANHAHILL e TANHAHILL (1998), a promoção da saúde envolve esforços nas áreas da educação para a saúde, da prevenção da doença e da protecção da saúde sendo o princípio fundamental da promoção da saúde definida desta forma, o *empoderamento*.

Figura n.º3 - Modelo de Promoção de Saúde de Tannahill (1985)



De acordo com os autores, neste Modelo de Promoção de Saúde (figura n.º 4) podem distinguir-se sete áreas:

1. Esta área inclui medidas preventivas tais como por exemplo: imunização, rastreio do cancro do colo do útero, rastreio de doenças congénitas, vigilância da saúde e selantes orais.
2. Inclui medidas de educação para a saúde no sentido de influenciar estilos de vida para prevenção da doença.
3. Medidas de prevenção da doença e de prevenção tais como colocar flúor na água de abastecimento, ou obrigação política de providenciar medidas como as descritas no domínio 1.
4. Medidas preventivas de protecção da saúde que pela sua importância e muitas vezes pela pouca efectividade das intervenções a nível da saúde pública, devem ser contempladas através de legislação específica, como por exemplo a utilização de cintos de segurança. *(Até agora a ênfase tem sido atribuída à prevenção. As restantes áreas estão situadas fora da esfera da prevenção e elas referem-se ao aumento do bem-estar ou seja, saúde positiva)*

5. Esta área compreende educação para a saúde que engloba duas categorias: educação para a saúde, com o objectivo de influenciar comportamentos em meios positivos (encorajar a utilização de tempos livres convenientemente no sentido do bem-estar), e ajuda os indivíduos, grupos ou toda a comunidade de forma a desenvolverem atributos saudáveis (orientações de vida saudáveis e alto nível de auto-estima) que é fundamental para a melhoria do bem-estar.

6. Uma dimensão positiva de protecção de saúde. Como exemplo, a implementação de uma política (ex: anti-tabaco) no local de trabalho para proporcionar serviços atractivos e acessíveis de lazer no sentido de promover bem-estar.

7. Esta área compreende a crescente tomada de consciência e um suporte credível para elaborar medidas de protecção da saúde entre o sector público e o sector político. Inclui compromissos políticos de educação para a saúde.

A promoção de saúde é desta forma considerada como um *continuum* do tratamento para a prevenção da doença, incluindo protecção contra riscos específicos, em direcção à promoção de um estado óptimo de saúde. Alcançar um óptimo nível de saúde inclui melhorar as capacidades físicas, tendo em conta o sexo e a idade, melhorar as capacidades mentais, desenvolver faculdades de adaptação às mudanças circunstanciais do trabalho e de vida, e alcançar novos níveis de objectivos no trabalho.

Resumindo e utilizando a expressão da DECLARAÇÃO DE JACARTA<sup>20</sup> “*a saúde é um direito fundamental do ser humano e um factor indispensável para o desenvolvimento económico e social e a promoção da saúde tem vindo a ser considerada, cada vez mais, como um elemento essencial para conseguir ganhos em saúde. É um processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos para controlarem e melhorarem a sua saúde*” (DECLARAÇÃO DE JACARTA).

---

<sup>20</sup> A 4.ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde *Novos Actores para uma nova Era - adaptar a promoção da saúde ao século XXI* teve lugar em Jacarta, de 21 a 25 de Junho de 1997, num momento crucial da elaboração de estratégias internacionais de saúde.

### 4.3. Promoção da Saúde no Trabalho

#### 4.3.1. No Mundo do Trabalho a Promoção da Saúde no Trabalho

O mundo do trabalho desenvolveu-se e alterou-se substancialmente nos últimos cem anos. Os novos ambientes e condições de trabalho deram origem a novas preocupações sobre a saúde das populações trabalhadoras (WHO, 2001).

Nos locais de trabalho surgiram novas exigências e mudanças como resultado dessas reestruturações e da globalização do trabalho.

LUNDBERG (2000) reforça esta ideia e acrescenta que, no ambiente de trabalho moderno, devido à grande competição, às alterações organizacionais e ao aumento da eficiência, os factores de risco de natureza física diminuíram, dando lugar a factores de risco de natureza psicossocial (BRAGANÇA, 2002: 10).

Alteraram-se também as expectativas que a sociedade apresenta em relação à saúde nos locais de trabalho, aumentando a procura de melhores padrões de protecção no trabalho, bem como da qualidade de vida no local de trabalho. A exposição a factores de risco de natureza física, química, biológica e psicossocial no local de trabalho está cada vez mais associada pelo grande público a *outcomes* relacionados com a saúde dos trabalhadores (WHO, 2001).

GRAÇA [citando WILBUR (1983), SLOAN (1987), CONRAD (1988), HOLLANDER (1988), ALEXANDER (1988), HARRIS (1991) e WHITT (1993)] refere que as iniciativas de saúde no local de trabalho devem de ser entendidas no contexto económico, político, ideológico, social e cultural, em que se desenvolvem, (...), a partir de meados da década de 1970 a Promoção da Saúde no Trabalho (PST) insere-se nas estratégias das empresas para reduzir custos directos e indirectos resultantes quer (i) da prestação de cuidados médicos e hospitalares suportados através dos esquemas de seguro/doença, quer (ii) dos disfuncionamentos ligados às atitudes e comportamentos no trabalho (insatisfação profissional, stress, absentismo, *turnover*, etc.), bem como ao clima organizacional, às condições de trabalho, aos problemas da qualidade e da produtividade (GRAÇA, 1999:19).

Constata-se que em diversas circunstâncias as empresas, podem-se tornar mais competitivas se:



*-Protegerem a saúde humana contra os factores de risco de saúde e segurança que possam ocorrer no local de trabalho;*

*-Promoverem a saúde humana, nos locais de trabalho para todas as idades e um envelhecimento saudável, através de uma cultura de trabalho apropriada, de uma organização do trabalho e de suporte para uma coesão social;*

*-Promoverem a saúde mental e estilos de vida saudáveis, prevenirem doenças não transmissíveis utilizando políticas de saúde e instrumentos de gestão nos locais de trabalho;*

*-Manterem as capacidades para o trabalho e em consequência a empregabilidade durante a vida de trabalho;*

*-Reduzirem os custos dos cuidados de saúde gastos com empregados e patrões resultantes de doenças, acidentes e reformas precoces originadas ou agravadas pelo ambiente de trabalho, estilos de vida e determinantes sociais;*

*-Utilizarem os recursos com eficiência, protegerem o ambiente natural e criarem um ambiente sustentável;*

*-Implementarem estratégias de comunicação e de educação para a saúde, e de coesão social (WHO, 2001).*

Esta consciência da importância e do contributo que a PST pode trazer para a sociedade, associada a um contexto marcado pela turbulência da envolvente socioeconómica das empresas, à globalização da economia, à introdução das novas tecnologias de informação e comunicação, a novas formas de organização do trabalho, baseadas na flexibilidade e polivalência, à gestão da qualidade total, tornam ainda mais difícil repensar estratégias da Saúde no Trabalho (GRAÇA, 1999:53).

O mesmo autor refere que os profissionais que trabalham em saúde no Trabalho, face aos processos de reestruturação e reconversão das empresas, às mudanças que estão a operar a nível da organização do trabalho, da composição da força de trabalho, do mercado de trabalho e do sistema técnico, não têm formação específica para, ou mostram dificuldade em lidar com estes novos desafios (GRAÇA, 1999:52).

### 4.3.2. A evolução da Promoção da Saúde no Trabalho

Desde 1950, que a promoção de saúde nos locais de trabalho não era um facto estranho à SH&ST. Este enfatiza distintos aspectos (apontados na 1ª sessão do comité misto da OMS/OIT): *“a promoção e a manutenção do mais elevado grau de bem-estar (físico, mental e social) dos trabalhadores, qualquer que seja a sua profissão ou ocupação; a prevenção da incapacidade temporária ou definitiva, por motivos de saúde relacionados com as condições de trabalho; a protecção da saúde dos trabalhadores e a adaptação do trabalho ao homem e do homem ao trabalho”* (GRAÇA, 1999:50).

Na Europa até aos anos 50 os serviços de saúde ocupacional tinham como função principal a prevenção dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais, tal como estava proposto pela Recomendação n.º 112 da OIT.

A necessidade de baixar a taxa de acidentes de trabalho e de doenças profissionais e de direccionar o fardo económico que daí advém para o contribuinte, forçou os parceiros sociais, empregadores, trabalhadores e governos, a estabelecerem infra-estruturas para a PST dentro dos países Membros. Estas infra-estruturas têm por base legislação específica em muitos países da Europa, tais como Finlândia, Alemanha, França, Holanda e Portugal, entre outros (WHO, 2001).

Assim, a evolução dos serviços de saúde ocupacional na Europa tende a seguir o esquema proposto por MATIKAINEN na Finlândia. Este esquema é composto por três fases:

*“- 1ª fase (1850-1950), são criados serviços de saúde ocupacional que não passam de serviços de medicina curativa, orientados para o trabalhador individual e para o diagnóstico e tratamento da doença, com o papel passivo no local de trabalho, e fundamentando-se na abordagem da clínica geral;*

*- 2ª fase (1960-1980), os serviços de saúde ocupacional, orientados para a prevenção de riscos específicos, não já ao nível do trabalhador mas da população trabalhadora e o meio ambiente físico de trabalho. O seu papel é mais activo, mas continuam a ser medicocêntricos, se bem que mais especializados;*

*-3ª fase (a partir de 1990), as alterações legislativas e as mudanças demográficas, tecnológicas, organizacionais, económicas e sociais obrigam os serviços de saúde ocupacional*

a seguir uma orientação mais compreensiva da saúde dos trabalhadores centrada na promoção de saúde e na manutenção da capacidade de trabalho”.(GRAÇA,2004:21).

O mesmo autor refere que a Nova Saúde Ocupacional passa a ser vista como um recurso estratégico para o desenvolvimento pessoal e organizacional. As suas principais características deverão ter um papel proactivo e estruturador, ser multidisciplinares e estar orientados não só para os riscos específicos, como para as doenças relacionadas com o trabalho, os estilos de vida do indivíduo e o seu ambiente de trabalho, ou seja, são serviços integrados, orientados para a prevenção e a promoção da saúde dos trabalhadores (GRAÇA, 1999:48).

Para o desenvolvimento da PST (conceito, princípios e metodologia) muito contribuíram os projectos desenvolvidos desde 1989 pela *Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho*.

Com o projecto de investigação e disseminação *INNOVATIVE WORKPLACE ACTION FOR HEALTH* (1989-1993) o estudo envolveu 8 Estados-membros, onde constava Portugal. Este estudo procurou identificar e caracterizar as atitudes dos parceiros sociais em relação à PST, o enquadramento legislativo, as iniciativas de saúde levadas a cabo nos locais de trabalho e a metodologia de acção, bem como exemplos de boas práticas (GRAÇA, 1999:35).

O mesmo autor refere que WYNNE (1998) cita a constatação da existência de uma lacuna, a do desenvolvimento profissional, que daria depois origem a outro projecto (*Workplace health promotion – A training specification* (1993-1997), que se traduziu na criação de uma vasta rede de correspondentes europeus envolvidos na educação e formação no domínio da PST e na publicação de um manual de formação (GRAÇA, 1999:36).

Após os anos 90, alguns países europeus tornaram-se bastante activos no domínio da PST, a referida rede já abrangia 15 Estados-membros.

Em Novembro de 1997, foi adoptada a DECLARAÇÃO DE LUXEMBURGO que estabeleceu uma definição consensual da Promoção da Saúde no Trabalho (PST) susceptível de operacionalização sob forma de quatro princípios fundamentais: (i) participação; (ii) integração; (iii) gestão por projectos; e (iv) abordagem holística (GRAÇA, 1999:36). E

passa a ser descrita sobretudo como um processo organizacional inovador, integrado e participativo (GRAÇA, 1999:56).

Na 49ª Assembleia da Mundial de Saúde (1996), foi aprovada a Estratégia Global: *Saúde no Trabalho para Todos*. A prevenção de acidentes e de doenças no trabalho, a protecção da saúde dos trabalhadores e a melhoria da qualidade de vida no local de trabalho, são os objectivos prioritários da OIT.

As Convenções particularmente a n.º 155 e a n.º 164, bem como as Recomendações e Resoluções no campo da Saúde e Segurança no Trabalho, representam acordos importantes entre as nações, sobre estratégias para melhorar a saúde e segurança, contribuindo para uma economia sustentável e para o desenvolvimento dos países (WHO, 2001).

Para a WHO (2001) o centro de interesse da PST inclui três principais objectivos:

- 1. a manutenção e a promoção da saúde dos trabalhadores e das suas capacidades de trabalho;*
- 2. a melhoria do ambiente laboral e do trabalho por forma a irem ao encontro da saúde e segurança;*
- 3. o desenvolvimento da organização e de cultura de trabalho no sentido de manter a saúde e segurança no trabalho e, ao fazê-lo promover um clima social positivo e um funcionamento organizacional tranquilo que possa aumentar a produtividade da empresa.*

De acordo com a WHO, estes objectivos podem ser atingidos através da combinação de:

- melhorar a organização do trabalho e o ambiente de trabalho;
- promover a participação activa dos trabalhadores nas actividades de saúde;
- encorajar o desenvolvimento pessoal (WHO, 2001).

A PST de acordo com o documento constitutivo da Rede Europeia tende hoje a ser vista simultaneamente como: (i) uma estratégia de *prevenção dos comportamentos de risco do trabalhador enquanto indivíduo*; (ii) uma parte integrante do *moderno conceito de SH&ST*; (iii) uma estratégia para *influenciar os factores que determinam a saúde no local de trabalho*; (iv) uma estratégia para *reduzir o absentismo*; e, por fim, uma

componente fundamental do *desenvolvimento pessoal e organizacional*, incluindo a valorização estratégica dos recursos humanos (GRAÇA, 1999:36).

No documento da OMS *Health for All in the 21st Century – Health 21*, adoptado na quinquagésima primeira Assembleia da OMS, que decorreu em 1998, a promoção da saúde é considerada um aspecto primordial da *Health 21*, isto é, da nova abordagem política da saúde para todos os países da OMS da região Europeia (WHO, 1999).

Neste sentido é proposto que sejam tomadas medidas conscientes para promover um ambiente de trabalho saudável através de melhor legislação, de padrões e de reforço de mecanismos. As empresas deviam adoptar o conceito de “empresa saudável” que deve incluir três componentes: promoção da saúde para o seu pessoal; tornar a produção o mais saudável possível; e finalmente, ser socialmente responsável por apoiar os programas de saúde a nível local ou nacional (WHO, 1998).

Relativamente aos locais de trabalho, as propostas apresentadas pela OMS não se referem somente à redução da exposição aos riscos laborais, mas sim a aumentar a participação dos trabalhadores e empregadores na promoção de um ambiente de trabalho saudável. Deve ser implementada uma cultura de empresa que favoreça o trabalho em equipa e o debate aberto, percebendo que melhor saúde para os seus trabalhadores e um melhor relacionamento no trabalho, contribuirá para uma moral mais elevada do seu pessoal e maior produtividade (WHO, 1998).

Em Junho de 1999 decorreu em Londres a Terceira Conferência Ministerial sobre o Ambiente e a Saúde que foi organizada pelo Regional Office for Europe OMS, onde foi introduzido e defendido o conceito holístico de gestão da saúde, ambiente e segurança nas empresas (WHO, 2001).

A DECLARAÇÃO DE LONDRES veio reconhecer a importância de instituir medidas nos locais de trabalho, que vão ao encontro das necessidades e objectivos da saúde pública, bem como o direito dos trabalhadores de estarem envolvidos no processo de tomada de decisão sobre essas medidas.

A mesma fonte acrescenta que a DECLARAÇÃO DE LONDRES realçou a importância das boas práticas de gestão da saúde do ambiente e segurança nas empresas, em colaboração com todos os *stakeholders* de cada país tais como autoridades locais, departamentos oficiais, empresas, sindicatos, organizações não governamentais, instituições de seguros

sociais ou privadas, instituições de investigação ou ligadas ao ensino, auditores e prestadores de serviços de prevenção.

Foi também proposto nesta Conferência que a OMS e a OIT trabalhassem em conjunto no sentido de colaborarem com todos os países no desenvolvimento de processos que envolvessem todos os *stakeholders* para a implementação de práticas ambientais que também promovessem a saúde pública. Esta Declaração revela a cada vez maior consciência que existe sobre o grande potencial da Saúde no Trabalho (WHO, 2001).

### **4.3.3. A importância e as estratégias da Promoção da Saúde no Trabalho para os profissionais de saúde**

A saúde é um direito fundamental do ser humano e um factor indispensável para o desenvolvimento económico e social e a PS tem vindo a ser considerada, cada vez mais, como um elemento essencial para conseguir ganhos em saúde, sendo um processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos para controlarem e melhorarem a sua saúde, como já foi referido. Logo, quando se investe e se intervém na promoção da saúde, está-se a agir sobre as determinantes da saúde e a contribuir para os ganhos em saúde, a redução das desigualdades em saúde, a promoção dos direitos fundamentais do ser humano e o desenvolvimento social. Com o objectivo final de aumentar as expectativas de vida saudável e reduzir as desigualdades (DECLARAÇÃO DE JACARTA, 1997:3).

As estratégias da PS podem desenvolver e mudar os estilos de vida, assim como as condições sociais, económicas e o ambiente que determinam a saúde. Deste modo, a sua importância revela-se pelo facto de ser uma forma concreta de obter mais equidade em matéria de saúde, para se atingir este objectivo são essenciais as cinco estratégias da CARTA DE OTTAWA. Também acerca deste objectivo, a DECLARAÇÃO DE JACARTA refere que as abordagens globais de desenvolvimento da saúde são mais efectivas as que combinam as cinco estratégias da CARTA DE OTTAWA.

Para haver eficácia, é necessário que as pessoas estejam no centro da intervenção e dos processos de decisão, ou seja, a participação é indispensável para sustentar esforços. Por sua vez, o acesso à educação e à informação é essencial para se conseguir uma participação efectiva e o reforço das capacidades das pessoas. Estas estratégias são os

elementos fundamentais da promoção da saúde e são relevantes para todos os países (DECLARAÇÃO DE JACARTA, 1997:5).

Pode-se dizer que a PST implica uma combinação de estratégias: acções do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da acção comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersectoriais.

Nesta perspectiva, a PST trabalha com a ideia de responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos.

O tema da PS tem se tornado cada vez mais presente na prática dos profissionais de saúde (mais para a enfermagem) através da organização de novos modelos de prestação de serviços no campo da saúde pública (exemplo, o Programa de Saúde da Família). Também os municípios entendendo que as políticas públicas devem estar direccionadas para capacitar as comunidades para actuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, tem vindo a favorecer um movimento de alcance internacional conhecido como “Cidades/Municípios Saudáveis”.

Nas perspectivas apontadas acima, tanto no local de trabalho como na comunidade, a saúde é sempre promovida quando são fornecidas melhores condições de trabalho, habitação, educação, actividade física, repouso e lazer, alimentação e nutrição.

A PST é basicamente uma actividade do campo da saúde pública, onde os profissionais de saúde, inseridos no seu local de trabalho em instituições de saúde (hospitais e centros de saúde), a partir de um posicionamento ético, devem fomentar e viabilizar acções de promoção da saúde. Esses profissionais (incluindo os TR) devem assumir, de forma crítica e consciente, um posicionamento político, e advogar pela saúde e pelo direito ao trabalho. Devem impulsionar a adopção de medidas preventivas específicas, reivindicando conjuntamente com outros profissionais ou sectores, a elaboração de políticas públicas saudáveis. Estes profissionais devem recorrer a subsídios em saberes transdisciplinares para abordar a dimensão saúde.

Tal como está previsto nas prioridades para a PS na DECLARAÇÃO DE JACARTA, (1997:5), deve-se “*aumentar a capacitação da comunidade e do indivíduo*”, promover a capacidade das comunidades para a PS requer educação, formação para a liderança e acesso aos recursos. A capacitação dos indivíduos exige o acesso mais real e consciente

ao processo de decisão, assim como exige a aquisição de competências e de conhecimentos essenciais, para uma efectiva mudança.

Uma outra prioridade é assegurar e “*garantir uma infra-estrutura para a promoção da saúde*” de modo a encontrar novos mecanismos para o seu financiamento, seja ao nível local, nacional e global. Devem, no entanto, ser desenvolvidos incentivos para influenciar as acções dos governos, das organizações não governamentais, dos estabelecimentos de ensino e sector privado, para garantir, desta forma, a mobilização de recursos que maximizem a PS (DECLARAÇÃO DE JACARTA, 1997:7).

Assim, para se acelerar o desenvolvimento da PS e pôr em prática as actividades prioritárias de acção devem ser encorajadas quer a formação, quer a aquisição de competências de liderança, indispensáveis ao apoio das intervenções de promoção da saúde.

Desta forma constata-se que as políticas tradicionais da saúde no trabalho estão a ser postas de parte e, actualmente, considera-se gestão da saúde nos locais de trabalho, um processo que envolve todos os *stakolders* dentro e fora da empresa. A sua finalidade é empoderá-los de forma a serem eles a terem o controle sobre a sua saúde e a saúde das suas famílias, tendo em conta as determinantes ambientais, sociais e ocupacionais, os estilos de vida e a qualidade dos serviços de saúde. Baseia-se em princípios de Promoção da Saúde e constitui um grande desafio para os profissionais de saúde, higiene e segurança prestar serviços de aconselhamento, informação e de educação aos parceiros sociais, no local de trabalho (WHO, 2001).

#### **4.3.4. As políticas, programas e actividades de saúde no trabalho**

Tomando como orientação a referência de GRAÇA (2004:3), a nível nacional e comunitário aumenta a frequência das actividades de saúde e segurança no trabalho através de iniciativas inovadoras com o objectivo não só de prevenir a doença como de promover a saúde dos trabalhadores e, ao mesmo tempo, melhorar o desempenho económico e social das empresas. Obviamente que estas iniciativas não são mais que a soma das actividades realizadas pelos serviços de SH&ST. Na perspectiva de GRAÇA estas iniciativas estão abrangidas pelo conceito de PST, na acepção que lhe foi dada pela OMS e DECLARAÇÃO DE LUXEMBURGO. Assim, Graça designou que “*todo o tipo*



*de iniciativas planeadas e implementadas no local de trabalho que visem directa ou indirectamente melhorar a saúde, o bem-estar e a segurança dos trabalhadores e que são orientadas para o indivíduo, o ambiente físico e psicossocial em que este vive e trabalha, entende-se que são as políticas, programas e actividades de saúde no trabalho” (GRAÇA, 2004:3).*

Sem pretender apresentar o desenvolvimento e a evolução ao longo do tempo das políticas, programas e actividades de saúde no trabalho, passo só a referir em traços gerais os períodos mais marcantes.

Por volta dos anos 70, nos Estados Unidos foram introduzidas nas empresas *wellness programs* (programas de promoção de saúde). Estes já tinham uma forte componente de informação/educação para a saúde, combinada com exames periódicos de vigilância da saúde e ainda com intervenções a nível do indivíduo e, em menor grau, do seu ambiente de trabalho. No essencial, este novo tipo de programas tinham como objectivo facilitar a mudança de comportamentos ou estilos de vida do indivíduo enquanto trabalhador, com vista a prevenir a doença e promover a saúde (GRAÇA, 1999:9).

A partir dos finais da década de 80, diferentes autores já defendiam que a PST deveria ser dirigida simultaneamente para (i) as fontes de risco exteriores ao indivíduo (a organização e as condições de trabalho) e para (ii) a modificação do comportamento individual em relação a um conjunto bem delimitado e conhecido de factores de risco, não relacionados com o trabalho (GRAÇA, 1999:10). E os programas de PST estavam orientados mais para a manutenção da saúde em geral do que propriamente para a protecção da saúde no trabalho.

O mesmo autor refere que só a partir desta época é que se começa a falar da PST no Canadá e na Europa, mas (em 1985) a aderência aos programas nas empresas do sector privado com mais de cinquenta trabalhadores era na proporção, de em cada três empresas, duas tinham em curso um ou mais programas de PST. Os programas mais comuns eram centrados em actividades ligadas com: o tabaco, a avaliação e a vigilância da saúde, a prevenção e o tratamento dos problemas musculoesqueléticos, o stress e a actividade física. Com uma prevalência entre 15% a 20% a prevenção dos acidentes extralaborais, a alimentação, o controlo e tratamento da hipertensão e o controlo de peso.

Em 1992, verifica-se um maior desenvolvimento destes programas já mencionados e o aparecimento de outros como a sida, álcool, droga, colesterol, saúde mental, cancro, doenças sexualmente transmissíveis, educação pré-natal, auto-cuidados. Mas muitos destes programas se resumiam a actividades de informação/educação.

Em termos lógicos e cronológicos, também se poderia falar numa evolução de paradigmas de programas de PST. Assim GRAÇA refere que na perspectiva de vários autores (O'DONNELL, AINSTWORTH, WOLF KINRSTEN e outros autores) existem várias gerações de programas no local de trabalho. Na primeira geração, cabem os programas no local de trabalho ditados por razões que não têm a ver imediata ou directamente com saúde (ex: *smoking policies, consumo de álcool ou actividades de tipo recreativo e desportivo*). Na segunda geração de programas incluíram os *Employee Assistance Programs* e as actividades de SH&ST, incluindo exames médicos orientados para a prevenção de um risco específico, relacionado com o trabalho ou não (ex: silicose, hipercolesterolemia, excesso de peso, etc). Uma terceira geração de programas, apesar de haver uma tentativa de abordagem integrada e multidisciplinar da saúde dos trabalhadores, uma orientação para o desenvolvimento organizacional e uma preocupação em obter benefícios para todos, ainda era criticada por ser muito orientada para o comportamento do trabalhador individual e deixando as suas condições de vida e de trabalho. Os autores acima citados reservam o conceito de programas de quarta geração para as melhores práticas em matéria de saúde no trabalho, práticas essas ainda hoje muito raras (GRAÇA, 2004:22).

Dentro das iniciativas de saúde nos locais de trabalho podem-se incluir as que já estavam mais ou menos implementadas e eram obrigatórias por lei, mesmo antes da entrada em vigor do D.L. n.º 441/91, de 14 de Novembro, como por exemplo exames médicos de admissão, vigilância das condições ambientais, equipas de primeiros socorros. Podem ainda ser consideradas iniciativas de saúde (i) os exames de vigilância médica periódica, efectuados no âmbito da medicina do trabalho; (ii) as mudanças do clima organizacional e na organização do trabalho; (iii) programas de gestão de stresse; (iv) criação de infra-estruturas, equipamentos ou programas de apoio social (salas de repouso, de convívio ou lazer, refeitórios, transportes, serviços de enfermagem e clínica geral, instalações para a prática da actividade física).

Assim, GRAÇA distinguiu cinco grupos principais de políticas, programas e actividades:

Grupo 1 - Higiene e segurança no trabalho / Melhoria do ambiente físico do trabalho;

Grupo 2 - Avaliação de saúde / Vigilância médica;

Grupo 3 - Prevenção de comportamentos de risco/Promoção de estilos de vida saudáveis;

Grupo 4 - Intervenções a nível organizacional / Melhoria do ambiente psicossocial de trabalho;

Grupo 5 - Actividades e programas sociais e de bem-estar.

Destes cinco grupos, o 1 e 2 são actividades associadas tradicionalmente à SH&ST e são talvez actividades mais frequentes nas organizações devido às obrigações legais impostas ao empregador, corresponde na realidade à medicina do trabalho de natureza preventiva, aos cuidados clínicos, à protecção de alguns riscos profissionais e a melhoria do ambiente físico do trabalho. Nos restantes grupos, (3, 4 e 5) as actividades eram mais direccionadas para a PST. São preocupações com os comportamentos de risco ou estilos de vida dos trabalhadores, da parte da saúde pública e dos empregadores (GRAÇA, 2004:5).

São inúmeras as actividades realizadas nestes cinco grupos, umas mais tradicionais outras mais recentes, mas todas elas com implicações directas ou indirectas para a melhoria da saúde, segurança e bem-estar dos profissionais. Todas as actividades têm o objectivo mais ou menos explícito de prevenir as doenças e os acidentes, proteger a saúde dos trabalhadores, promover o seu bem-estar físico, mental e social, e, em última análise, melhorar o ambiente do trabalho.

Tal como referi anteriormente nas Obrigações Gerais da Entidade Empregadora no Regime jurídico da SH&ST cada organização pode adoptar e implementar o número e a natureza das actividades. O grau a que a empresa aspira para além do que concerne aos elementos imperativos será determinado pelas suas próprias particularidades, pelo tipo de actividade, pelos perigos específicos do local de trabalho, pelo número de trabalhadores, pelo acesso ao público, e por muitos outros factores que devem ser ponderados.

Estas políticas, programas e actividades visam exclusivamente a saúde dos trabalhadores ou são ditadas por outras razões extrínsecas. Ou seja, admite-se que algumas destas iniciativas possam ser ditadas exclusivamente por preocupações com a saúde, a segurança e o bem-estar, outras poderão também ter em consideração, para além da saúde, preocupações com o aumento da produtividade, da qualidade e da

competitividade; finalmente, poderá haver um terceiro grupo de iniciativas que nada tenham a ver com a saúde, só em pequena parte.

Vários estudos citados por GRAÇA (2004) com referência à opinião de HAUSS (1992) no princípio da década de 1990, as razões que as empresas multinacionais, europeias e americanas apresentavam como justificação do desenvolvimento de políticas de saúde no trabalho teriam mais a ver com a filosofia de gestão ou a cultura da empresa. Exemplos de tais princípios, filosofias ou políticas podem ser encontrados também em estudos de caso portugueses mais recentes. É legítimo esperar-se que a protecção e promoção da saúde dos trabalhadores resultem (i) benefícios para todos, incluindo os principais interessados, os trabalhadores e os empregadores, e que esses benefícios tenham (ii) relevância em termos sociais, económicos e financeiros. A redução do absentismo por doença e acidente é um desses benefícios esperados pelas empresas portuguesas e por outros *stakeholders* como a Segurança Social e as seguradoras (GRAÇA, 2004:114).

A título de exemplo, passo a descrever algumas das iniciativas que as organizações podem implementar ou estão já a desenvolver, para melhor contextualizar os exemplos vão estar distribuídos pelos cinco grupos:

Grupo 1 - Segurança e Higiene no Trabalho / Melhoria do ambiente físico do trabalho: Vestuário/equipamento de protecção individual; Controlo de substâncias tóxicas, irritantes ou perigosas; Protecção colectiva dos equipamentos; Automatização de operações perigosas; Prevenção e redução do ruído; Auditorias ambientais periódicas (*ex: água, ar, resíduos sólidos*); Prevenção e redução dos acidentes de trabalho; Sistema de sinalização de SH&ST; Melhoria da iluminação; Melhoria do conforto térmico/climatização; Melhoria dos espaços de trabalho individuais; Melhoria da ordem e limpeza; Avaliação periódica das condições físicas de trabalho; Formação/treino em SH&ST.

Grupo 2 - Avaliação da saúde / Vigilância médica / Prestação de cuidados de saúde: Exames de vigilância médica periódica; Exames iniciais e ocasionais (*ex: selecção, alta, mudança de categoria*); Tratamento e reabilitação de doenças relacionadas com o trabalho; Consultas regulares de clínica geral; Consultas regulares de outras especialidades médicas; Apoio do pessoal de enfermagem; Apoio de outros

profissionais de saúde (*ex: fisioterapia, psiquiatria, dietista*); Vacinação (*ex: gripe, hepatite, tétano*).

Grupo 3 - Prevenção de comportamentos de risco / Promoção de estilos de vida saudáveis: Consumo de álcool; Consumo de tabaco; Consumo de droga; Actividade física; Informação/educação (*ex: posters, placard*); Formação/ensino de grupos; Nutrição; Acidentes de trajecto; Controlo da tensão arterial; Controlo de peso.

Grupo 4 - Intervenções a nível organizacional / Melhoria do ambiente psicossocial de trabalho: Reestruturação do trabalho (*trabalho em equipas*); Flexibilização do tempo de trabalho (*pausas, horários*); Reestruturação dos turnos/trabalho nocturno; Política de absentismo orientada p/a a prevenção; Sistemas participativos como a gestão da qualidade total (TQM); Formação/Treino em comportamento organizacional; Formação/Treino em gestão de recursos humanos; Ergonomia do posto de trabalho.

Grupo 5 - Actividades e programas sociais e de bem-estar: Infra-estrutura para a prática de actividade física no local de trabalho; Instalações para os técnicos (sala repouso/convívio/refeitório); Programas de assistência não clínica/grupos de auto-ajuda (*ex: Alcoólicos Anónimos*); Transportes fornecidos pelo hospital; Formação/treino em gestão do stress; Apoio a actividades recreativas e culturais/festas; Protecção social complementar (*ex: seguro de saúde*); Outras formas de acção social complementar (*ex: creche*); Aconselhamento psicológico/assistência sociofamiliar; Boletim/outras formas de comunicação.

Estes exemplos de actividades e a divisão dos cinco grupos adoptei do questionário da tese de doutoramento “Política(s) de Saúde no Trabalho: um inquérito sociológico às empresas portuguesas” de LUÍS GRAÇA, que identificam muito bem e facilitam a rápida distinção das actividades dentro dos diferentes grupos.

#### **4.3.5. O papel dos trabalhadores na Promoção da Saúde no Trabalho**

GRAÇA refere que, a elegibilidade e grau de participação eram geral bastante elevados, dependendo do tipo e do local onde era administrado. Segundo SLOAN (1998), STANGE (1991), STOFFELMAYR (1992), HEIRICH (1993) e WITTE (1993), a participação dependia de múltiplos factores, como a visibilidade do apoio da gestão, tipo de incentivos, pelas garantias de confidencialidade, pelo tipo de metodologia usada no planeamento,

implementação e avaliação e pelas características sociodemográficas e organizacionais das empresas (GRAÇA, 1999:14).

O mesmo autor refere que em geral os promotores de saúde tendem subestimar a importância dos factores psicossociais e organizacionais associados à participação e os programas de PST nos EUA eram (e são) mais centrados no indivíduo do que na organização. A PST para ser eficaz tem de ser simultaneamente uma *health action* e uma *organizational action*, ou seja, agir sobre o indivíduo e o seu ambiente de trabalho, criando um *supportive environment* e, ao mesmo tempo, fornecendo informação e prestando apoio a cada trabalhador para proteger, manter e melhorar a sua saúde e o seu bem-estar no trabalho (GRAÇA, 1999:14).

O papel dos trabalhadores não deve ser visto como papel profissional mas apenas como papel funcional a desempenhar no processo de PST. GRAÇA apresenta num quadro os vários papéis funcionais e os respectivos perfis e requisitos.

**Tabela n.º 9 - Papéis funcionais a desempenhar no processo de PST “Os principais ‘stakeholders’ da nova saúde ocupacional”**

O que está em jogo Stakeholder	Potenciais ganhos / benefícios	Potenciais perdas / custos
<i>Trabalhador</i>	Possível melhoria da saúde e bem-estar Maior envolvimento (benefício ou custo?)	Quebra da confidencialidade Receio de maior controlo social
<i>Empregador</i>	Redução da taxa de absentismo devida a baixa por doença Redução dos encargos com a protecção social complementar (por ex., seguros, complementos de subsídio de doença Aumento do controlo social Benefícios imateriais	Custos dos programas e actividades de PST Retorno do investimento Desconfiança por parte dos sindicatos e/ou representantes dos trabalhadores Resistência por parte do colectivo de trabalhadores
<i>Promotor de saúde</i>	Realização profissional Maior influência no local de trabalho Melhoria da saúde da população trabalhadora	Risco de conflito com os serviços de SH&ST (internos ou externos) Risco de conflito c/ outros actores internos (no caso de ser um consultor externo, por ex.)
<i>Técnico de higiene e segurança Outros profissionais de SH&amp;ST</i>	Maior influência no local de trabalho (no caso de envolvimento na PST) Aumento do leque de competências no domínio da saúde Enriquecimento de funções	Papel estatutário no domínio da SH&ST (prevenção dos riscos profissionais) Sobrecarga de trabalho Possível perda de influência Competição/Territorialidade
<i>Médico do Trabalho Equipa de Saúde</i>	Alargamento e enriquecimento de funções Maior leque de conhecimentos e competências	Papel estatutário no domínio da SH&ST Sobrecarga de trabalho Conflito de papéis Competição/Territorialidade Formação adicional em PST Reorientação dos serviços de SH&ST
<i>Gestão</i>	Redução dos custos do absentismo por incapacidade Melhoria da imagem da empresa Melhoria da produtividade, qualidade, competitividade	Custos directos, indirectos e ocultos da PST (por ex., tempo despendido) Perspectiva de longo prazo Empenho dos trabalhadores Efeitos perversos da PST
<i>Inspecção Geral do Trabalho/Autoridade de Saúde</i>	Possível melhoria das condições de SH&ST (?)	Obrigações legais em relação à SH&ST Papel confinado à inspecção A PST está fora da sua área de competência
<i>SNS/Administração Regional de Saúde Direcção-Geral de Saúde / Ministério da Saúde</i>	O local de trabalho como área privilegiada para a promoção da saúde em geral Realização dos objectivos da estratégia nacional de saúde Expansão das áreas de actividade Aumento da sua influência societal	Competição/Territorialidade Desconhecimento da empresa e das questões de SH&ST Conflito c/ a função de tutela da medicina do trabalho Recursos adicionais (humanos, financeiros, científicos, logísticos)

Fonte: Graça (1999:59)

Sintetizando, nesta perspectiva integrada, o papel dos trabalhadores só pode ser *proactivo* segundo opinião de SLOAN, 1987; GREEN, 1988; RIBISL, 1993; GRUNDEMANN, 1997; WARSHAW, 1998; WYNNE, 1998; GRAÇA, 1993 e 1999 (GRAÇA, 1999:14).

## **PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA**

Quando se pretende abordar um problema, utilizando o método científico, diz-se que se está a realizar um estudo ou uma investigação. Seja qual for a designação, é sempre um trabalho desenvolvido por várias etapas, todas elas interligadas e extremamente importantes.

Esta parte do estudo representa uma importante e decisiva fase, pois constitui o elo de ligação entre a teoria e a prática. Por vezes verifica-se uma separação entre a parte teórica e a prática, o que está incorrecto pois as duas estão interligadas, são sequenciais e não estanques.

A parte prática ou empírica tem como principais etapas “a colheita dos dados no terreno, seguida da organização e do tratamento dos dados. Para fazer isto, utilizam-se técnicas estatísticas descritivas e inferenciais (...). Em seguida passa-se à interpretação, depois à comunicação dos resultados” (FORTIN, 1999:41).

Optei por dividir a Parte II em três pontos, correspondendo estes à metodologia onde são dados a conhecer os passos utilizados nesta investigação, caracterização das CT dos TR e discussão dos resultados.



## **1. METODOLOGIA**

Para que um conhecimento possa ser considerado científico “torna-se necessário identificar as operações mentais e técnicas que possibilitam a sua verificação ou, em outras palavras, determinar o método que possibilitou chegar a esse conhecimento” (GIL, 1991:27).

De acordo com ALMEIDA e PINTO (1995) “os diversos métodos organizam criticamente as práticas de investigação. A função do método, numa formação científica dada, consiste fundamentalmente em operar a selecção das técnicas de pesquisa a aplicar por referência ao objecto e à teoria que o constrói, em determinar-lhes os limites e as condições úteis de exercício, em relacionar e integrar os resultados obtidos” (ALMEIDA e PINTO, 1995:24-25).

Para LAKATOS & MARCONI (1992) “a especificação da metodologia de pesquisa é a que abrange maior número de itens, pois responde, a um só tempo, às questões como? com quê? onde? quando?” (LAKATOS & MARCONI, 1992:105).

POLIT & HUNGLER salientam que os “métodos oferecem por vezes uma discussão não somente daquilo que foi feito, mas também do porquê de ser feito de determinada maneira. O pesquisador pode defender assim as decisões que tomou, os motivos que o levou a escolher aquele caminho” (POLIT & HUNGLER, 1995:45).

Ainda para reforçar a ideia, citando LAKATOS, “não há ciência sem o emprego de métodos científicos”. Como refere o mesmo autor existem vários conceitos de método, dados por variadíssimos autores, donde ele resumiu: “a finalidade da actividade científica é a obtenção da verdade, por intermédio da comprovação de hipóteses, que, por sua vez, são pontes entre a observação da realidade e a teoria científica, que explica a realidade” (LAKATOS, 2000:46).

JUDITH BELL considera que “a abordagem adoptada e os métodos de recolha de informação seleccionados dependerão da natureza do estudo e do tipo de informação que se pretende obter” (BELL, 1997:20).

Deste modo selecionei uma abordagem quantitativa, pelo facto desta se assumir como um “processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador. Esta abordagem reflecte um processo complexo,

que conduz a resultados que devem conter o menor enviesamento possível” (FORTIN, 1999:22).

### **1.1. A problemática do estudo**

Actualmente, as instituições de saúde, em geral, estão a modernizar-se com a finalidade de prestar uma assistência cada vez mais qualificada ao doente. Neste ambiente, verifica-se a preocupação, cada vez maior, em desenvolver políticas organizacionais compatíveis à gestão da Qualidade e à Gestão da Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho.

Para atender às novas exigências o sector da saúde vem aprimorando os processos, a organização como um todo e actualizando-se em tecnologia e instalações para aumentar a sua competitividade. Tem-se observado de forma progressiva a substituição do equipamento existente por equipamentos com instalação de sistemas automatizados e informatizados.

Com estas modificações realizadas subitamente no ambiente de trabalho, as actividades tornam-se cada vez mais específicas, exigindo grande esforço físico e mental. Assim, o TR está a ser submetido a uma adaptação súbita frente às solicitações de novas condições de trabalho.

A realização do presente trabalho faz-se oportuna diante do momento de transição vivido no sector da saúde (mudanças no tipo de gestão, tecnologia, instalações, e melhoria continua da qualidade...). De facto, como o sucesso destas mudanças está directamente relacionado com o comprometimento e consciencialização em todos os níveis e funções da organização, torna-se importante incrementar a saúde e segurança do trabalhador no seu local de trabalho, a par de uma maior sensibilização e necessidade de implementação de medidas eficazes de prevenção de riscos profissionais que contribuam para a promoção da saúde no local de trabalho.

É consensual e objectivo que nos hospitais e centros de saúde todos os serviços devem ter uma gestão eficaz, eficiente e oportuna; no entanto, esquecemo-nos muitas vezes dos pressupostos necessários para tal realização. Assim, uma organização, para atingir o desempenho óptimo deve “procurar atingir uma grande coerência entre as acções desenvolvidas nos diversos domínios, e, uma atenção particular deve ser dada aos

impactos em matéria de segurança e de condições de trabalho, nas decisões tomadas em matéria de emprego, formação ou remuneração” (PERETTI, 2001:405).

E considera-se, também, que no âmbito da promoção das condições de trabalho, enquanto objectivo estratégico, releva a necessidade de conciliar o progresso de tais condições com o realismo das normas, de modo a salvaguardar a competitividade das empresas, tendo em conta que a promoção da saúde e segurança dos trabalhadores no local de trabalho é um factor de aumento da produtividade e qualidade destas.

O estudo das condições de trabalho e, numa perspectiva organizacional, as preocupações teóricas e práticas com a gestão dos recursos humanos, não desapareceram ou, sequer, abrandaram. Pelo contrário, mantiveram-se – no mínimo – e assumiram, por vezes, feições inovadoras que muito tem contribuído para a afirmação da gestão dos recursos humanos no meio académico, como área de estudo, e no seio das organizações, como área funcional.

Ora, da junção das duas vertentes que acabei de enunciar resulta, portanto, a relevância do estudo das condições de trabalho no âmbito da actividade dos TR nas organizações de saúde. Ou seja, o interesse não é só identificar as mudanças organizacionais (meios) e o seu impacto nas condições de trabalho (resultados), mas quais as condições de trabalho existentes nestes contextos e a razão porque se optam por determinados meios (objectivos e estratégias) e ainda, se existe uma tendência comum às organizações de saúde relativamente à escolha dos meios para atingir os mesmos fins. Duas noções básicas derivam desta interacção: a de “mudança organizacional” e a de “condições de trabalho”, estando esta no centro do campo da pesquisa.

As condições de trabalho dos TR nos hospitais e centros de saúde são praticamente desconhecidas (pelo menos, desconhecem-se estudos nesta área), é um tema actual e pertinente a preocupação na medida em que as condições de trabalho implicam a conjugação de vários factores, que envolvem toda a equipa de técnicos, todos os outros profissionais do serviço de radiologia, e todos os outros serviços e também a instituição.

Assim este estudo parte da seguinte questão de investigação:

Quais as características das condições de trabalho dos técnicos de radiologia dos H/CS em geral, e da SH&ST em particular?

Há ainda a necessidade de obter resposta às seguintes questões:

- 1.<sup>a</sup> Qual o grau de aderência aos programas e actividades de promoção de saúde no trabalho?
- 2.<sup>a</sup> Quais as razões para os H/CS investirem e implementarem políticas, programas e actividades de saúde?
- 3.<sup>a</sup> Quais os factores que caracterizam as condições de trabalho dos técnicos de radiologia nos H/CS em relação com a dinâmica dos serviços de SH&ST?

O investigador perante as questões de investigação elabora objectivos de forma precisa para enunciar o que tem intenção de fazer para obter respostas às suas questões de investigação. Por sua vez, as questões de investigação e as hipóteses precisam o objectivo, delimitam as variáveis de investigação e as suas relações mútuas assim como a população estudada (FORTIN, 1999:99).

A investigação que pretendo desenvolver tem como objectivo principal a identificação dos factores que caracterizam as condições de trabalho dos Técnicos de Radiologia nos Hospitais e Centros de Saúde, em relação à dinâmica dos serviços de SH&ST.

Pretendo, ainda nesta investigação: (i) identificar o número e a natureza dos programas e actividades de promoção de saúde no trabalho; (ii) compreender as razões dos Hospitais/Centros de Saúde para investirem e implementarem políticas, programas e actividades de saúde e (iii) analisar os vários factores que caracterizam as condições de trabalho dos técnicos de radiologia e a sua relação com a dinâmica dos serviços de SH&ST.

Assim, a unidade de análise sobre o qual vai versar este estudo, centrar-se-á nos técnicos de radiologia, cujo local de trabalho são os hospitais e centros de saúde dos distritos de Santarém e Leiria.

## **1.2. Tipo de estudo**

A finalidade deste estudo ou o fim que pretendo dar a esta investigação, classifica-a como pesquisa aplicada, que decorre de razões de ordem prática. Ou seja, a pesquisa classifica-se, pela sua natureza, como pesquisa aplicada quando procura identificar as CT dos TR em contexto de mudança organizacional.

Por sua vez, a pesquisa consiste no processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico, cujo objectivo fundamental é descobrir respostas para problemas mediante a utilização de procedimentos científicos (GIL, 1991:43).

Assim, classifico a pesquisa como descritiva e analítica, com base nos seus objectivos, quando ela se propõe a aumentar o nível de conhecimento sobre as CT dos TR em contexto de mudança organizacional nos H/CS dos distritos de Santarém e Leiria.

E também, porque a pesquisa descritiva “delineia o que é e aborda quatro aspectos: descrição, registo, análise, e interpretação de fenómenos actuais, objectivando o seu funcionamento presente” (LAKATOS, 2002:19). GIL (1991:46) refere como objectivo primordial da pesquisa descritiva, a descrição das características de determinada população ou fenómeno ou então o estabelecimento de relações entre variáveis. Refere ainda, que uma das características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de colheita de dados, tais como o questionário. Segundo este autor, estão incluídas neste grupo as pesquisas que têm por objectivo levantar opiniões, atitudes e crenças de uma população. Na opinião deste autor, há pesquisas descritivas que se aproximam da explicativa, quando vão além da simples identificação da existência de relações entre variáveis, pretendendo determinar a natureza dessa relação.

Tendo subjacente o objecto de estudo e os objectivos da pesquisa, irei realizar um estudo descritivo e analítico, porque visa estudar as características um grupo e descobrir a existência de associações de variáveis modo a obter uma informação mais completa e precisa (GIL, 1995); (POLIT *et al*, 1995) e (CARMO *et al*, 1998).

Adopta-se este tipo de estudo quando se descreve “um determinado objecto na sua estrutura e funcionamento” (CARMO *et al*, 1998:47), no decorrer destes estudos “recolhemos informação para descrever fenómenos ou uma situação” (KETELE *et al*, 1999:104). Considero-o transversal porque constitui um estudo de uma determinada unidade de análise / população, num determinado período temporal, “os dados são colectados em um ponto no tempo, com base em uma amostra seleccionada para descrever uma população nesse determinado momento” (RICHARDSON, 1989:93).

Desta forma, optei por uma pesquisa descritiva e analítica onde procurei analisar e interpretar “*As condições de trabalho dos Técnicos de Radiologia no contexto da Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho: o caso dos Hospitais e Centros de Saúde dos*

*Distritos de Santarém e Leiria*”, já que o tempo e os meios que disponho não permitiram enveredar por estudos mais complexos.

### **1.3. Hipóteses de pesquisa**

GIL (1991:60), diz que o papel fundamental da hipótese na pesquisa, é sugerir explicações para os factos, podendo esta ser solução para o problema. Assim, as hipóteses “constituem respostas provisórias, relativamente sumárias que guiarão o trabalho de recolha de dados (...) que terão de ser testadas, corrigidas e aprofundadas” (QUIVY e CAMPENHOUDT, 2003:111).

Para POLIT & HUNGLER (1995:76), “uma hipótese é uma previsão experimental, ou uma explicação da relação entre duas ou mais variáveis”.

Perante o mencionado, a hipótese tem como função propor explicações para certos factos e ao mesmo tempo orientar a busca de outras informações.

Tratando-se de uma pesquisa descritiva e analítica, procurei estabelecer relações entre algumas variáveis, justificando-as estatisticamente. Assim previ a seguinte hipótese geral:

*Hipótese geral* - As Condições de Trabalho dos Técnicos de Radiologia que trabalham em H/CS estão relacionadas com os diferentes factores da dinâmica dos serviços de SH&ST.

De acordo com as questões, com os objectivos específicos deste estudo e com a revisão bibliográfica efectuada, tentei formular hipóteses que além de claras, simples e objectivas, fossem possíveis de serem testadas pelas técnicas disponíveis (Tabela n.º 10).

São então as seguintes hipóteses que formulei para o estudo:

*Hipótese 1* – A existência do serviço de SH&ST condiciona o número de programas e actividades de promoção de saúde no trabalho.

*Hipótese 2* – O grau de investimento e implementação de políticas, programas e actividades de saúde está relacionada com a existência do serviço de SH&ST.

*Hipótese 3* – Os factores que caracterizam as condições de trabalho dos técnicos de radiologia estão relacionadas com a dinâmica dos serviços de SH&ST.

Tabela n.º 10 - Questões, Objectivos e Hipóteses de Estudo

QUESTÕES	OBJECTIVOS	HIPÓTESES
<i>Qual o grau de aderência aos programas e actividades de promoção de saúde no trabalho?</i>	<i>Identificar o número e a natureza dos programas e actividades de promoção de saúde no trabalho.</i>	<i>A existência do serviço de SH&amp;ST condiciona o número de programas e actividades de promoção de saúde no trabalho.</i>
<i>Quais as razões para os H/CS investirem e implementarem políticas, programas e actividades de saúde?</i>	<i>Compreender as razões dos H/CS para investirem e implementarem políticas, programas e actividades de saúde.</i>	<i>O grau de investimento e implementação de políticas, programas e actividades de saúde está relacionada com a existência do serviço de SH&amp;ST.</i>
<i>Quais os factores que caracterizam as condições de trabalho dos técnicos de radiologia nos H/CS em relação com a dinâmica dos serviços de SH&amp;ST?</i>	<i>Analisar os vários factores que caracterizam as condições de trabalho dos técnicos de radiologia e a sua relação com a dinâmica dos serviços de SH&amp;ST.</i>	<i>Os factores que caracterizam as condições de trabalho dos técnicos de radiologia estão relacionados com a dinâmica dos serviços de SH&amp;ST.</i>

#### 1.4. Proposições teóricas e modelo global de análise

As perspectivas em que este tema se insere são múltiplas e, em termos gerais, neste estudo foram orientadas apenas por proposições teóricas que, pela sua articulação, constituíram o modelo de análise.

Para facilitar a leitura, em primeiro lugar, enuncio as proposições centrais e para cada uma delas exponho sucintamente o enquadramento teórico que constituiu o seu fundamento.

##### I – Proposição

Num contexto socio-económico cada vez mais imprevisível, incerto e instável, as empresas vêm-se impelidas a procurar não só a modernização tecnológica, estrutural, mas também outras.

Neste sentido, descobrem e empreendem múltiplas formas de ajustamento organizacional para se adaptarem às mutações, que poderão activar e desenvolver as condições de trabalho que são consideradas pelos profissionais, cruciais às suas estratégias de desenvolvimento e adaptação.

A mudança organizacional pode ter como alvo, os indivíduos, os grupos ou a organização, ou seja, pode-se concentrar (em vários tipos de mudança) na estrutura organizacional, na tecnologia, nas pessoas ou em alguma combinação desses aspectos<sup>21</sup>.

## II – Proposição

Com o decorrer do tempo e com a entrada de Portugal para a União Europeia foi-se actualizando o conceito de Saúde Ocupacional e atribuíram-lhe o nome de Higiene e Segurança no Trabalho, isto por volta de 1992. O Ministro da Saúde reformulou os serviços estatais, nascendo o Instituto para o Desenvolvimento e Inspecção das Condições de Trabalho (IDICT).

Com papel futuro muito importante, viria a assegurar uma importante reestruturação da administração do trabalho, particularmente no âmbito da avaliação da melhoria das condições, desenvolvimento da prevenção de riscos profissionais, difusão e aplicação de conhecimentos científicos, formação especializada de Técnicos de Segurança e Higiene no trabalho, difusão de informação, elaboração e realização de campanhas e programas de acção, participação em actividades de cooperação técnica e ainda, a fiscalização das condições de trabalho<sup>22</sup>.

---

<sup>21</sup> “A implementação dessas medidas requer um conjunto de mudanças ao nível organizacional” (CAETANO e TAVARES 2000:283). “Segundo BECKER, GERHART, e GALBRAITH (1995) o esforço para sobreviver nas condições concorrenciais actuais tornou imperativa a implementação de diversos tipos de mudança com vista a melhorar o desempenho organizacional, reduzir os custos, melhorar a qualidade, aumentar a produtividade, inovar nos serviços (...)” (CAETANO 2000:19). “a mudança pode assim ser definida como a alteração da estrutura e de forma de funcionamento de uma organização, com o propósito de a tornar mais competitiva e ajustada às realidades do mercado” (RODRIGUES 2003:209), “corporiza um processo de transformação global da organização, alterando o funcionamento do sistema, o que encerra em si próprio uma ruptura dos equilíbrios existentes” (LAMPREIA 1997:16).

<sup>22</sup> O regime jurídico que enquadra a SH&ST – o DL n° 441/91 de 14 de Novembro, transposto da Directiva Quadro 89/391/CEE, de 12 de Junho é relativo à aplicação de medidas destinadas a promover a melhoria da Segurança e de Saúde dos trabalhadores no trabalho e que garanta a efectiva prevenção dos riscos profissionais “Na perspectiva de UVA e FARIA (1992) os serviços de saúde e de modo muito particular os hospitais, constituem «empresas» bastante peculiares, concebidas quase exclusivamente em função das necessidades dos utentes (utentes de resto, especiais, pela situação de doença e sofrimento em que geralmente se encontram), dotadas de sistemas técnicos e organizacionais muito próprios, proporcionando, enfim, aos seus trabalhadores – sejam eles, ou não, profissionais de saúde – condições de trabalho precárias, reconhecidamente piores do que as verificadas na grande maioria dos restantes sectores de actividade” (UVA e FARIA, 1992).” Na Carta Regional de Saúde Ocupacional do Serviço Nacional de Saúde (2001) a estratégia deverá basear-se numa Política Nacional de Saúde Ocupacional que leve à redução dos riscos profissionais e a uma melhoria das condições de trabalho nos locais de trabalho, a qual passa pela protecção e promoção da saúde bem como pela humanização do trabalho”.



### III – Proposição

O mundo do trabalho desenvolveu-se e alterou-se substancialmente nos últimos cem anos. Os novos ambientes e condições de trabalho deram origem a novas preocupações sobre a saúde das populações trabalhadoras (WHO, 2001). Nos locais de trabalho surgiram novas exigências e mudanças como resultado dessas reestruturações e da globalização do trabalho. E também, a necessidade de baixar a taxa de acidentes de trabalho e de doenças profissionais e de direccionar o fardo económico que daí advém para o contribuinte, forçou os parceiros sociais, empregadores, trabalhadores e governos, a estabelecerem infra-estruturas para a Promoção da Saúde no Trabalho dentro dos países Membros (WHO, 2001).

Em Novembro de 1997, foi adoptada a Declaração de Luxemburgo que estabeleceu uma definição consensual da Promoção da Saúde no Trabalho (PST) susceptível de operacionalização sob forma de quatro princípios fundamentais: (i) participação; (ii) integração; (iii) gestão por projectos; e (iv) abordagem holística (GRAÇA, 1999:36). E passa a ser descrita sobretudo como um processo organizacional inovador, integrado e participativo (GRAÇA, 1999:56)<sup>23</sup>.

### IV – Proposição

Parte-se do princípio que o conteúdo do trabalho e as condições de trabalho são, “cada vez mais, variáveis, transformáveis e evolutivas, por razões exteriores ao indivíduo, nomeadamente às mudanças organizacionais que são constantes e, pelo modo como cada profissional estrutura a sua acção em função dessas mudanças e do seu potencial” (MORAIS, 1995:22).

Assim, para dar conta desta variação, particularmente da organizacional e seu impacto no trabalho desenvolvido pelos TR importa ter presente os principais componentes do trabalho: o trabalhador, a organização do trabalho e o local de trabalho. Cada um destes

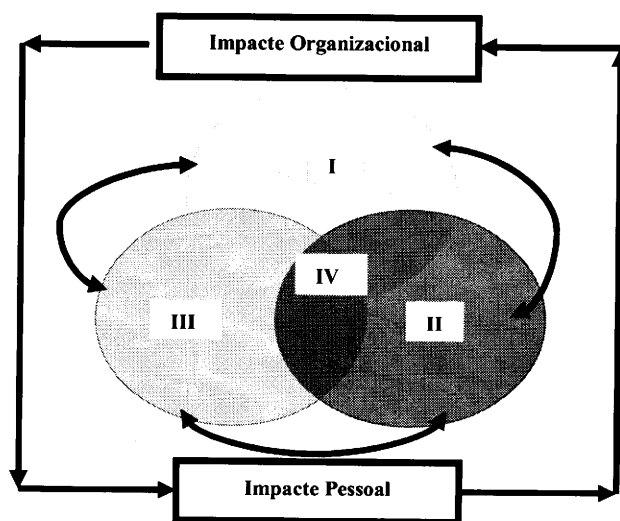
---

<sup>23</sup> Para a WHO (2001) o centro de interesse da PST inclui três principais objectivos: (i) a manutenção e a promoção da saúde dos trabalhadores e das suas capacidades de trabalho; (ii) a melhoria do ambiente laboral e do trabalho por forma a irem ao encontro da saúde e segurança; (iii) o desenvolvimento da organização e de cultura de trabalho no sentido de manter a saúde e segurança no trabalho e, ao fazê-lo promover um clima social positivo e um funcionamento organizacional tranquilo que possa aumentar a produtividade da empresa. De acordo com a WHO, estes objectivos podem ser atingidos através da combinação de: (i) melhorar a organização do trabalho e o ambiente de trabalho; (ii) promover a participação activa dos trabalhadores nas actividades de saúde; (iii) encorajar o desenvolvimento pessoal (WHO, 2001)

componentes interfere determinadamente na “qualidade do trabalho” possibilitando ou condicionando o atingir desse objectivo<sup>24</sup>.

Uma vez contextualizado o campo teórico desta investigação, as condições de trabalho dos TR em contexto de mudança organizacional, realçada a sua importância, feito o seu enquadramento teórico, fundamentados os conceitos de mudança organizacional, condições de trabalho e higiene e segurança no trabalho no contexto hospitalar, definido o posicionamento teórico, e enunciadas as proposições teóricas, surge agora a apresentação da elaboração esquemática que orientou o modelo de análise.

Figura n.º 4 - Modelo Global de Análise das Condições de Trabalho dos TR



Legenda: I - Mudança organizacional; II - SH&ST; III - PST 4 - Condições de Trabalho

O modelo de análise corresponde a uma extensão natural da pergunta de pesquisa onde são articuladas as proposições teóricas do estudo para orientação do trabalho. Assim, as proposições teóricas adoptadas e a sua articulação constituíram o modelo de análise.

<sup>24</sup> As condições de trabalho são fundamentais para diminuir os riscos profissionais e aumentar a qualidade de vida dos TR. Condições de trabalho para CASTILLO e PRIETO (1983) e CASTILLO (1990) deverá entender-se: (i) tudo o que tem a ver com o trabalho em si (os factores intrínsecos, associados ao conteúdo e à organização do trabalho); e (ii) tudo o que gira à volta do trabalhador (as demais condições materiais e imateriais de trabalho ou factores extrínsecos), do ponto de vista da sua incidência, não apenas negativa mas também positiva, na saúde do trabalhador, a nível físico psicológico, mental e social” (GRAÇA 2002:5); “O conceito das CT é, enfim, ampliado a todos os factores que intervenham na situação de trabalho, desde as características individuais e colectivas dos trabalhadores às condições de vida fora do trabalho e de emprego. E mais, reconhece-se implicitamente que as condições de vida no trabalho ideais não significam, tal como conceito de saúde, um estado de bem-estar pleno, esotérico e de intenções vagas” (CARVALHO 1993:2); “Por condições de trabalho, entende-se o ambiente físico (temperatura, pressão, barulho, vibração, irradiação, altitude, etc.), ambiente químico (poeiras, fumos, vapores, etc.), o ambiente biológico (vírus, bactérias, parasitas, fungos), as condições de higiene e segurança, e as características antropométricas do posto de trabalho..” (NETO 1990:2).

Este focaliza que as transformações numa organização derivam da dinâmica da implementação de mudanças organizacionais, da adopção de medidas de higiene e segurança no trabalho e formação/informação e participação dos TR. Desta triangulação resulta o impacto sobre os factores que condicionam o desenvolvimento e melhoria das condições de trabalho.

Assim, este estudo é um desafio que se me coloca, reforçando a necessidade de repensar o modo de funcionamento, que propicie impacte organizacional e pessoal, de modo a responder às necessidades de eficácia e competitividade e que vá de encontro às expectativas dos TR.

### 1.4.1. Variáveis

Variável é tudo aquilo que possa assumir diferentes valores ou diferentes aspectos. A variável tem que representar uma realidade observável e em si tem que ser mensurável. Para FORTIN (1999:36) “as variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação”.

Segundo GIL (1991:61) “variável é qualquer coisa que pode ser classificada em duas ou mais categorias”. Refere ainda que este conceito provém da matemática sendo assim a natureza quantitativa. Como a palavra indica variável é qualquer coisa que varia. Variável será tudo aquilo que pode assumir diferentes valores ou diferentes aspectos como quantidade, qualidade, características, traços e ser definido em termos observáveis e mensuráveis (LAKATOS & MARCONI, 1992:105).

Perante o mencionado, posso concluir que para medir tenho de transformar conceitos teóricos em elementos operacionais; assim neste estudo tenho a variável dependente: A existência de serviço de SH&ST.

Como variáveis independentes: (i) Factores organizacionais (comunicação; liderança; natureza jurídica; investimento; modernização tecnológica; sistema de gestão da qualidade; mobilidade e formação/informação e participação); (ii) A SH&ST (Ausência/Absentismo; Natureza dos Riscos; Direitos e condições de SH&ST e política dominante dos H/CS); (iii) Políticas, programas e actividades de saúde (Grupo 1 - Segurança e Higiene no Trabalho/Melhoria do ambiente físico do trabalho; Grupo 2 - Avaliação da saúde/Vigilância médica/Prestação de cuidados de saúde; Grupo 3-

Prevenção de comportamentos de risco/Promoção de estilos de vida saudáveis; Grupo 4 - Intervenções a nível organizacional / Melhoria do ambiente psicossocial de trabalho; Grupo 5 - Actividades e programas sociais e de bem-estar).

Como variáveis atributo: O género, idade e categoria profissional para caracterizar a minha população.

### 1.4.2. Operacionalização das Variáveis

Para o presente estudo equacionei um elevado número de variáveis que, directa ou indirectamente influenciam as CT dos TR que trabalham nos H/CS, mas foram objecto deste estudo as variáveis dependentes, independentes e atributo que se podem visualizar nas seguintes tabelas (Tabelas n.º 11, 12, 13, 14 e 15).

As variáveis deste estudo foram seleccionadas em função das questões de investigação e hipóteses atrás formuladas e para ser mais fácil de compreender coloquei-as em três quadros como atrás referi. Nestes quadros as variáveis estão classificadas quanto à *área temática*, sua localização nas *questões* do questionário, *tipo de variável* e a sua *categoria ou valor*.

Em relação ao tipo as variáveis apresentadas são variáveis qualitativas nominais e ordinais e ainda variáveis quantitativas. Na categoria ou valor, porque sendo a maior parte das questões fechadas na escala nominal os elementos são atributos ou qualidades, os números servem apenas para identificar ou categorizar os elementos, assim as variáveis nominais dicotómicas e as variáveis medidas em escala ordinal podem tomar diferentes valores, ou seja, nestas últimas podem ser distinguidos diferentes graus de um atributo, existindo entre eles uma relação de ordem. Os números são associados de modo que a relação de ordem se continue a manter.

Tabela n.º 11 - Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho (variável dependente)

<i>Área temática</i>	<i>Variável Dependente</i>	<i>Questões</i>	<i>Tipo de variável</i>	<i>Categoria ou valor</i>
<i>SH&amp;ST</i>	<i>Existência de serviço SH&amp;ST</i>	<i>BI</i>	<i>Nominal</i>	<i>1-Existe serviço de SH&amp;ST</i> <i>2-Não existe serviço de SH&amp;ST</i>

Tabela n.º 12 - Factores organizacionais

Áreas Temáticas	Variáveis Independentes	Questões	Tipo de variável	Categoria ou valor
<b>Factores organizacionais</b>	<b>Comunicação</b>	A4	Nominal	1-Colegas de serviço 2-Outros profissionais 3-Coordenador de serviço 4-Não vai ser ouvido 5-Não vai ser tida em conta a sua opinião 6-Outra razão
		A5	Nominal	1-Raramente; 2-Sim e 3-Não
		A6	Nominal	1-Reuniões; 2-Circulares e 3-Pessoa a pessoa
		A7	Nominal	1-Aos chefes e aos outros em tempo útil 2-Só aos chefes e alguns profissionais 3-Aos chefes e aos outros muito mais tarde
		B6	Nominal	1-Sim e 2-Não
	<b>Liderança</b>	A1	Nominal	1-Técnico Coordenador 2-Coordenador de turno 3-Nenhum cargo de chefia
		A3	Nominal	1-Coordenador de serviço deixa correr 2-Coordenador de serviço decide sozinho 3-Coord. pede opinião mas não a considera 4-Coordenador pede opinião e considera-a
		A12	Nominal	1-Pobre/repetitivo e 2-Rico/variado 1-Controlo pelo coordenador e 2-Autocontrolo 1-A um TR e 2-Equipa 1-Experiência e 2-Experiência/formação
	<b>Prioridade dada à melhoria da saúde dos profissionais</b>	E1,E2,E3	Ordinal	1 = Mínima importância 2 = Pouca importância 3 = Moderada importância 4 = Normal importância 5 = Alguma importância 6 = Muita importância 7 = Máxima importância
	<b>Informação Formação e participação</b>	E5	Nominal	1-Sim e 2-Não
	<b>Investimento</b>	A10	Nominal	1-Expansão 2-Racionalização 3-Substituição 4-Melhoria das condições de trabalho geral 5-Melhoria das condições de SH&ST 6-Não foram feitos investimentos
		D1	Nominal	1-Sim e 2-Não
	<b>Modernização Tecnológica</b>	A11	Ordinal	1 = Muito baixo 2 = Baixo 3 = Normal 4 = Alto 5 = Muito alto
	<b>Qualidade</b>	A13	Nominal	1-Sim e 2-Não
	<b>Rotatividade</b>	A8	Númérica	N.º inteiros
A9		Nominal	1-Transferência/aposentação 2-Entrada no quadro 3-Melhores perspectivas de desenvolvimento profissional	
<b>Importância atribuída pela direcção à Participação dos TR</b>	B7	Ordinal	1 = Mínima importância 2 = Pouca importância 3 = Moderada importância 4 = Normal importância 5 = Alguma importância 6 = Muita importância 7 = Máxima importância	

Tabela n.º 13 - Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho

Área temática	Variáveis Independentes	Questões	Tipo de Variável	Categoria ou valor
SH&ST	Ausência / Absentismo	B2	Ordinal	1 = Muita frequência 2 = Habitualmente 3 = Frequentemente 4 = Raramente 5 = Pouca frequência
		B3 e B4	Nominal	1-Sim e 2-Não
	Natureza dos Riscos	B5	Nominal	1-Física, Química e/ou Biológica 2-Psicossocial, mais relacionada c/ o Trabalho 3-Psicossocial, mais relacionada c/ o Indivíduo
	Direitos	B8	Nominal	1-Sim e 2-Não
	Condições de SH&ST e política dominante dos H/CS	B9:1	Nominal	1-Pode ser tomado como exemplo 2-Tem os problemas típicos dos Hospitais 3-Tem os problemas mas sabe resolvê-los 4-Tem os problemas mas não sabe resolvê-los
B9:2		Nominal	1-Reparar ou compensar os riscos profissionais 2-Prevenir os riscos ao nível do indivíduo 3-Prevenir os riscos ao nível do trabalho 4-Promover a saúde e bem-estar de todos 5-Nenhuma preocupação em especial	

Tabela n.º 14 - Políticas, programas e actividades de saúde

Áreas Temáticas	Variáveis Independentes	Questões	Tipo de variável	Categoria ou valor
Políticas, programas e actividades de saúde	Grupo 1 Grupo 2 Grupo 3 Grupo 4 Grupo 5	C1	Nominal	1-Sim e 2-Não
		C2	Nominal	1-De modo nenhum visam a saúde 2-Só em pequena parte 3-Em parte 4-Em grande parte 5-Visam exclusivamente a saúde
		D3, D4, D5	Nominal	1-Sim e 2-Não
		E4	Nominal	1-Sim e 2-Não

Tabela n.º 15 - Variáveis atributo

Variáveis Atributo	Tipo de variável	Categoria ou valor
Género	Nominal	1-Masculino e 2-Feminino
Idade	Escalar	N.º inteiros
Categoria Profissional	Ordinal	1-Técnico Especialista de 1ª 2-Técnico Especialista 3-Técnico Principal 4-Técnico 1ª Classe 5-Técnico 2ª Classe

## 1.5. População

É um requisito da investigação a definição da população, pois a sua de especificação serve de base à pesquisa que se pretende efectuar.

A definição de população para as autoras POLIT & HUNGLER (1995:143) é “toda a agregação de casos que atendem a um conjunto eleito de critérios” e LAKATOS & MARCONI (1992:108) conceitualizam população como sendo “o conjunto de seres animados ou inanimados que apresentam pelo menos uma característica em comum”.

O estudo incidiu sobre as condições de trabalho dos TR na dinâmica dos serviços de SH&ST. Assim, de acordo com os objectivos do estudo, escolhi como população todos os TR que trabalhem nos Hospitais e Centros de Saúde do Distrito de Santarém e Leiria pelo facto de pertencerem ambos à área geográfica que fica mais próximo do meu local de residência e de trabalho. O número de TR que trabalhavam nestes dois distritos em Maio de 2005 era 105, distribuídos por 9 Hospitais (88 TR) e 11 Centros de Saúde (17 TR). Os hospitais do distrito de Santarém são: Hospital Distrital de Santarém, SA e o Centro Hospitalar Médio Tejo, SA (Unidade de Abrantes, Tomar e Torres Novas). Na ARS de Santarém os centros de saúde onde trabalham técnicos de radiologia são em: Benavente, Ourém, Santarém, Cartaxo, Chamusca, Alcanena, Rio Maior, Almeirim e Coruche. No distrito de Leiria os hospitais são: Hospital Santo André, SA, Centro Hospitalar das Caldas da Rainha, Hospital de D. Pedro Gonçalo Telmo - Peniche, Hospital Bernardino Lopes de Oliveira - Alcobaça, Hospital Distrital de Pombal. Os centros de saúde do distrito de Leiria com radiologia são o de Nazaré e Bombarral.

Tabela n.º 16 - Número de técnicos de radiologia por hospital e centro de saúde

H/CS	N	%
Santarém	17	16,2
Leiria	10	9,5
Tomar	11	10,5
T. Novas	12	11,4
Abrantes	12	11,4
ARS Santarém	15	14,3
Pombal	4	3,8
Alcobaça	5	4,8
Peniche	4	3,8
Bombarral	1	1,0
Nazaré	1	1,0
Caldas da Rainha	13	12,4
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>100,0</b>

Destes 105 TR optei por seleccionar todos aqueles que respeitassem estes três critérios de inclusão:

- 1 -Ser TR que trabalhe num H/CS público do distrito de Santarém e Leiria.
- 2 -Todos os TR independentemente de serem do quadro da função pública ou em regime de prestação de serviço.
- 3 -Estarem ao serviço há pelo menos 6 meses.

Para critérios de exclusão optei por:

- 1 -Rejeitar os TR que estivessem ausentes do serviço há mais de um mês.
- 2 -Os TR que trabalhem só em clínicas ou consultórios privados e nos Hospitais da Misericórdia, dos dois distritos.

Com estes critérios de exclusão no momento da entrega dos questionários, detectei que 3 TR que estavam de baixa (entre 3 a 48 meses) e 1 TR que estava ausente (para férias e licença de casamento) há mês e meio. Então a minha população passou a ser de 101 TR e foi a estes que foi entregue o questionário.

A taxa de respondentes foi de 91,09%, o que corresponde a 92 TR que responderam ( $x = 92 \times 100 / 101 = 91,09\%$ ).

### **1.5.1. Caracterização da população**

Os dados que irei analisar foram obtidos através de inquérito por entrevista aos técnicos coordenadores dos serviços de radiologia de cada hospital. Obtive os dados dos TR das ARS através da técnica de radiologia que é Presidente do Conselho Técnico. As questões colocadas foram somente sobre a idade, género e categoria profissional dos TR.

O tratamento dos dados foi ao nível da análise estatística univariada – descrição estatística da distribuição de frequências e sua representação gráfica e tabular, para todas as variáveis nominais, ordinais e escalares, e das medidas de tendência central (média, moda, mediana) e de dispersão (desvio padrão, variância, amplitude do intervalo de variação, coeficiente de variação, coeficiente interquartil para as variáveis de nível escalar; e, ainda, estudo de ajustamento da variável escalar à distribuição



normal por meio do cálculo do teste de aderência de *Kolmogorov-Smirnov* e análise crítica dos resultados.

### Idade

Para descrever a estrutura interna da distribuição de frequências da variável idade, foram calculadas as principais medidas de tendência central e de dispersão, cálculos estes efectuados através dos dados antes de os transformar em grupos, ou seja a variável idade só posteriormente foi transformada na variável grupo etário.

Tabela n.º 17 - Variável idade referente a 105 Técnicos de Radiologia

N	Valid	105
	Missing	0
Mean		38,26
Std. Error		1,112
5% Trimmed Mean		37,93
Median		37,00
Mode		23
Std. Deviation		11,390
Skewness		0,352
Std. Error		0,236
Kurtosis		-0,879
Std. Error		0,467
Minimum		22
Maximum		68
1° Q	25	27,50
2° Q	50	37,00
3° Q	75	48,00

Observando o quadro relativo à variável idade referente a 105 TR, verifico que a idade média dos inquiridos é de 38,26 anos. Sendo este valor ligeiramente superior à média aparada a 5% (37,93) e à mediana (37 anos) e bastante superior à moda (23 anos).

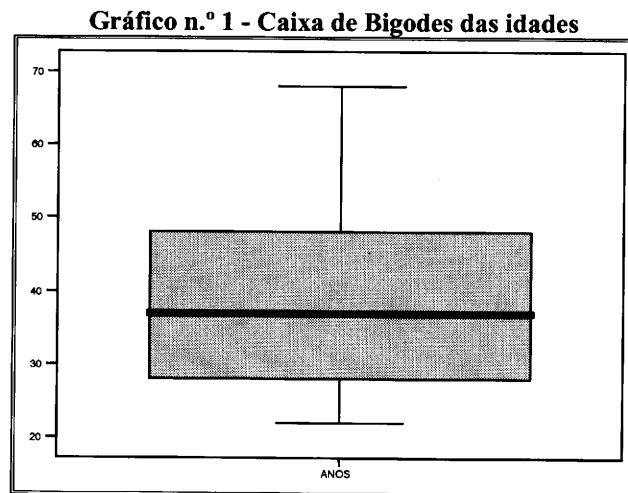
Para analisar a simetria das idades utilizei a caixa de bigodes que foi complementada com a análise da semelhança entre as três medidas de tendência central (média, mediana e média aparada a 5%) e o uso da estatística de assimetria e curtose.

Na caixa de bigodes, a caixa ou o rectângulo situa os quartis da distribuição e nos extremos de cada bigode posicionam-se as observações mínimas e máximas, todas as observações sitas para além dos bigodes chamam-se de aberrantes ou *outliers*.

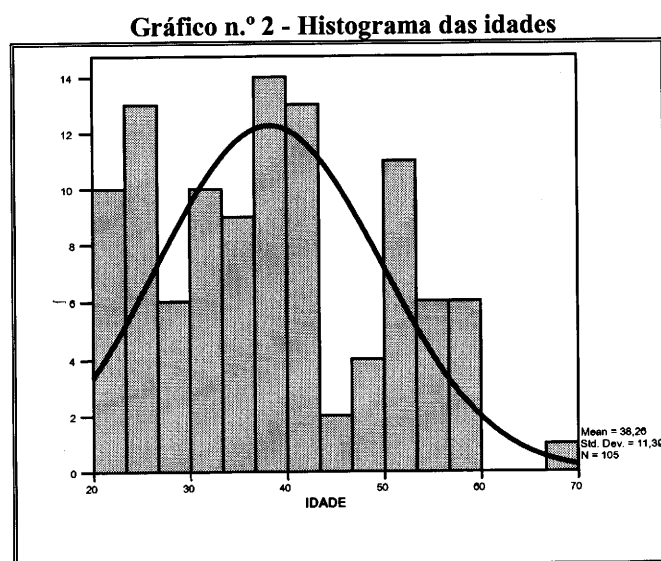
O gráfico caixa de bigodes mostra a inexistência de *outliers* e sugere uma distribuição moderadamente assimétrica dado que a média, média aparada a 5% e a mediana que são medidas de tendência central apresentarem valores muito semelhantes,

respectivamente 38,26; 37,93 e 37 anos. Esta pode ser considerada uma assimetria negativa ou enviesada à direita, pois as medidas de tendência central aproximam-se mais do valor mínimo da distribuição e afastam-se do valor máximo.

No gráfico, o primeiro bigode marca a observação mínima não aberrante, que corresponde à idade 22 anos. O limite inferior da caixa corresponde ao 1º Quartil (27,5), o traço a meio da caixa corresponde à mediana (37) e o limite superior da caixa corresponde ao 3º Quartil (48). O bigode superior representa a idade máxima (68) dos TR que foram inquiridos.



Para analisar a dispersão das idades recorri às medidas de dispersão. As que considerei foram: a amplitude do intervalo de variação; a amplitude inter-quartil; o desvio padrão e o coeficiente de variação. A amplitude do intervalo de variação é de 46 anos (limite máximo 68 anos e limite mínimo 22 anos) que indica dispersão das idades. A amplitude inter-quartil ( $Q = Q3 - Q1 = 48 - 27,5 = 20,5$  anos) informa que dos 105 TR, a dispersão das idades centrais é de 20,5 anos (gráfico n.º 1). É igualmente um indicador de assimetria, o desvio padrão 11,390 anos, denotando uma elevada dispersão das idades. Com efeito, calculando o coeficiente de variação ( $CV = \text{desvio padrão} / \text{média} \times 100 = 11,390 / 38,26 \times 100 = 29,76\%$ ) obtém-se 29,76% valor este que confirma essa grande dispersão dos dados. Para avaliar a normalidade da distribuição das idades na estatística descritiva existe uma grande variedade de testes de normalidade da distribuição e de homogeneidade de variância. No histograma (gráfico n.º 2) para as várias categorias de idade, o resultado evidente da figura é que a distribuição não é perfeitamente normal.



Para a confirmação da normalidade da distribuição também é vulgarmente aplicado o teste não paramétrico de aderência à normal **Kolmogorov-Smirnov (K-S)**, com a correcção de *Lilliefors* para amostras com valor de  $N > 50$ .

Para aplicação deste teste proponho-me a seguir a metodologia sugerida por SILVA (2003):

- a)- Formulação das hipóteses:  $H_0$  (nula) e  $H_a$  (alternativa);
- b)- Escolha do teste;
- c)- Definição da região crítica e a de aceitação, com especificação do nível de significância do teste;
- d)- Cálculo da estatística de teste;
- e)- Tomada de decisão em função dos níveis de significância definidos (rejeitar  $H_0$  para valores de  $p < \alpha$ ; não rejeitar  $H_0$  para valores de  $p > \alpha$ ).
- f)- Comentar os resultados obtidos em função dos objectivos da informação.

Assim, para aplicação do teste de aderência a uma distribuição normal de Kolmogorov-Smirnov, à variável idade formulei as seguintes hipóteses:

$H_0$  = As idades dos inquiridos seguem uma distribuição normal

$H_a$  = As idades dos inquiridos não seguem uma distribuição normal

O nível de significância  $\alpha$  é fixado arbitrariamente em 5%.

Aplicando o teste de Kolmogorov-Smirnov (**Teste of Normality**) observo que a estatística do teste (**Statistic**) toma o valor de **0,105** e o da significância do teste **p = 0,006**.

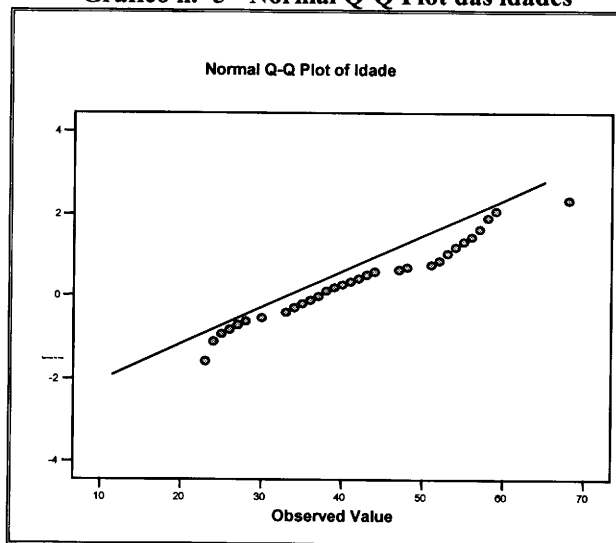
**Tabela n.º18 - Teste de Kolmogorov-Smirnov**

	Kolmogorov-Smirnov(a)		
	Statistic	df	Sig.
ANOS	,105	105	,006

a Lilliefors Significance Correction

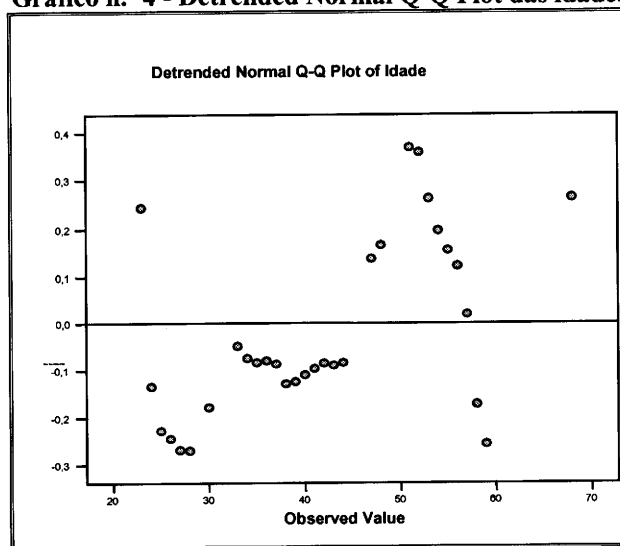
Como o nível de significância obtido no teste é um valor inferior ao nível de significância do investigador ( $\alpha = 0,05$ ), rejeita-se  $H_0$ , isto é, rejeita-se a hipótese da distribuição de idades ser normal ao nível de significância de 5% e aceita-se como verdadeira a hipótese alternativa  $H_a$ : as idades dos inquiridos não seguem uma distribuição normal. Numa distribuição perfeitamente normal, os valores de assimetria e de curtose são zero, o que não é o caso para esta distribuição de idades daí que é mais um indicador de distribuição não normal. Olhemos ainda para mais evidências sobre a não normalidade da distribuição. No gráfico n.º 3 (Normal Q – Q Plot) se a distribuição fosse normal, os pontos situar-se-iam de forma aleatória nas proximidades da linha recta ascendente, o que não acontece neste caso devido, sobretudo, aos mais jovens e aos mais idosos (valores extremos).

**Gráfico n.º 3 - Normal Q-Q Plot das idades**



Para se ter uma ideia mais clara sobre se os pontos observados se desviam muito da normalidade foi utilizado o **Detrended Normal Q-Q plots** (gráfico n.º 4).

**Gráfico n.º 4 - Detrended Normal Q-Q Plot das idades**



Se a distribuição fosse normal, os pontos situar-se-iam aleatoriamente à volta da linha horizontal 0, o que não é o caso, descrevendo os dados uma linha quebrada, como se pode verificar pela leitura do gráfico.

Após a transformação da variável idade em grupo etário elaborei um quadro para a caracterização dos inquiridos, onde se pode visualizar a sua distribuição segundo o sexo, grupo etário, categoria profissional em relação ao seu local de trabalho, hospitais ou centros de saúde.

**Tabela n.º 19 - Caracterização dos inquiridos**

		Hospitais		C. Saúde		Total	
		N	%	N	%	N	%
<b>Sexo</b>	Masculino	38	43,2	6	35,3	44	41,9
	Feminino	50	56,8	11	64,7	61	58,1
	<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100,0</b>	<b>17</b>	<b>100,0</b>	<b>105</b>	<b>100,0</b>
<b>Grupo Etário</b>	20-29	25	28,4	4	23,5	29	27,6
	30-39	27	30,7	5	29,4	32	30,5
	40-49	18	20,5	1	5,9	19	18,1
	50-59	17	19,3	7	41,2	24	22,9
	60-69	1	1,1			1	1,0
	<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100,0</b>	<b>17</b>	<b>100,0</b>	<b>105</b>	<b>100,0</b>
<b>Categoria Profissional</b>	Especialista de 1ª	6	6,8	2	11,8	8	7,6
	Especialista	8	9,1	1	5,9	9	8,6
	Principal	15	17,0	5	29,4	20	19,0
	1ª Classe	20	22,7	3	17,6	23	21,9
	2ª Classe	39	44,3	6	35,3	45	42,9
	<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100,0</b>	<b>17</b>	<b>100,0</b>	<b>105</b>	<b>100,0</b>

Em relação à variável sexo, verifico que predomina o sexo feminino (58,1%) em relação ao sexo masculino (41,9%), tanto nos hospitais como nos centros de saúde. Mas, a diferença é muito superior nos centros de saúde em relação aos hospitais, o que quer dizer que nos centros de saúde trabalham muito mais mulheres do que nos hospitais.

Em relação ao grupo etário, verifiquei que só 1% tem entre 60 e 69 anos e 30,5% tem entre 30 a 39 anos, sendo esta a frequência mais elevada (moda). Observo ainda que 27,6% dos TR têm idades compreendidas entre 20 e 29 anos, sendo este o grupo etário a seguir à da frequência mais elevada. Das restantes idades, o grupo etário dos 40 aos 49 anos tem 18,1% e o outro grupo, de 50 aos 59 anos tem 22,9%. Nos hospitais os TR são na maioria mais jovens que nos centros de saúde, nos hospitais 59,2% têm idades entre os 20 e os 39 anos e nos centros de saúde encontro metade dos TR com idades compreendidas entre os 40 e 59 anos.

No que se refere às categorias profissionais dos TR que participam neste estudo, verifico que a maior frequência tem a categoria profissional de técnico de 2.<sup>a</sup> classe (42,9%) o que também constitui a moda, distribuindo-se os resultados pela categoria de 1.<sup>a</sup> classe (21,9%), técnico principal (19%), técnico especialista (8,6%) e técnico especialista de 1.<sup>a</sup> (7,6%). Verifico que nos hospitais à medida que subimos nas categorias profissionais dos TR (de 2.<sup>a</sup> Classe a Especialista de 1.<sup>a</sup>) as frequências vão descendo, ou seja, vão sendo cada vez menos os técnicos nas categorias superiores. Isto confirma o que se diz acerca do quadro de recursos humanos da radiologia é que este se assemelha a uma “pirâmide” onde a categoria de ingresso (2.<sup>a</sup> Classe) é a sua base e a categoria de topo (Especialista de 1.<sup>a</sup>) é o vértice, estando as restantes categorias entre estas por ordem sequencial. Para manter este formato de quadro, existe estipulado pelos Recursos Humanos do Ministério da Saúde o número de TR em cada categoria, quando o quadro está completo os TR deste hospital tem de esperar que algum técnico se vá embora para que os outros possam concorrer à sua categoria, e assim se dar lugar em cascata até aos de 2.<sup>a</sup> Classe. Nos centros de saúde não se passa o mesmo, porque à medida que os TR têm o tempo na categoria e a classificação de serviço que permita subir na categoria pedem abertura de concurso e podem subir, o quadro dos TR nos centros de saúde permite que todos os TR estejam na mesma categoria, ou seja, a

perspectiva de carreira profissional é melhor nos centros de saúde porque todos podem chegar ao topo da carreira.

Para analisar a caracterização da população deste estudo através da sua distribuição por categoria profissional segundo o sexo e grupo etário elaborei uma tabela (Tabela n.º 20). Verifiquei que, em relação à categoria de topo de carreira dos TDT, são muito poucos TR na categoria de *Especialista de 1ª* (7,6%) sendo metade *homens e mulheres* e estes com idades compreendidas entre 40 e 69 anos. Posso concluir que são mesmo muito poucos os TR que chegam a esta categoria de fim de carreira dos TDT. São igualmente poucos os TR com a categoria de *Especialista* (8,6%) sendo a maioria dos TR *homens* (5,7%) e as suas idades são entre os 30 e 59 anos. No centro da carreira dos TDT temos a categoria de *Principal* com o dobro de TR da categoria anterior onde dos 19% TR são (8,6%) *homens* e (10,5%) *mulheres* com um intervalo de idades igual à categoria de *Especialista*. Na categoria de *1ª Classe* (21,9%) temos um número de TR idêntico à categoria anterior onde o número de *homens* (9,5%) e *mulheres* (12,4%) também mantém a diferença, sendo superior a frequência das mulheres. O intervalo de idades mantém-se no grupo etário dos 30 aos 59 anos. Na categoria de início da carreira dos TDT, técnico de *2ª Classe* é onde existe a maior frequência (42,9%) dos TR deste estudo, onde 28,6% são *mulheres* e metade deles são *homens* (14,3%). Nesta categoria a distribuição das idades é muito maior, desde os 20 aos 59 anos, o que significa que alguns destes TR, desde que entraram para a função pública não ascenderam na carreira para categorias superiores, trazendo este facto aspectos negativos como o não aumento de vencimento pela categoria, a desmotivação e insatisfação profissional.

Relativamente ao sexo, constatei que na realidade tal como refere LOPES (1997:21) em relação aos enfermeiros portugueses a profissão de TR também é uma profissão predominantemente exercida por mulheres. Este é o sexo que tem maior frequência em praticamente todas as categorias profissionais, sendo notório que ao descermos nas categorias, esta diferença tem vindo ao longo dos anos a acentuar-se e é na categoria de *2ª Classe* onde se encontra a maior diferença.

Em relação ao grupo etário verifico que a maior frequência é no grupo dos 30 aos 39 anos estando os TR distribuídos por todas as categorias excepto a de *Especialista de 1ª*. Seguindo-se o grupo etário dos 20 aos 29 anos onde os TR são todos da categoria de *2ª*

Classe e a seguir os grupos etários de 40 a 49 anos e 50 a 59 anos, onde os TR se encontram distribuídos por todas as categorias profissionais. Os TR deste estudo que têm a categoria de Especialista de 1ª têm idades compreendidas entre os 40 e 69 anos, sendo que só 1 técnico é que se encontra no grupo dos 60 a 69 anos o que poderá querer dizer que os TR aposentam-se com idades inferiores a este grupo etário.

**Tabela n.º 20 - Distribuição dos Técnicos de Radiologia segundo a categoria profissional, género e grupo etário**

Categoria Profissional	Sexo	Grupo etário											
		20-29		30-39		40-49		50-59		60-69		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Especialista de 1ª	M							3	12,5	1	100	4	3,8
	F					2	10,5	2	8,3			4	3,8
	Total					2	10,5	5	20,8	1	100	8	7,6
Especialista	M			1	3,1	1	5,3	4	16,7			6	5,7
	F					3	15,8					3	2,9
	Total			1	3,1	4	21,1	4	16,7			9	8,6
Principal	M			2	6,3	2	10,5	5	20,8			9	8,6
	F			3	9,4	5	26,3	3	12,5			11	10,5
	Total			5	15,6	7	36,8	8	33,3			20	19,0
1ª Classe	M			4	12,5	3	15,8	3	12,5			10	9,5
	F			9	28,1	2	10,5	2	8,3			13	12,4
	Total			13	40,6	5	26,3	5	20,8			23	21,9
2ª Classe	M	10	34,5	4	12,5	1	5,3					15	14,3
	F	19	65,5	9	28,1			2	8,3			30	28,6
	Total	29	100	13	40,6	1	5,3	2	8,3			45	42,9

## 1.6. O instrumento de recolha de dados

Na metodologia proposta para o estudo, uma das etapas que é necessário referir é os métodos e técnicas para proceder à recolha de dados. Tendo em conta a fundamentação teórica efectuada, atendendo aos objectivos propostos e com base num conjunto de reflexões teóricas pertinentes optei pelas seguintes técnicas: pesquisa bibliográfica e inquérito por questionário.

Acerca da primeira técnica, DANIELA BOISVERT refere que a pesquisa bibliográfica é “uma das etapas primordiais da exploração de um assunto e implica fazer um inventário de tudo o que há disponível sobre uma temática” (GAUTHIER, 2003:97).

No início do estudo é imprescindível averiguar se o tema já foi estudado e quais os autores que já trataram de questões relacionadas com o objecto de estudo ou no mesmo âmbito. Para tal, pode-se recorrer à consulta de livros, artigos científicos, teses, relatórios, circulares, legislação, etc.



BELL é de opinião que “a fase da leitura se poderá prolongar pela fase de recolha de dados” (BELL, 1997:51) e é uma fase bastante complexa, pois “(...) a observação de documentos envolve procedimentos muito diversificados, desde logo porque são muito diversos também os documentos reveladores de fenómenos sociais” (ALMEIDA e PINTO 1995:104). Por isso, é muito importante seguir algumas linhas de orientação que permitirão traçar um plano de pesquisa e alguns passos têm de ser dados. Mas planear uma pesquisa bibliográfica exige determinadas perícias, sendo a principal a que permita definir com precisão aquilo que pretende (BELL, 1997:60).

Em suma, a pesquisa bibliográfica é uma etapa essencial à exploração de um domínio de investigação porque “a consulta a diversas fontes documentais não só fornece ao investigador ocasião para verificar o estado dos conhecimentos no domínio de investigação a estudar, (...) alarga o campo de conhecimentos, estrutura o seu problema de investigação e estabelece ligações entre o seu projecto e os trabalhos de investigação efectuados por outros investigadores” (FORTIN, 1999:73).

No caso específico deste estudo, a pesquisa bibliográfica pode ser vista como complemento da técnica de recolha de informação para dar uma ideia do que é conhecido acerca do tema das condições de trabalho.

A outra técnica, o inquérito por questionário foi o escolhido por ser o recurso metodológico capaz de viabilizar a obtenção da visão global, de amplitude de dois distritos. Este tem a finalidade de abranger todos os técnicos de radiologia dos hospitais e centros de saúde dos distritos de Santarém e Leiria, e, ainda, possibilita a recolha de um vasto leque de informação sobre a profissão de TR, mais especificamente sobre as condições de trabalho. O inquérito por questionário permite uma recolha de dados essencialmente quantitativa, dado que a informação obtida é “estática”.

Este manancial de informação, embora com as limitações inerentes a esta técnica quantitativa, possibilita a obtenção de uma visão panorâmica da área das condições de trabalho dos TR. O objectivo é conceber um bom inquérito que me dê a informação necessária, que, por um lado, seja aceite pelos técnicos e, por outro, não me levante problemas na altura de os analisar e interpretar.

Para este ser aplicado, anteriormente pedi autorização aos Conselhos de Administração para levar acabo a investigação (anexo 3).

Nesta técnica de recolha de dados o que pretendo é saber qual percepção dos TR em relação à: (i) Importância que o Conselho de Administração atribui à sua participação no domínio da SH&ST; (ii) Prioridade que é atribuída à SH&ST pelo Conselho de Administração; (iii) Natureza dos riscos associados ao trabalho dos TR; (iv) Iniciativas (programas e actividades) que as instituições de saúde levam a cabo com vista a prevenir os riscos profissionais e a promover a saúde dos trabalhadores. E ainda tentar perceber: (v) Como se processa a comunicação/informação nos H/CS; (vi) Que tipo de gestão/liderança os TR estão sujeitos e (vii) O grau de modernização tecnológica dos serviços de radiologia.

### **1.6.1. Estrutura e conteúdo do questionário - Pré-teste**

O questionário sobre “As condições de trabalho dos TR” (Anexo 1) foi readaptado de um pré existente sobre “*Política(s) de Saúde no Local de Trabalho*” da autoria de LUÍS GRAÇA. Este questionário foi dirigido aos representantes máximos das empresas (pessoas colectivas, empresas societárias e outras, representadas pelos respectivos membros da direcção ou administração) e tinha como objectivo conhecer através do ponto de vista da Direcção as CT dos trabalhadores, enquanto que o meu questionário parte directamente da opinião e do conhecimento que os TR têm em relação ao mesmo assunto.

A readaptação baseou-se praticamente na transformação das questões mais específicas das empresas para os hospitais e centros de saúde, (especificamente serviços de radiologia e TR), mesmo assim foi necessário retirar questões que não se aplicavam às instituições de saúde (a dimensão do questionário diminuiu).

Os vários exemplos dados ao longo do questionário foram alterados de acordo com a especificidade dos hospitais/centros de saúde e serviços de radiologia.

Após a elaboração do questionário para a sua validação realizei um pré teste.

Assim, planeei e apliquei um pré-teste a alguns TR que desempenham funções num hospital do mesmo nível dos hospitais dos distritos de Santarém e Leiria.

O pré-teste indica “como as questões e as respostas são compreendidas, permite evitar erros de vocabulário e de formulação e salientar recusas, incompreensões e equívocos” (GLIGLIONE e MATALON, 2001:157).

Após “verificadas as falhas, deve-se reformular o questionário, conservando, modificando, ampliando ou eliminando itens” e então pode ser “aplicado mais de uma vez, tendo em vista o seu aprimoramento e o aumento da sua validade” (LAKATOS e MARCONI: 2002:100).

Foi aplicado o pré-teste a cinco TR, onde o *feed-back* que obtive em relação à dimensão foi que era um pouco grande e que era necessário despende algum tempo e uma certa concentração. Também foi mencionado que em relação a alguns assuntos, ou não sabiam, ou não se aplicava no seu local de trabalho, e ainda que não estavam suficientemente informados e não sabiam como responder a estas questões.

Daí que decidi mencionar na capa do questionário “*por favor tente não deixar perguntas sem respostas, mas se as respostas não se aplicarem deixe em branco e passe para a seguinte*”.

No questionário constam cinco secções (identificadas pelas letras de A a E) num total de 34 questões (tabela). Praticamente todas as questões eram fechadas, com excepção da informação do n.º de técnicos que entraram e saíram da instituição nos últimos cinco anos (A8).

**Tabela n.º 21- Distribuição das perguntas do questionário**

<i>Secção</i>	<i>N.º de questões</i>	<i>Identificação</i>
<i>A</i>	<i>13</i>	<i>A1 a A13</i>
<i>B</i>	<i>9</i>	<i>B1 a B9</i>
<i>C</i>	<i>2</i>	<i>C1 a C2</i>
<i>D</i>	<i>5</i>	<i>D1 a D5</i>
<i>E</i>	<i>5</i>	<i>E1 a E5</i>
<b><i>TOTAL</i></b>	<b><i>34</i></b>	

**Secção A (A1 a A13)** Caracterização das Instituições de Saúde através de factores organizacionais.

Na secção A, as questões permitirão fazer uma sumária caracterização do Hospital ou Centro de Saúde, nomeadamente através dos factores organizacionais. Mais concretamente o que pretendo saber é:

- A1 – Se o TR tem algum cargo de chefia
- A2 – regime jurídico das instituições de saúde
- A3 – a atitude do técnico coordenador perante os TR quando é necessário uma tomada de decisão/alteração ou mudança no serviço
- A4 – se o TR participa nas decisões

- A5 – se o TR é informado sempre que à novas actividades
- A6 – como é que o TR tem conhecimento das informações internas
- A7 – se a informação chega a todos os TR atempadamente
- A8 – mobilidade do pessoal
- A9 – motivos da mobilidade
- A10 – se os H/CS têm feito investimentos
- A11 – como está o serviço equipado em relação à modernização tecnológica
- A12 – se o técnico coordenador tem atenção ao posto de trabalho, à rotatividade dos TR, à formação
- A13 – se os H/CS têm sistema de gestão da qualidade, sendo este um sinal de mudança no sentido da competitividade

### **Secção B (B1 a B9), Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho (SH&ST)**

Nesta secção, as questões têm fundamentalmente a ver com: (i) modalidade de organização e funcionamento dos serviços e actividades de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho (SH&ST), nos termos da legislação em vigor; (ii) os principais riscos e factores de risco a que estão expostos os trabalhadores; (iii) as formas de participação dos técnicos no domínio da SH&ST; (iv) em termos mais gerais, a política e a filosofia do seu hospital/centro de saúde neste domínio.

O que pretendo saber:

- B1 - se os H/CS têm serviço de SH&ST
- B2 - a frequência com que os TR se ausentam ao serviço
- B3 - a percepção das causas mais frequentes do absentismo
- B4 - a prioridade dada pelo CA aos problemas de saúde
- B5 - a percepção do TR sobre a natureza dos riscos a que está exposto
- B6 - as diferentes formas de participação dos TR em relação à SH&ST
- B7 - qual a importância atribuída pelo CA à participação dos TR em relação à SH&ST
- B8 - se os TR reconhecem quais os direitos que lhes são atribuídos por lei (DL n.º 441/91, de 14 de Novembro)
- B9 - a política e a prática do serviço de SH&ST do seu H/CS em relação aos outros

### **Secção C, (C1 a C2) Políticas, programas e actividades de Saúde**

Nesta secção, inclui apenas duas questões para identificar o número e a natureza das actividades realizadas nos últimos cinco anos, com implicações directas ou indirectas na melhoria da saúde, segurança e bem-estar dos Técnicos de Radiologia.

Podem-se distinguir cinco grupos principais de actividades:

Segurança e Higiene no Trabalho / Melhoria do ambiente físico do trabalho; Avaliação de saúde / Vigilância médica / Prestação de cuidados de saúde; Prevenção de comportamentos de risco / Promoção de estilos de vida saudáveis; Intervenções a nível organizacional / Melhoria do ambiente psicossocial de trabalho; Actividades e programas sociais e de bem-estar.

Algumas destas actividades podem não ser ditadas exclusivamente por preocupações com a saúde dos trabalhadores, tendo todavia uma maior ou menor componente de saúde (ex: a melhoria da ventilação, o apoio a programas recreativos e culturais). Outras têm um objectivo estritamente disciplinar (ex: a política relativa ao álcool ou à droga pode resumir-se só a testes de despistagem, sem qualquer componente de prevenção da doença ou de apoio ao trabalhador).

O que interessa saber:

C1 – a prevalência ou frequência das actividades

C2 – em que medida as actividades visavam a saúde dos trabalhadores.

#### **Secção D, Planeamento, implementação e avaliação das actividades**

Nesta secção, importa saber o seguinte:

D1 – as razões por que este H/CS investe na saúde e segurança dos seus profissionais;

D2 – a metodologia de acção que está a ser utilizada;

D3 – o grau de participação dos diferentes actores nas diferentes fases do processo;

D4 – os principais obstáculos

D5 – os principais factores facilitadores

D6 – os benefícios obtidos e esperados.

**Secção E, (E1 a E5) Planos e prioridades. Questões finais.**

Nesta última secção, gostaria de saber a opinião dos TR sobre a prioridade que deveria ser atribuída à melhoria da saúde dos profissionais. (por ex: em relação a outros objectivos de gestão como a qualidade, a produtividade, etc.).

E1 – prioridade que deveria ser atribuída, no futuro, à melhoria da saúde dos profissionais

E2 – prioridade que é atribuída, presentemente, à melhoria da saúde dos profissionais

E3 – prioridade é que na generalidade as instituições de saúde do Ministério da Saúde atribuem à melhoria da saúde dos profissionais

E4 – se estão previstos novos programas, actividades no domínio da saúde, que não tenham sido mencionados na Secção C

E5 – o interesse dos TR em adquirir mais informação, formação e se gostaria de ter um papel activo e mais participativo nas actividades de Promoção de saúde no trabalho.

## 1.7. Tratamento estatístico

Segundo PESTANA e GAGEIRO (2003:19) “a estatística é um instrumento matemático necessário para recolher, organizar, apresentar, analisar e interpretar dados”.

Na opinião de FORTIN (1999:269) “a estatística permite com a ajuda da estatística descritiva, resumir informação numérica de uma maneira estruturada, afim de obter uma imagem geral das variáveis medidas numa amostra. Por outro lado, ela permite, com a ajuda das estatísticas inferenciais, ou seja, dos testes estatísticos, determinar se as relações observadas entre certas variáveis numa amostra são generalizáveis à população de onde esta foi tirada”.

Perante os pressupostos mencionados, na análise descritiva dos dados obtidos através da aplicação de questionário, serão utilizadas: frequências absolutas (n.º) e relativas (%); Medidas de tendência central (médias). Na análise inferencial dos dados serão utilizados: Teste de  $X^2$ ; Teste de Normalidade (Kolmogorov-Smirnov), Teste Mann-Whitney, Phi e V-Cramer.

Os resultados serão apresentados em quadros e gráficos de modo a obter-se uma melhor visualização dos dados trabalhados, com o objectivo de permitir ao leitor uma correcta e fácil interpretação dos mesmos.

O tratamento estatístico será efectuado por computador, cujo software a utilizar é o S.P.S.S. (Statistical Package for the Social Sciences - versão 12). O SPSS segundo SILVA “é uma aplicação informática do ambiente Windows com diversas funcionalidades estatísticas, sendo orientada para: registo, validação e análise dos dados; concepção modular do tratamento e análise de dados (SILVA, 2003:13).

Resumindo e usando a opinião de POLIT & HUNGLER “os procedimentos estatísticos capacitam o pesquisador a reduzir, resumir, organizar, avaliar, interpretar, comunicar a informação, considerando a estatística descritiva para descrever e sintetizar e a inferencial como meio para se chegar a conclusões acerca da população através dos dados de uma amostra” (POLIT & HUNGLER, 1995:227).

## **1.8. Procedimentos formais e éticos**

Durante a pesquisa bibliográfica encontrei vários instrumentos de recolha de dados (questionários) sobre condições de trabalho mas só um área da saúde. Assim após uma profunda pesquisa decidi adaptar um questionário que me pareceu ser o mais indicado para o meu estudo.

Neste sentido, pedi a autorização ao seu autor para a sua utilização. A autorização foi concedida (Anexo 2) e tentei readaptá-lo com exemplos de instituições de saúde e especificamente de serviços de radiologia e para os TR.

Em relação aos princípios éticos as autoras POLIT & HUNGLER (1995:307) apontam a beneficência (que consiste na protecção dos sujeitos contra danos físicos e psicológicos), o respeito à dignidade humana (que significa liberdade por parte dos sujeitos em controlar as suas próprias actividades como participação voluntária num estudo), e a justiça (que inclui o direito a tratamento justo e de privacidade).

No sentido de respeitar os princípios mencionados, a aplicação do instrumento de recolha de dados foi devidamente autorizada pelas autoridades superiores das instituições em causa e na maior parte das instituições referiram para me dirigir ao técnico coordenador do serviço de radiologia passando a ser este a dar a autorização (Anexo 3).

Foram efectuados todos os procedimentos éticos, garantindo o anonimato para que nenhuma identificação dos intervenientes seja revelada.

Após a autorização para a recolha de dados, o passo seguinte foi a sua distribuição a todos os TR. Desloquei-me aos H/CS dos Distritos de Santarém e Leiria, em cada serviço de radiologia dirigi-me ao técnico coordenador a solicitar autorização e colaboração para a distribuição dos questionários, e este foi entregue pessoalmente aos técnicos que estavam de serviço, os restantes foram entregues aos colegas pelo técnico coordenador. Os questionários dos TR que trabalham nos centros de saúde da ARS do Distrito de Santarém foram entregues aos TR pela Presidente do Conselho Técnico na reunião mensal onde estavam praticamente todos presentes.

A respectiva distribuição e recolha procedeu-se entre 12/5/2005 e 15/6/2005, o que corresponde aos prazos estipulados, mas na primeira semana já tinha recolhido cerca de 30% dos questionários. Alguns foram até mesmo preenchidos no mesmo dia, pelo facto de os TR manifestarem disponibilidade de os entregar de imediato. O prazo de um mês foi para conseguir questionar todos os TR, mesmo os que estavam de férias na altura da entrega.

## **2. CARACTERIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS TÉCNICOS DE RADIOLOGIA**

Os dados que irei analisar foram obtidos por meio de questionário (Anexo 1) a 92 TR que trabalham nos hospitais e centros de saúde dos Distritos de Santarém e Leiria.

Assim, da análise estatística dos dados recolhidos obtive resultados que passo a apresentar na mesma ordem sequencial das perguntas do questionário e ainda por área temática de modo a facilitar a apresentação dos resultados e evidenciar o que é importante para o estudo. Para facilitar a sua visualização recorri a tabelas onde os valores percentuais dos resultados foram arredondados.

Existem itens que apresentam valores consideráveis de não respostas sendo que a explicação pode residir no facto de os TR não terem compreendido a pergunta ou não estarem sensibilizados para as questões da confidencialidade e sigilo dos dados que lhe dizem respeito. Pelo facto destes itens por vezes apresentarem percentagens elevadas de *missings* (<20%) decidi retirá-las do estudo para que não contribuíssem para o enviesamento dos resultados.



### 2.1.1. Secção A (A1 a A13) Caracterização das Instituições de Saúde através de factores organizacionais

Na secção A, todas as questões fornecem informação sobre os vários factores de mudança organizacional.

Para ser mais prática, passo a apresentar os resultados por factores de mudança organizacional, como: a liderança; comunicação/informação; rotatividade dos TR; tipo de gestão; investimentos/modernização tecnológica e qualidade.

#### Liderança

Na liderança os factores que tive em conta neste estudo foram o cargo de coordenação, as atitudes do coordenador perante a necessidade de uma tomada de decisão/alteração ou mudança e o posto de trabalho (conteúdo do trabalho, autonomia, atribuição de tarefas e a base de qualificação).

Em relação ao **cargo de coordenação**, de 92 TR inquiridos 8,8% foram nomeados *coordenador do serviço* nos 11 centros de saúde e 9 hospitais. Pode parecer pouco em 20 instituições de saúde, mas justifica-se este número porque em cada centro de saúde trabalham menos de 5 TR, logo estes não podem ser nomeados (segundo a carreira dos TDT) *coordenador do serviço*. Verifiquei ainda, pelas respostas dadas que não está instituída a coordenação de turno, pelo facto de só 2 TR terem referido ser *coordenador de turno* e 89% TR não têm *nenhum cargo de chefia*.

Tabela n.º 22 - Distribuição dos Técnicos de Radiologia pelo cargo que ocupam

Cargo que ocupa	Hospitais		C. Saúde		Total	
	N	%	N	%	N	%
Técnico coordenador	8	10,5			8	8,8
Coordenador de turno	1	1,3	1	6,7	2	2,2
Nenhum cargo de chefia	67	88,2	14	93,3	81	89,0
Total	76	100	15	100	91	100

As atitudes do coordenador perante a necessidade de uma tomada de **decisão/alteração ou mudança** no serviço foram igualmente questionadas. Segundo 74,1% dos inquiridos o *coordenador pede a opinião e considera-a*. Os resultados das respostas dadas a esta questão não deixa de ser curioso, pois na questão anterior nos CS os TR não tinham TC, e só 1 é que era coordenador de turno. Perante este facto questiono-me, a quem é que se referem quando estão a responder sobre as atitudes do TC? E ainda, será que têm um

Coordenador que não é TR? Ou será que consideram o Presidente do Conselho Técnico o TC?

**Tabela n.º 23 - Distribuição da opinião dos Técnicos de Radiologia das atitudes do Técnico Coordenador perante uma decisão/alteração ou mudança**

Decisão/alteração ou mudança	Hospitais		C. Saúde		Total	
	N	%	N	%	N	%
Coord. deixa correr	6	8,5			6	7,4
Coord. decide sozinho	10	14,1			10	12,3
Coord. pede opinião e não a considera	3	4,2	2	20,0	5	6,2
Coord. pede opinião e considera-a	52	73,2	8	80,0	60	74,1
Total	71	100	10	100	81	100

Quanto ao **posto de trabalho** a opinião dos TR, tanto nos hospitais como nos centros de saúde, é unânime. A maioria refere que o conteúdo do trabalho é *pobre e repetitivo* (63%), mas têm *autocontrolo* (85,7%). No entanto a distribuição das tarefas são atribuídas *a cada técnico* (77,2%) em detrimento da *equipa* (22,8%). Sempre que têm um equipamento novo no serviço a maioria dos TR (74,7%) aprendem através da *formação e experiência*. É de salientar que os TR dos CS referem um grau de autonomia superior e, como são muito poucos em cada CS, as tarefas praticamente não são atribuídas à equipa. Quando trabalham mais do que um TR num CS, os TR trabalham em turnos diferentes, não constituem equipa, logo a atribuição de tarefas faz todo o sentido ser a um técnico.

**Tabela n.º 24 - Distribuição da opinião dos Técnicos de Radiologia quanto ao posto de trabalho**

Posto de trabalho		Hospitais		C. Saúde		Total	
		N	%	N	%	N	%
<b>Conteúdo do trabalho</b>	Pobre/repetitivo	43	62,3	8	66,7	51	63,0
	Rico/variado	26	37,7	4	33,3	30	37,0
	Total	69	100	12	100	81	100
<b>Autonomia</b>	Controlo pelo coord.	11	15,3	1	8,3	12	14,3
	Autocontrolo	61	84,7	11	91,7	72	85,7
	Total	72	100	12	100	84	100
<b>Princípio da atribuição de tarefas</b>	A um técnico	53	75,7	8	88,9	61	77,2
	Equipa	17	24,3	1	11,1	18	22,8
	Total	70	100	9	100	79	100
<b>Base de qualificação</b>	Experiência	16	25,0	3	27,3	19	25,3
	Experiência/formação	48	75,0	8	72,7	56	74,7
	Total	64	100	11	100	75	100

### Comunicação / Informação

Numa leitura global da tabela n.º 25 verifiquei que os inquiridos tanto nos hospitais como nos centros de saúde acham que estão bem informados (70,3%) sobre as novas actividades ou decisões que impliquem alterações/mudanças significativas. Inclusive,

eles próprios quando têm *ideias inovadoras* também as partilham praticamente sempre com os colegas do serviço (71,6%), *outros profissionais* (4,5%) e com o *coordenador do serviço* (18,2%).

No entanto, na sua percepção a *informação interna* chega em regra *aos chefes em tempo útil* (52,2%) através de *circulares* (80,2%). Mas é de salientar que 28,9% dos TR acham que a informação só chega *aos chefes e a alguns profissionais*, o que se pode confirmar na questão A5 (é informado sobre novas actividades...) os que referem *não serem informados* (6,6%) e os que *raramente são informados* (23,1%). Ou seja, na totalidade estes são 29,7%, valor idêntico aos que referem que a informação só chega *aos chefes e a alguns profissionais* (28,9%). Apesar do meio ou canal de comunicação formal mais utilizado nos H/CS ser as *circulares* (80,2%), ainda existe uma boa percentagem de TR que não se sente informado. Verifico mais uma vez que nos CS os TR não têm ou têm poucos colegas, pois a informação interna não se processa de pessoa a pessoa.

Tabela n.º 25 - Distribuição da percepção dos Técnicos de Radiologia sobre a comunicação/informação

Comunicação/informação		Hospitais		C. Saúde		Total	
		N	%	N	%	N	%
Ideia inovadora	Sim, colegas do serviço	50	68,5	13	86,7	63	71,6
	Sim, outros prof. de saúde	4	5,5			4	4,5
	Sim, coordenador do serviço	14	19,2	2	13,3	16	18,2
	Não, não conta a sua opinião	2	2,7			2	2,3
	Outra razão	3	4,1			3	3,4
	Total	73	100	15	100	88	100
Informado sobre novas actividades	Raramente	16	21,3	5	31,3	21	23,1
	Sim	53	70,7	11	68,8	64	70,3
	Não	6	8,0			6	6,6
	Total	75	100	16	100	91	100
Informações internas	Reuniões			1	8,3	1	1,2
	Circulares	58	78,4	11	91,7	69	80,2
	Pessoa a pessoa	16	21,6			16	18,6
	Total	74	100	12	100	86	100
As informações chegam	Aos chefes em tempo útil	38	50,7	9	60,0	47	52,2
	Só aos chefes e alguns profissionais	25	33,3	1	6,7	26	28,9
	Aos chefes e muito mais tarde	12	16,0	5	33,3	17	18,9
	Total	75	100	15	100	90	100

### Rotatividade dos TR

Em média nos últimos cinco anos *entraram* 4,39 TR e *sairam* 3,37 TR, sendo que o número mínimo de entradas e saídas nos hospitais e centros de saúde foi de zero. Pode isto dizer que existiu rotatividade, com o n.º máximo de 15 entradas e 14 saídas, que por ano dá em média a entrada de 3 TR novos no serviço. Concluo também, que em cinco

anos nestes dois distritos o número de TR praticamente manteve-se, ou seja, não aumentou o número de efectivos. Isto pode ser verificado pela diferença entre o valor do n.º de técnicos que entraram e o valor do n.º de técnicos que saíram.

**Tabela n.º 26 - Distribuição da percepção dos Técnicos de Radiologia sobre as entradas e saídas de Técnicos de Radiologia no serviço**

	N	Média	Desvio padrão	Xmin	Xmáx
Técnicos que entraram	69	4,39	2,65	0	15
Técnicos que saíram	68	3,37	2,45	0	14

Da percepção dos 100% de TR inquiridos o principal **motivo da saída** dos TR é a *transferência / aposentação* (52,1%). Mais se confirma que o número de TR que entraram é idêntico ao número dos que saíram, pois estes saíram na maioria para a aposentação e foram substituídos por outros. Verifico também, que além do motivo apresentado nos CS os TR saem para ir trabalhar para outro local de trabalho com *Melhores perspectivas*. O contrário se passa nos hospitais em que a *entrada no quadro* é o motivo porque os TR saem mais.

**Tabela n.º 27 - Distribuição da percepção dos Técnicos de Radiologia sobre o motivo da saída**

Motivos da saída	Hospitais		C. Saúde		Total	
	N	%	N	%	N	%
Transferência/aposentação	33	51,6	4	57,1	37	52,1
Entrada no quadro	17	26,6	1	14,3	18	25,4
Melhores perspectivas	14	21,9	2	28,6	16	22,5
Total	64	100	7	100	71	100

### Natureza jurídica

Neste factor de mudança organizacional obtive dois tipos de informação. A primeira, a distribuição dos TR inquiridos por hospitais e centros de saúde e, a segunda, o número de TR que trabalham em cada tipo de instituição. Da totalidade dos inquiridos verifiquei que só 18,5% TR trabalham em *centros de saúde* e que 81,5% TR trabalham em *hospitais* mas com regimes jurídicos diferentes. Destes, a maioria (51,1%) dos TR trabalham em *hospitais SA* (Sociedades Anónimas), o que significa que nos últimos cinco anos estão sob novas formas de gestão. Os restantes 30,4% dos TR ficaram no sector hospitalar público (SPA).

Tabela n.º 28 - Distribuição dos Técnicos de Radiologia pelos hospitais e centros de saúde

Instituições de saúde	N	%
Hospital SA	47	51,1
Hospital SPA	28	30,4
Centro de Saúde	17	18,5
Total	92	100

### Investimentos/modernização tecnológica e qualidade

Existem dois aspectos relevantes focados pelos entrevistados, que importa realçar. O primeiro, refere que os **investimentos** feitos nos últimos cinco anos a nível de produtos, processos, instalações e equipamentos visaram fundamentalmente o objectivo *melhoria das Condições de Trabalho* (32,9%). O segundo, é que nenhum TR referiu que o investimento feito nos hospitais foi para a melhoria das condições de SH&ST.

Mas o n.º total de TR que acha que houve **investimento** foi de 69,4%, valor este que se encontra distribuído pelos vários objectivos (*expansão* 6,1%; *racionalização* 1,2%; *substituição* 26,8%; *melhoria das CT* 32,9% e *melhoria das condições de SH&ST* 2,4%). Daí que seja consensual que uma grande parte dos TR considere *normal* (41,6%) o **grau de modernização tecnológica** do seu serviço. Ou seja, se alargar mais ainda a análise percebo que 71,9% dos TR acham que é *normal, alto e muito alto* o **grau de modernização** do seu serviço e ao contrário são poucos os que referem que o seu serviço tem um grau *muito baixo* de modernização tecnológica (9%) e um grau *baixo* (19,1%).

Tabela n.º 29 - Distribuição da percepção dos Técnicos de Radiologia acerca do investimento feito e o grau de modernização tecnológica do seu serviço

		Hospitais		C. Saúde		Total	
		N	%	N	%	N	%
Investimentos feitos	Expansão	5	7,5			5	6,1
	Racionalização	1	1,5			1	1,2
	Substituição	18	26,9	4	26,7	22	26,8
	Melhoria das CT	23	34,3	4	26,7	27	32,9
	Melhoria das cond. de SH&ST			2	13,3	2	2,4
	Não foram feitos investimentos	20	29,9	5	33,3	25	30,5
	Total	67	100	15	100	82	100
Modernização tecnológica	Muito baixo	7	9,3	1	7,1	8	9,0
	Baixo	11	14,7	6	42,9	17	19,1
	Normal	31	41,3	6	42,9	37	41,6
	Alto	21	28,0			21	23,6
	Muito alto	5	6,7	1	7,1	6	6,7
	Total	75	100	14	100	89	100

Foi consensual, para a maioria dos TR inquiridos que nos H/CS onde trabalham não existe **sistema de gestão de qualidade** (64,2%). Nesta questão os valores são muito idênticos nas respostas dadas para os hospitais e centros de saúde.

**Tabela n.º 30 - Distribuição da percepção dos Técnicos de Radiologia sobre a existência de sistema de gestão da qualidade**

		Hospitais		C. Saúde		Total	
		N	%	N	%	N	%
Sistema de gestão da qualidade	Sim	25	36,8	4	30,8	29	35,8
	Não	43	63,2	9	69,2	52	64,2
Total		68	100	13	100	81	100

Resumidamente, pelos resultados obtidos nestes factores de mudança organizacional (Investimentos/modernização tecnológica e qualidade) verifico que houve investimentos (69,4%), o grau de modernização tecnológica vai do normal ao muito alto (71,9%) e que na maioria dos H/CS não existe sistema de gestão de qualidade (64,2%).

### **2.1.2. Secção B (B1 a B9) Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho**

Nesta secção as perguntas do questionário, foram agrupadas de modo a obter respostas sobre: modalidade de organização e funcionamento dos serviços e actividades de SH&ST, nos termos da legislação em vigor; os principais riscos e factores de risco a que estão expostos os trabalhadores; as formas de participação dos técnicos no domínio da SH&ST; em termos mais gerais, a política e a filosofia do hospital/centro de saúde neste domínio.

#### **Modalidade de organização e funcionamento dos serviços SH&ST**

Para os 100% dos inquiridos, cerca de 58,4% afirma *ter serviço de SH&ST* e 36,4% *não tem*. Mas o importante independentemente da modalidade de organização do serviço de SH&ST é os H/CS terem em funcionamento serviços e actividades de SH&ST. Assim, se associarmos os H/CS *com serviço de SH&ST* com os que *recorrem a um serviço externo* obtemos 63,6%, posso afirmar que mais de metade dos TR inquiridos têm no H/CS acesso a um serviço de SH&ST. Quando comparo os hospitais e centros de saúde verifico que nos hospitais a maioria dos TR referem ter serviço de SH&ST (65,1%) e também a maioria nos CS referem não ter serviço de SH&ST.

Tabela n.º 31 - Distribuição da percepção dos Técnicos de Radiologia sobre a existência de serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho

Modalidade adoptada no H/CS	Hospitais		C. Saúde		Total	
	N	%	N	%	N	%
Tem serviço SH&ST	41	65,1	4	28,6	45	58,4
Não tem serviço SH&ST	19	30,2	9	64,3	28	36,4
Recorre a um serviço externo	3	4,8	1	7,1	4	5,2
Total	63	100	14	100	77	100

### Ausência ao serviço

Observando a tabela da variável ausência ao serviço posso afirmar que os técnicos **ausentam-se ao serviço** por doença/acidente de trabalho com *pouca frequência* (68,1%), seguindo-se os que *raramente* se ausentam (13,2%). Verifico que a maioria dos inquiridos pouco se ausentam, representando um peso percentual na ordem dos 81,3%. Destes, 68,1% pertence a pouca frequência e 13,2% a raramente. Nos CS existe um maior número de TR (33,4%) que se ausentam com muita frequência, habitualmente e frequentemente em relação aos TR dos hospitais (15,7%), ou seja, assinalo que a maioria dos TR nos hospitais ausentam-se raramente ou com pouca frequência (84,2%). Concluo que nos CS os TR inquiridos se ausentam com mais frequência ao serviço que nos hospitais.

Em relação às causas mais frequentes do absentismo no trabalho foi igualmente questionado aos TR a sua opinião. Verifico que os TR na maioria se ausentam ao serviço por *acidentes, lesões e stress* (38%), *doenças do foro psiquiátrico* (32,6%) e por *doenças do sistema respiratório* e do *sistema osteomuscular* (23,9%). Sendo estas as principais causas da ausência dos TR nos H/CS. Se bem que ao analisar os hospitais em relação aos CS verifico que as três principais causas não são comuns. A primeira causa é comum, sendo um valor mais elevado para os hospitais. A segunda causa para os TR que trabalham nos hospitais são *as doenças do foro psiquiátrico* e para os que trabalham nos CS são *as doenças do sistema osteomuscular* e o *uso indevido da baixa por doença*. A terceira causa para os TR dos hospitais são *as Doenças do sistema respiratório* e para os TR dos CS são *doenças do foro psiquiátrico* e *as doenças do sistema respiratório*.

A leitura da distribuição da ausência por hospitais e centros de saúde revela que os CS, em termos globais, apresentam um maior número do que os hospitais na ausência por *doenças do sistema osteomuscular* e *doenças do sistema circulatório*. De assinalar ainda que apresentam o dobro do valor de *uso indevido da baixa por doença*.

Tabela n.º 32 - Distribuição da percepção dos Técnicos de Radiologia segundo a frequência com que se ausentam ao serviço

Ausência ao serviço	Hospitais		C. Saúde		Total	
	N	%	N	%	N	%
Muita frequência	3	3,9	1	6,7	4	4,4
Habitualmente	3	3,9	1	6,7	4	4,4
Frequentemente	6	7,9	3	20,0	9	9,9
Raramente	9	11,8	3	20,0	12	13,2
Pouca frequência	55	72,4	7	46,7	62	68,1
Total	76	100	15	100	91	100
<b>Causas mais frequentes da ausência</b>	N	%	N	%	N	%
<i>Acidentes e lesões</i>	30	39,5	5	31,3	35	38,0
<i>Stress</i>	30	39,5	5	31,3	35	38,0
<i>Doenças do foro psiquiátrico</i>	27	35,5	3	18,8	30	32,6
<i>Doenças do sistema osteomuscular</i>	18	23,7	4	25,0	22	23,9
<i>Doenças do sistema circulatório</i>	3	3,9	2	12,5	5	5,4
<i>Doenças do sistema digestivo</i>	6	7,9	1	6,3	7	7,6
<i>Doenças do sistema respiratório</i>	19	25,0	3	18,8	22	23,9
<i>Uso indevido da baixa por doença</i>	8	10,5	4	25,0	12	13,0

### Problemas de saúde

Os problemas de saúde que mais preocupa os Conselhos de Administração em relação aos estilos de vida dos profissionais nos H/CS, não são *nenhum problema em especial* (42,4%), sendo esta a maior frequência encontrada (moda). Seguindo-se então, o *consumo de tabaco* (16,3%), o *consumo de álcool* (15,2%) e a *dificuldade de lidar com o stress* (13%). É de salientar que da percepção dos TR dos H/CS que os conselhos de administração não se preocupam com os problemas de saúde resultantes da *condução perigosa*, apesar de os acidentes do trajecto de casa/trabalho serem considerados acidentes de trabalho. Verifico ainda que as preocupações dos conselhos de administração em relação aos problemas de saúde dos seus profissionais dos hospitais e dos CS são diferentes. Nos CS existe uma maior preocupação com o *consumo de tabaco*, *falta de hábitos de exercício físico* e a *Alimentação desequilibrada*, enquanto que a preocupação dos conselhos de administração dos hospitais é o *consumo de álcool* e *droga* e a *dificuldade em lidar com o stress*.



**Tabela n.º 33 - Distribuição da percepção dos Técnicos de Radiologia segundo os problemas de saúde que mais preocupam o Conselho de Administração**

Problemas de saúde	Hospitais		C. Saúde		Total	
	N	%	N	%	N	%
Consumo de álcool	13	17,1	1	6,3	14	15,2
Consumo de droga	9	11,8			9	9,8
Consumo de tabaco	12	15,8	3	18,8	15	16,3
Falta de hábitos de exercício físico	4	5,3	2	12,5	6	6,5
Dificuldade em lidar com o stress	10	13,2	2	12,5	12	13,0
Condução perigosa						
Alimentação desequilibrada	6	7,9	2	12,5	8	8,7
Nenhum problema em especial	33	43,4	6	37,5	39	42,4

### Os principais riscos e factores de risco

À questão sobre os principais riscos e factores de risco a que estão expostos os TR, a maioria, 70,1%, referiu *física, química e/ou biológica*, sendo esta a maior frequência relativa observada (moda), seguida dos riscos *de natureza psicossocial, relacionada com o trabalho* (24,1%) e os de *natureza psicossocial, relacionada com o indivíduo* (5,7%). Resultados estes que estão distribuídos de forma idêntica nos H/CS, sendo importante referir que nos CS não foram referidos riscos de natureza psicossocial relacionados com o indivíduo.

**Tabela n.º 34 - Distribuição da percepção dos Técnicos de Radiologia segundo a natureza dos riscos**

Principal natureza dos riscos	Hospitais		C. Saúde		Total	
	N	%	N	%	N	%
Física, químico e/ou biológica	50	67,6	11	84,6	61	70,1
Psicossocial, relacionada com o trabalho	19	25,7	2	15,4	21	24,1
Psicossocial, relacionada com o indivíduo	5	6,8			5	5,7
Total	74	100	13	100	87	100

### Participação dos TR em matéria de SH&ST

Ao analisar as diferentes formas de participação dos TR no domínio da SH&ST verifiquei que a maior ênfase foi dada à resposta *nenhuma em especial* (52,2%), sendo esta a frequência mais elevada (moda). Isto significa que a maioria dos TR acham que de todas estas formas de participação em matéria de SH&ST eles não participam em nenhuma. No extremo oposto, com 0 % situam-se a *comissão de trabalhadores* em que nenhum TR participa e das restantes participam nos hospitais em todas elas em pequenas percentagens. Verifico que as formas de participação nos CS são mais restritas, pois de catorze formas de participação apresentadas neste estudo apenas foram

referidas quatro, que são nomeadamente *Representantes eleitos p/ a SH&ST, Programas de ideias e sugestões, Reuniões gerais c/ as chefias e c/ a direcção.*

**Tabela n.º 35 - Distribuição da percepção dos Técnicos de Radiologia segundo as principais formas de participação**

Principais formas de participação	Hospitais		C. Saúde		Total	
	N	%	N	%	N	%
Representantes eleitos p/ a SH&ST	6	7,9	1	6,3	7	7,6
Comissão de SH&ST	5	6,6			5	5,4
Subcomissões de SH&ST	2	2,6			2	2,2
Comissão de trabalhadores						
Delegado/Comissão sindical	2	2,6			2	2,2
Programas de ideias e sugestões	4	5,3	1	6,3	5	5,4
Grupos de discussão e melhoria	8	10,5			8	8,7
Grupos de diagnóstico e projecto	5	6,6			5	5,4
Equipas de trabalho	6	7,9			6	6,5
Círculos de qualidade	2	2,6			2	2,2
Boletim/revista do hospital	4	5,3			4	4,3
Questionários de opinião	1	1,3			1	1,1
Reuniões gerais c/ a direcção	4	5,3	2	12,5	6	6,5
Reuniões gerais c/ as chefias	1	1,3	1	6,3	2	2,2
Nenhuma em especial	41	53,9	7	43,8	48	52,2

Em relação à variável, **importância que é atribuída pela direcção à participação dos TR em matéria de SH&ST** consultando a tabela verifico que 41% dos inquiridos acham que é *mínima a importância* que é dada (moda), seguindo-se 26,9% de *pouca importância* e com igual valor 10,3% *moderada importância* e *normal importância*.

Verifico que a importância dada pela direcção dos hospitais à participação dos TR é mínima. Daí que provavelmente a maioria dos TR não participe no domínio da SH&ST de forma alguma. Nos CS as respostas estão divididas de tal forma que os extremos da escala da importância atribuída à participação têm igual valor (a mínima importância e máxima importância com 12,5%) e igualmente para pouca importância e normal importância (18,8%). Com um olhar mais atento, verifico que nos CS a maioria acha que a importância atribuída pela direcção à sua participação em matéria de SH&ST é de *normal importância a máxima importância* (54,6%), enquanto nos hospitais a maioria é de *mínima importância a normal importância* (83,6%).

Tabela n.º 36 - Distribuição da percepção dos Técnicos de Radiologia segundo a importância atribuída à participação

Importância atribuída à participação	Hospitais		C. Saúde		Total	
	N	%	N	%	N	%
Mínima importância	30	44,8	2	18,2	32	41,0
Pouca importância	18	26,9	3	27,3	21	26,9
Moderada importância	8	11,9			8	10,3
Normal importância	5	7,5	3	27,3	8	10,3
Alguma importância	5	7,5	1	9,1	6	7,7
Muita importância	1	1,5			1	1,3
Máxima importância			2	18,2	2	2,6
Total	67	100	11	100	78	100

## Direitos

Em relação aos direitos que a direcção reconhece aos colaboradores no domínio da SH&ST verifico que, da percepção dos inquiridos, 44,6% dos TR acham o direito de *serem informados*, sendo este o direito que se destaca de todos os outros. O direito que se segue com metade deste valor é *ter formação* (22,8%), os restantes têm valores muito inferiores a estes até são mesmo menos que metade deste.

Tabela n.º 37 - Distribuição da percepção dos Técnicos de Radiologia segundo os direitos

Direitos	Hospitais		C. Saúde		Total	
	N	%	N	%	N	%
Ser informado	34	44,7	7	43,8	41	44,6
Formação	18	23,7	3	18,8	21	22,8
Ser consultado	9	11,8			9	9,8
Eleger representantes	8	10,5			8	8,7
Conhecer/investigar os riscos	9	11,8	1	6,3	10	10,9
Recusar o trabalho	3	3,9	1	6,3	4	4,3
Negociação	2	2,6			2	2,2
Co-decisão	2	2,6			2	2,2
Decisão	2	2,6			2	2,2

## Comparação com outros H/CS

Em relação à variável em análise o que pretendia saber era a opinião dos TR sobre o seu H/CS, comparando-o aos outros em relação às condições de SH&ST e à sua melhoria, por outro lado à política neste domínio e a preocupação dominante, por outro lado.. Observando os quadros de distribuição de frequências posso constatar que, no que diz respeito às **condições de SH&ST**, a maioria dos inquiridos consideram que o seu H/CS *tem os problemas típicos dos hospitais* (70%), sendo esta a maior frequência relativa observada (moda). Em relação à **política neste domínio** as opiniões divergiram por

todas as opções de resposta, mas a frequência mais elevada (35,5%) é referente a *nenhuma preocupação em especial*. É curioso assinalar que todos os TR dos CS acham que o seu CS não pode ser tomado como exemplo e ainda que tem problemas mas não sabe como resolvê-los (23,1%). Em relação à política neste domínio nos CS as duas principais preocupações são prevenir os riscos a nível do trabalho e promover a saúde e o bem-estar (75%), enquanto que nos hospitais ainda é referido como política reparar ou compensar riscos (4,7%) e prevenir os riscos a nível do trabalho/indivíduo e promover a saúde e o bem-estar (57,9%). Noto que os CS já estão mais sensibilizados para a promoção da saúde no local de trabalho do que nos hospitais.

**Tabela n.º 38 - Distribuição da percepção dos Técnicos de Radiologia em comparação com outros hospitais e centros de saúde**

Condições de SH&ST	Hospitais		C. Saúde		Total	
	N	%	N	%	N	%
Pode ser tomado como exemplo	2	3,0			2	2,5
Tem os problemas típicos dos hospitais	50	74,6	6	46,2	56	70,0
Tem problemas mas sabe como resolvê-los	7	10,4	4	30,8	11	13,8
Tem problemas mas não sabe como resolvê-los	8	11,9	3	23,1	11	13,8
Total	67	100	13	100	80	100
<b>Política neste domínio</b>	N	%	N	%	N	%
Reparar ou compensar riscos	3	4,7			3	3,9
Prevenir riscos a nível do indivíduo	14	21,9			14	18,4
Prevenir riscos a nível do trabalho	11	17,2	4	33,3	15	19,7
Promover a saúde e o bem-estar	12	18,8	5	41,7	17	22,4
Nenhuma preocupação em especial	24	37,5	3	25,0	27	35,5
Total	64	100	12	100	76	100

### 2.1.3. Secção C (C1 e C2) Políticas, programas e actividades de saúde

Nesta secção com apenas duas questões, na primeira (C1) interessa identificar o número e a natureza das actividades realizadas nos últimos cinco anos, com implicações directas ou indirectas na melhoria da saúde, segurança e bem-estar dos Técnicos de Radiologia. E na segunda questão (C2) pretendia saber se estas políticas, programas e actividades visam exclusivamente a saúde dos trabalhadores ou são ditadas por outras razões extrínsecas. As actividades foram distribuídas por cinco grupos principais:

Grupo 1 - Segurança e Higiene no Trabalho / Melhoria do ambiente físico do trabalho

Grupo 2 - Avaliação de saúde / Vigilância médica / Prestação de cuidados de saúde

Grupo 3 - Prevenção de comportamentos de risco / Promoção de estilos de vida saudáveis

Grupo 4 - Intervenções a nível organizacional / Melhoria do ambiente psicossocial de trabalho

## Grupo 5 - Actividades e programas sociais e de bem-estar

Na primeira questão (C1), pretendo saber que políticas, programas e actividades foram (ou estão a ser) realizadas no hospital/centro de saúde, com o objectivo mais ou menos explícito de prevenir as doenças e os acidentes, proteger a saúde dos trabalhadores, promover o seu bem-estar físico, mental e social, e em última análise melhorar o ambiente do trabalho, nos últimos cinco anos.

Esta variável faz parte de um dos objectivos deste estudo, e ao observar o quadro da distribuição de frequências posso concluir que no **grupo 1 – Segurança e Higiene no Trabalho / Melhoria do ambiente físico do trabalho** as três principais actividades referidas pelos inquiridos foram: *vestuário/equipamento de protecção individual* (37%) dos inquiridos, seguindo-se o *controlo de substâncias tóxicas, irritantes ou perigosas* com 33,7% e a *melhoria do conforto térmico/climatização* com 30,4%. Das restantes actividades, a *melhoria da ordem e limpeza* tem um valor próximo a estes apresentados (29,3%), no entanto todas as outras actividades apresentam dados com valores mais baixos sem diferenças muito visíveis. Mas é de salientar que de todas as actividades no grupo Segurança e Higiene no Trabalho / Melhoria do ambiente físico do trabalho nos hospitais são todas praticadas excepto as auditorias ambientais periódicas, enquanto que nos centros de saúde são quatro as actividades não referidas, nomeadamente *Automatização de operações perigosas, Prevenção e redução do ruído, Sistema de sinalização de SH&ST e Prevenção e redução dos acidentes de trabalho*.

É curioso salientar que o sistema de sinalização de SH&ST não tenha sido referido nos centros de saúde e foi baixa a existência nos hospitais (11,8%), apesar de ser obrigatório por lei.

Verifico que as actividades com as frequências mais elevadas são iniciativas para protecção dos profissionais, como o *vestuário/equipamento de protecção individual* (37%), a *protecção colectiva dos equipamentos* (14,1%).

As iniciativas que visam a melhoria do ambiente físico de trabalho, têm frequências com valores também elevadas, como a *Melhoria do conforto térmico/climatização* (30,4%), *Melhoria da ordem e limpeza* (29,3%), com valores mais baixos a *Melhoria dos espaços de trabalho individuais* (15,2%), e a *Melhoria da iluminação* (7,6%).

Na área da prevenção dos profissionais, as actividades *Prevenção e redução dos acidentes de trabalho* (5,4%), *Prevenção e redução do ruído* (2,2%) e a *Automatização de operações perigosas* (1,1%) foram muito pouco referidas pelos TR dos hospitais e dos centros de saúde, sendo mesmo as actividades com menor frequência. Ainda com valores que não chegam aos 10% encontro a *formação/treino em SH&ST* e a *avaliação periódica das condições de trabalho*.

**Tabela n.º 39 - Distribuição da percepção dos Técnicos de Radiologia quanto à Segurança e Higiene no Trabalho / Melhoria do ambiente físico do trabalho**

Segurança e Higiene no Trabalho / Melhoria do ambiente físico do trabalho	Hospitais		C. Saúde		Total	
	N	%	N	%	N	%
Vestuário/equipamento de protecção individual	31	40,8	3	18,8	34	37,0
Controlo de subst. tóxicas, irritantes ou perigosas	23	30,3	8	50,0	31	33,7
Protecção colectiva dos equipamentos	8	10,5	5	31,3	13	14,1
Automatização de operações perigosas	1	1,3			1	1,1
Prevenção e redução do ruído	2	2,6			2	2,2
Auditorias ambientais periódicas			3	18,8	3	3,3
Prevenção e redução dos acidentes de trabalho	5	6,6			5	5,4
Sistema de sinalização de SH&ST	9	11,8			9	9,8
Melhoria da iluminação	5	6,6	2	12,5	7	7,6
Melhoria do conforto térmico/climatização	24	31,6	4	25,0	28	30,4
Melhoria dos espaços de trabalho individuais	13	17,1	1	6,3	14	15,2
Melhoria da ordem e limpeza	23	30,3	4	25,0	27	29,3
Avaliação periódica das condições de trabalho	4	5,3	1	6,3	5	5,4
Formação/treino em SH&ST	7	9,2	2	12,5	9	9,8

Em relação ao **grupo 2 - avaliação de saúde / vigilância médica / prestação de cuidados de saúde** dos 92 dos inquiridos, 50% mencionou a *vacinação*, sendo a actividade com maior frequência (moda), seguindo-se 31,5% os *exames de vigilância médica periódica* e com o mesmo valor (8,7%) duas actividades, os *exames iniciais e ocasionais* e *consultas regulares de clínica geral*. Não deixa de ser curioso que os TR, tanto nos hospitais como nos CS, praticamente não referiram o apoio do pessoal de enfermagem para a avaliação de saúde / vigilância médica / prestação de cuidados de saúde. No entanto na prática a enfermagem tem um papel tão importante na prestação de cuidados de saúde. Este facto vem confirmar que a saúde ocupacional ainda hoje pode ser considerada medicocêntrica, tal como refere GRAÇA quando “(...) uma vez desde logo ficou excluído, nos textos legais referentes à organização de “serviços médicos do trabalho” produzidos em 1962 e 1967, o contributo profissional dos enfermeiros” (GRAÇA, 1999:8).

Também o mesmo se passa com as consultas regulares de outras especialidades médicas. Nos CS ainda se compreende, porque na maioria só se realizam consultas de clínica geral enquanto que nos hospitais onde praticam tantos tipos de consulta, como por exemplo diabetes, dietética, oftalmologia, psiquiatria, hipertensão arterial, etc. Com estes resultados parece que os TR não sofrem de nenhuma doença profissional ou que os problemas que vão surgindo são tão simples que não é preciso recorrer a outras especialidades médicas.

**Tabela n.º 40 - Distribuição da percepção dos Técnicos de Radiologia quanto à Avaliação de saúde / Vigilância médica / Prestação de cuidados de saúde**

Avaliação de saúde / Vigilância médica / Prestação de cuidados de saúde	Hospitais		C. Saúde		Total	
	N	%	N	%	N	%
Exames de vigilância médica periódica	24	31,6	5	31,3	29	31,5
Exames iniciais e ocasionais	7	9,2	1	6,3	8	8,7
Tratamento e reabilitação de doenças do trabalho	4	5,3	1	6,3	5	5,4
Consultas regulares de clínica geral	7	9,2	1	6,3	8	8,7
Consultas regulares de outras esp. médicas	1	1,3			1	1,1
Apoio do pessoal de enfermagem	1	1,3			1	1,1
Apoio de outros profissionais de saúde	4	5,3	3	18,8	7	7,6
Vacinação	42	55,3	4	25,0	46	50,0

Para 100% dos inquiridos, as três principais actividades referidas em relação à **prevenção de comportamentos de risco/promoção de estilos de vida saudáveis** foram o *consumo de tabaco* (20,7%), a *formação/ensino* (19,6%) e a *informação/educação e controlo da tensão arterial* (18,5%). Se atender, ao número de TR que em cada uma destas actividades por hospitais e CS, parece-me que nos hospitais têm uma maior expressão para *informação/educação, formação/ensino e consumo de tabaco* (60,6%) enquanto que os CS têm uma maior expressão para a *Informação / educação, Controlo da tensão arterial e Actividade física* (81,3%). Estes resultados são idênticos aos encontrados na questão da percepção dos TR segundo os problemas de saúde que mais preocupam o Conselho de Administração, o que poderá querer dizer que os TR acham que os Conselhos de Administração implementam na prática os programas e actividades de saúde que acordo com as suas preocupações, ou seja são coincidentes as políticas, programas e actividades que estão a ser realizadas nos H/CS com o objectivo mais ou menos explicito de prevenir as doenças e os acidentes, proteger a saúde dos trabalhadores, promover o seu bem-estar físico, mental e social, e em última análise melhorar o ambiente do trabalho.

**Tabela n.º 41 - Distribuição da percepção dos Técnicos de Radiologia quanto à Prevenção de comportamentos de risco / Promoção de estilos de vida saudáveis**

Prevenção de comportamentos de risco / Promoção de estilos de vida saudáveis	Hospitais		C. Saúde		Total	
	N	%	N	%	N	%
Consumo de álcool	7	9,2	1	6,3	8	8,7
Consumo de tabaco	16	21,1	3	18,8	19	20,7
Consumo de droga	4	5,3	2	12,5	6	6,5
Actividade física	9	11,8	6	37,5	15	16,3
Informação / educação	13	17,1	4	25,0	17	18,5
Formação /ensino	17	22,4	1	6,3	18	19,6
Nutrição	5	6,6	2	12,5	7	7,6
Acidentes de trajecto	1	1,3			1	1,1
Controlo da tensão arterial	12	15,8	5	31,3	17	18,5
Controlo de peso	6	7,9	3	18,8	9	9,8

No grupo 4 – intervenções a nível organizacional / melhoria do ambiente psicossocial de trabalho 25% dos TR referem a *reestruturação do trabalho*, 15,2% a *flexibilização do tempo de trabalho* e 8,7% a *reestruturação dos turnos/trabalho nocturno*, sendo estas consideradas pelos TR as três principais actividades ao nível deste grupo. Nos hospitais foram mencionadas todas as actividades que impulsionam intervenções a nível organizacional e melhoria do ambiente psicossocial de trabalho, enquanto que nos CS duas actividades não foram referidas, nomeadamente a *flexibilização do tempo de trabalho* e a *ergonomia do posto de trabalho*.

**Tabela n.º 42 - Distribuição da percepção dos Técnicos de Radiologia quanto às Intervenções a nível organizacional / Melhoria do ambiente psicossocial de trabalho**

Intervenções a nível organizacional / Melhoria do ambiente psicossocial de trabalho	Hospitais		C. Saúde		Total	
	N	%	N	%	N	%
Reestruturação do trabalho	17	22,4	6	37,5	23	25,0
Flexibilização do tempo de trabalho	14	18,4			14	15,2
Reestruturação dos turnos/trabalho nocturno	7	9,2	1	6,3	8	8,7
Política de absentismo orientada p/ a prevenção	2	2,6	1	6,3	3	3,3
Sist. participativos c/ a gestão da qualidade total	4	5,3	1	6,3	5	5,4
Formação/treino em comport. organizacional	5	6,6	1	6,3	6	6,5
Formação/treino em gestão de recursos humanos	2	2,6	1	6,3	3	3,3
Ergonomia do posto de trabalho	3	3,9			3	3,3

Quanto aos resultados obtidos no grupo 5 - actividades e programas sociais e de bem-estar, é de salientar que os TR, quer nos hospitais, quer nos centros de saúde, privilegiaram mais as *instalações para os técnicos* (33,7%), seguindo-se o *boletim/outras formas de comunicação* (23,9%) e o *apoio a actividades recreativas e culturais/festas* (18,5%). Nos hospitais as opções foram precisamente nesta ordem de referência, enquanto que nos CS a ordem de preferência foi inversa.



Tabela n.º 43 - Distribuição da percepção dos Técnicos de Radiologia quanto às Actividades e programas sociais e de bem-estar

Actividades e programas sociais e de bem-estar	Hospitais		C. Saúde		Total	
	N	%	N	%	N	%
Infra-estrutura para a prática de Act. Fís. no trabalho	9	11,8	1	6,3	10	10,9
Instalações para os técnicos	29	38,2	2	12,5	31	33,7
Prog. de assist. não clínica/grupos de auto-ajuda	1	1,3			1	1,1
Transportes fornecidos pelo hospital	6	7,9			6	6,5
Formação/treino em gestão do stress	2	2,6	2	12,5	4	4,3
Apoio a actividades recreativas e culturais/festas	12	15,8	5	31,3	17	18,5
Protecção social complementar	2	2,6	2	12,5	4	4,3
Outras formas de acção social complementar	2	2,6	1	6,3	3	3,3
Acons. psicológico/assistência sociofamiliar	2	2,6	1	6,3	3	3,3
Boletim/outras formas de comunicação	18	23,7	4	25,0	22	23,9

Na segunda questão (C2) pretendia saber se estas políticas, programas e actividades visam exclusivamente a saúde dos trabalhadores ou são ditadas por outras razões extrínsecas. Nos resultados obtidos, verifica-se a predominância de TR com a opinião de que estas actividades só *em parte* é que visam a saúde dos trabalhadores (de 28,4% a 47%). Na tabela verifica-se ainda que no grupo 2 se destacam duas opções de resposta com o mesmo valor máximo de frequência encontrado (28,4%), sendo *em parte* e *só em pequena parte*. O mesmo aconteceu no grupo 3 com o valor máximo, mas este partilhou o valor de 32,8% nas opções *em parte* e *em grande parte*.

Ainda é de salientar que tanto nos hospitais como nos centros de saúde no grupo 2 a totalidade dos TR achou que estes programas e actividades visam de algum modo a saúde e daí que foram unânimes quando nenhum referiu a opção *de modo nenhum visam a saúde*. É curioso salientar que em todos os grupos, tanto nos hospitais como nos centros de saúde, o número de TR apresenta um peso percentual que cresce no sentido *de nenhum modo visam a saúde até em parte visam a saúde*, atingindo aqui o maior peso percentual. Excepto no grupo 2 onde a situação se inverte, pois nos centros de saúde a maioria (45,5%) dos TR acharam que as actividades deste grupo *só em parte visam a saúde* decrescendo para *em parte visam a saúde* (18,2%).

**Tabela n.º 44 - Distribuição da percepção dos Técnicos de Radiologia quanto às Políticas, programas e actividades**

<b>Segurança e Higiene no Trabalho / Melhoria do ambiente físico do trabalho</b>	<b>Hospitais</b>		<b>C. Saúde</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
De modo nenhum visam a saúde	5	8,1			5	6,7
Só em pequena parte	16	25,8	4	30,8	20	26,7
Em parte	21	33,9	6	46,2	27	36,0
Em grande parte	15	24,2	2	15,4	17	22,7
Visam exclusivamente a saúde	5	8,1	1	7,7	6	8,0
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100</b>	<b>13</b>	<b>100</b>	<b>75</b>	<b>100</b>
<b>Avaliação de saúde / Vigilância médica / Prestação de cuidados de saúde</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
De modo nenhum visam a saúde						
Só em pequena parte	16	25,4	5	45,5	21	28,4
Em parte	19	30,2	2	18,2	21	28,4
Em grande parte	15	23,8	3	27,3	18	24,3
Visam exclusivamente a saúde	13	20,6	1	9,1	14	18,9
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>74</b>	<b>100</b>
<b>Prevenção de comportamentos de risco / Promoção de estilos de vida saudáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
De modo nenhum visam a saúde	4	7,3			4	6,0
Só em pequena parte	10	18,2	2	16,7	12	17,9
Em parte	18	32,7	4	33,3	22	32,8
Em grande parte	18	32,7	4	33,3	22	32,8
Visam exclusivamente a saúde	5	9,1	2	16,7	7	10,4
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>67</b>	<b>100</b>
<b>Intervenções a nível organizacional / Melhoria do ambiente psicossocial de trabalho</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
De modo nenhum visam a saúde	4	7,3	1	11,1	5	7,8
Só em pequena parte	12	21,8	2	22,2	14	21,9
Em parte	21	38,2	5	55,6	26	40,6
Em grande parte	13	23,6	1	11,1	14	21,9
Visam exclusivamente a saúde	5	9,1			5	7,8
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>64</b>	<b>100</b>
<b>Actividades e programas sociais e de bem-estar</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
De modo nenhum visam a saúde	5	9,3	1	8,3	6	9,1
Só em pequena parte	10	18,5	2	16,7	12	18,2
Em parte	22	40,7	9	75,0	31	47,0
Em grande parte	13	24,1			13	19,7
Visam exclusivamente a saúde	4	7,4			4	6,1
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>66</b>	<b>100</b>

Irei resumir, analisando as duas questões (C1 e C2) em simultâneo para dar uma maior percepção acerca deste assunto do estudo. Assim, olhando com mais rigor estes dados no quadro é de salientar que destes cinco grupos o número total de actividades é de 50, estas actividades foram todas referenciadas pelos 92 TR inquiridos. Esta conclusão

pode-se confirmar visualizando os resultados nos quadros, pois não existe nenhuma actividade com o valor de 0% em simultâneo nos hospitais e nos centros de saúde.

Procurando ir mais longe, posso afirmar que as três principais actividades dos cinco grupos foram: *a vacinação* foi referenciada por 50% dos TR inquiridos, sendo esta a primeira actividade e encontra-se no grupo 2 - Avaliação de saúde / Vigilância médica / Prestação de cuidados de saúde. Com 37% foi *o vestuário / equipamento de protecção individual* sendo esta uma actividade do grupo 1 - Segurança e Higiene no Trabalho / Melhoria do ambiente físico do trabalho, com valor de 33,7% corresponde em simultâneo a duas actividades, que são *o controlo de substâncias tóxicas* pertencente ao grupo 1 - Segurança e Higiene no Trabalho / Melhoria do ambiente físico do trabalho e *as instalações para os técnicos* do grupo 5 - Actividades e programas sociais e de bem-estar.

Nos outros dois grupos (grupo 3 e 4) que não foram em cima mencionados, obtiveram como a maior frequência valores muito baixos (na ordem dos 20 a 25%). Com base nos resultados apurados nos quadros, observa-se que de um modo geral os TR em relação às políticas, programas e actividades nos cinco grupos acham que estas só *em parte visam a saúde* dos trabalhadores. Foi esta opção que obteve o resultado com as maiores frequências, com valores desde 28,4% a 47%. Mas em dois grupos o valor máximo foi partilhado, no grupo 2 com a opção só *em pequena parte* e no grupo 3 com a opção *em grande parte*.

Outro factor interessante e que merece uma observação é o facto de no grupo 2 - Avaliação de saúde / Vigilância médica / Prestação de cuidados de saúde nenhum TR escolheu a opção *de modo nenhum visam a saúde*, o que significa que os técnicos acham que todas as actividades inseridas neste grupo, visam a saúde.

#### **2.1.4. Secção D (D1 e D5) Planeamento, implementação e avaliação das actividades**

Nesta secção, pretendia saber as razões que levam os H/CS a investirem na saúde e segurança dos seus profissionais, sendo este um dos objectivos deste estudo; quais as metodologias de acção que estão a ser utilizadas; e, qual o grau de participação dos TR nas diferentes fases do processo; os obstáculos que se deparam neste domínio, bem como os benefícios obtidos e esperados.

### Principais motivos ou problemas que levam os H/CS a investirem

Com base nos resultados apurados na tabela, observa-se de um modo geral que os principais motivos ou problemas que levam na globalidade os H/CS a investirem na saúde e segurança dos seus profissionais são *a produtividade / qualidade / competitividade* (25%), sendo esta a maior frequência relativa observada (moda), seguindo-se das *baixas por doença* (19,6%) e o *normativo legal e convencional* (17,4%).

Olhando estes dados com mais rigor, posso afirmar que nos centros de saúde os TR referem além da *melhoria explícita da saúde* (25%) que os principais motivos ou problemas de saúde que levam ao investimento são motivos que implicam essencialmente uma intervenção a nível da cultura organizacional como o *Clima organizacional e Produtividade/Qualidade/Competitividade, Imagem externa/Prestigio e Filosofia/cultura da empresa* (62,6%). O que provavelmente está a acontecer nos centros de saúde será uma passagem para uma cultura de valorização que se verifica pela introdução de estratégias centradas na valorização dos seus recursos humanos.

Nos hospitais os principais motivos são mais ligados com o cumprimento da lei, preocupam-se com o *normativo legal e convencional*, com o *absentismo em geral*, as *baixas por doenças* e a *frequência/gravidade dos acidentes*. E as consequências destes três últimos problemas é o *aumento dos custos com o pessoal* e a *rotação de pessoal* que atinge valores percentuais na ordem dos 77,6%.

Tabela n.º 45 - Distribuição da percepção dos Técnicos de Radiologia quanto aos motivos ou problemas que levam os hospitais e centros de saúde investirem

Principais motivos ou problemas	Hospitais		C. Saúde		Total	
	N	%	N	%	N	%
Absentismo em geral	7	9,2	1	6,3	8	8,7
Baixas por doença	16	21,1	2	12,5	18	19,6
Frequência/gravidade dos acidentes	8	10,5			8	8,7
Clima organizacional	11	14,5	3	18,8	14	15,2
Normativo legal e convencional	15	19,7	1	6,3	16	17,4
Rotação de pessoal	7	9,2	1	6,3	8	8,7
Aumento dos custos com o pessoal	6	7,9			6	6,5
Produtividade / Qualidade / Competitividade	20	26,3	3	18,8	23	25,0
Melhoria explícita da saúde	11	14,5	4	25,0	15	16,3
Filosofia/cultura da empresa	3	3,9	2	12,5	5	5,4
Imagem externa / Prestigio	11	14,5	2	12,5	13	14,1
Reestruturação / Reconversão	7	9,2	1	6,3	8	8,7

## Participação dos TR

Constata-se pela manifestação dos entrevistados que, em relação à sua participação nas diferentes fases das actividades, que eles *são apenas informados*, sendo a maior frequência obtida nas duas fases (moda), correspondendo 40,2% à **fase de planeamento** e 45% à **fase de implementação**.

Verifico que os valores imediatamente inferiores a estes nas duas fases correspondem a *sem qualquer participação* (30,5% e 26,3%). Mais ainda, se alargar a análise verifico que a maioria dos TR (70,7%) na fase de planeamento e na fase de implementação (71,3%) *não têm qualquer participação* e *são apenas informados*.

Mas, no entanto, evidencia-se o facto de que no extremo oposto, ou seja, com a menor frequência (2,4% e 2,5%) os TR *são os principais responsáveis* pelo planeamento e implementação das actividades. É de salientar que dos 92 TR inquiridos dos H/CS de dois Distritos temos dois TR que em ambas as fases (planeamento e implementação) *são os principais responsáveis* pelas actividades de saúde e segurança dos seus profissionais, não deixa de ser interessante que a proveniência deles é um do hospital e o outro de um centro de saúde.

Neste sentido e em termos globais, comparando os dados referentes aos hospitais e centros de saúde, verifico que estes são idênticos e significam que os TR no planeamento e implementação dos programas e actividades de saúde têm ainda um grau muito baixo de participação.

Tabela n.º 46 - Distribuição da percepção dos Técnicos de Radiologia quanto à sua participação

Participação dos TR	Na fase de planeamento						Na fase de implementação					
	H		CS		Total		H		CS		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
São os principais responsáveis	1	1,4	1	8,3	2	2,4	1	1,5	1	8,3	2	2,5
Participam na negociação/decisão	3	4,3	1	8,3	4	4,9	5	7,4	1	8,3	6	7,5
São consultados	13	18,6	5	41,7	18	22,0	11	16,2	4	33,3	15	18,8
São apenas informados	31	44,3	2	16,7	33	40,2	32	47,1	4	33,3	36	45,0
Sem qualquer participação	22	31,4	3	25,0	25	30,5	19	27,9	2	16,7	21	26,3
Total	70	100	12	100	82	100	68	100	12	100	80	100

### **Principais obstáculos, factores facilitadores e benefícios**

Os principais obstáculos para que a implementação destas iniciativas tenham êxito são para a maioria dos TR a *falta de empenho da direcção* (54,3%), sendo esta a frequência mais elevada (moda), seguindo-se a *dificuldade de financiamento* (34,8%) e a *falta de empenho pessoal* (31,5%). Verifico que, tal como foi referido pela esmagadora maioria dos TR inquiridos, que o factor *falta de empenho* por parte da direcção e do resto do pessoal (85,8%) será o principal obstáculo para a implementação destas actividades.

Outra parcela com valor significativo provem da resposta *conflito com a produção* (0%), ou seja, de 92 TR dos hospitais e centros de saúde nenhum referiu esta opção como obstáculo. Posso concluir que para os TR inquiridos não existe conflito entre a produção e a implementação das actividades.

Com base nos resultados apurados na tabela, observo de um modo geral que a percepção dos TR quanto aos principais factores que facilitam a realização destes programas e actividades é para a maioria o *empenho do Conselho de Administração* (31,5%), *a equipa multidisciplinar* (29,3%) e o *empenho de todos os profissionais* (27,2%). Mais uma vez se verifica que a maioria dos TR (58,7%) manifestam o *factor empenho* quer para a direcção quer para o restante pessoal. Concluo que, o *factor empenho* aparece sempre referenciado em maioria, como principal obstáculo quando existe ausência dele e como principal factor facilitador quando estamos na sua presença.

Na tabela n.º 47, os valores espelham os resultados das manifestações dos inquiridos em relação aos principais benefícios que se obtém com a adopção de medidas com vista a melhorar a saúde dos profissionais, são *a melhoria da saúde* (56,5%) para a maioria dos TR (moda), o *reforço da motivação e satisfação* (34,8%) e a *melhoria da qualidade* 33,7%. Ainda com valores percentuais bastante elevados e que se desviam destes só por quatro pontos percentuais encontro a *redução com os custos de doenças/acidentes*, *melhoria do ambiente de trabalho* e a *melhoria da produtividade*.

É de realçar que 0% dos inquiridos, ou seja, nenhum TR referiu a opção *nenhum benefício em especial*, o que se pode concluir que as políticas, programas e actividades em que os H/CS investem poderão trazer sempre benefícios para a saúde dos profissionais.

Tabela n.º 47 - Distribuição da percepção dos Técnicos de Radiologia quanto aos principais obstáculos

Principais obstáculos	Hospitais		C. Saúde		Total	
	N	%	N	%	N	%
Falta de tempo	11	14,5			11	12,0
Dificuldade de financiamento	29	38,2	3	18,8	32	34,8
Falta de equipamento, instalações	21	27,6	3	18,8	24	26,1
Falta de empenho da direcção	39	51,3	11	68,8	50	54,3
Falta de empenho pessoal	22	28,9	7	43,8	29	31,5
Falta de apoio externo	4	5,3	2	12,5	6	6,5
Falta de enquadramento legal	2	2,6	1	6,3	3	3,3
Falta de especialistas nestas áreas	8	10,5	2	12,5	10	10,9
Falta de empenho do serviço de SH&ST	11	14,5	3	18,8	14	15,2
Problemas de articulação/comunicação	15	19,7	2	12,5	17	18,5
Conflito com a produção						
Principais factores facilitadores	N	%	N	%	N	%
<i>Política de SH&amp;ST</i>	15	19,7	4	25,0	19	20,7
<i>Orçamento específico para SH&amp;ST</i>	16	21,1	2	12,5	18	19,6
<i>Sentido de responsabilidade social</i>	15	19,7	4	25,0	19	20,7
<i>Existência de um serviço interno de SH&amp;ST</i>	20	26,3	4	25,0	24	26,1
<i>Equipa multidisciplinar</i>	24	31,6	3	18,8	27	29,3
<i>Informação sobre os custos de não qualidade</i>	5	6,6	1	6,3	6	6,5
<i>Empenho do Conselho de Administração</i>	26	34,2	3	18,8	29	31,5
<i>Empenho das chefias directas</i>	13	17,1	1	6,3	14	15,2
<i>Empenho de todos os profissionais</i>	21	27,6	4	25,0	25	27,2
<i>Empenho do médico do trabalho</i>	6	7,9	4	25,0	10	10,9
Principais benefícios	N	%	N	%	N	%
Melhoria da saúde	42	55,3	10	62,5	52	56,5
Cumprimento da legislação	11	14,5			11	12,0
Redução com os custos de doenças/acidentes	20	26,3	7	43,8	27	29,3
Melhoria da imagem externa	7	9,2			7	7,6
Melhoria das relações colectivas	1	1,3			1	1,1
Melhoria do ambiente de trabalho	23	30,3	6	37,5	29	31,5
Melhoria do nível de participação	5	6,6			5	5,4
Reforço da motivação e satisfação	29	38,2	3	18,8	32	34,8
Redução do absentismo	9	11,8	5	31,3	14	15,2
Melhoria da produtividade	22	28,9	5	31,3	27	29,3
Melhoria da competitividade	1	1,3			1	1,1
Melhoria da qualidade	28	36,8	3	18,8	31	33,7
Nenhum benefício em especial						

### 2.1.5. Secção E (E1 a E5) Planos e prioridades

Nesta secção interessa analisar a prioridade atribuída presentemente, no futuro e na generalidade dos H/CS, à melhoria da saúde dos profissionais e os novos programas, actividades no domínio da saúde que estão em curso ou estão previstas que não foram mencionados na Secção C. E também, identificar a necessidade que os TR sentem em

adquirir informação e formação na área de SH&ST. E ainda saber se os TR gostariam de ter um papel activo e mais participativo nas actividades de SH&ST e de PST.

### Prioridade atribuída à melhoria da saúde dos profissionais

Esta variável, prioridade atribuída à melhoria da saúde dos profissionais, foi questionada em relação ao presente, futuro e na generalidade dos H/CS. Conforme os dados obtidos (tabela n.º 48), noto que a maior ênfase foi dada à *máxima importância* (52,4%) a prioridade que deveria ser dada no **futuro**, seguindo-se de *pouca importância* (28,9%) para a prioridade dada presentemente e *moderada importância* (31%) para a **generalidade dos H/CS**.

Contudo, a prioridade que deveria ser dada no **futuro** foi de *normal a máxima importância* (98,8%) segundo a percepção de praticamente todos os TR inquiridos. Com idênticos valores mas no sentido inverso, de *normal à mínima importância* foram os resultados obtidos na prioridade que os H/CS dão **presentemente** (90,4%) e na **generalidade dos H/CS** (91,6%) à melhoria da saúde dos profissionais.

Tabela n.º 48 - Distribuição da percepção dos Técnicos de Radiologia quanto à prioridade que deveria ser dada no futuro à melhoria da saúde dos profissionais

Importância	No futuro						Presentemente						Na generalidade dos H/CS					
	H		CS		Total		H		CS		Total		H		CS		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Mínima							11	15,9	4	28,6	15	18,1	7	10,0	3	21,4	10	11,9
Pouca	1	1,4			1	1,2	21	30,4	3	21,4	24	28,9	17	24,3	5	35,7	22	26,2
Moderada							19	27,5	4	28,6	23	27,7	25	35,7	1	7,1	26	31,0
Normal	6	8,6	2	14,3	8	9,5	11	15,9	2	14,3	13	15,7	16	22,9	3	21,4	19	22,6
Alguma	5	7,1	1	7,1	6	7,1	3	4,3			3	3,6	3	4,3			3	3,6
Muita	22	31,4	3	21,4	25	29,8	3	4,3			3	3,6	2	2,9	1	7,1	3	3,6
Máxima	36	51,4	8	57,1	44	52,4	1	1,4	1	7,1	2	2,4			1	7,1	1	1,2
Total	70	100	14	100	84	100	69	100	14	100	83	100	70	100	14	100	84	100

### Novos programas, actividades no domínio da saúde

Pelos resultados obtidos, concluo que nos H/CS estão em curso ou estão previstos programas, actividades no domínio da saúde que não estavam como opção na Secção C. Ou seja, além dos 50 programas, actividades que foram referidos pelos 92 TR inquiridos, existem, para além destes, outros que se encontram também distribuídos pelos cinco grupos.



Verifico (tabela n.º 49) que 43,5% dos TR inquiridos referem que os novos programas, actividades no domínio da saúde pertencem ao *grupo 1 – Segurança e Higiene no Trabalho / Melhoria do ambiente físico do trabalho*, sendo este o grupo com a maior frequência (moda). Dos restantes, seguiram-se o *grupo 2 – Avaliação de saúde / Vigilância médica / Prestação de cuidados de saúde* (37,5%), o *grupo 5 - Actividades e programas sociais e de bem-estar* (32,2%), o *grupo 3 - Prevenção de comportamentos de risco / Promoção de estilos de vida saudáveis* (25%) e por último, o *grupo 4 - Intervenções a nível organizacional / Melhoria do ambiente psicossocial de trabalho* (22%). Os grupos 3 e 4 obtiveram os resultados com as menores frequências (25% e 22%) o que significa que estes dois grupos têm menos programas, actividades. Já, na Secção C quanto às políticas, programas e actividades realizadas nos últimos cinco anos aconteceu precisamente o mesmo.

**Tabela n.º 49 - Distribuição da percepção dos Técnicos de Radiologia quanto aos novos programas, actividades no domínio da saúde**

Novos programas, Actividades no domínio da saúde	Hospitais		C. Saúde		Total	
	N	%	N	%	N	%
Segurança e Higiene no Trabalho / Melhoria do ambiente físico do trabalho	23	46,9	4	30,8	27	43,5
Avaliação de saúde / Vigilância médica / Prestação de cuidados de saúde	20	40,0	4	28,6	24	37,5
Prevenção de comportamentos de risco / Promoção de estilos de vida saudáveis	12	25,5	3	23,1	15	25,0
Intervenções a nível organizacional / Melhoria do ambiente psicossocial de trabalho	10	21,7	3	23,1	13	22,0
Actividades e programas sociais e de bem-estar	15	32,6	4	30,8	19	32,2

### **Informação / Formação e participação**

Nestas questões finais pretendia saber o interesse dos TR em adquirir mais informação, formação e um papel activo e mais participativo nesta temática da SH&ST e PST. Dos resultados que obtive posso concluir que tanto nos hospitais como nos centros de saúde os TR provavelmente não têm muita informação ou formação profissional nesta temática. Daí a necessidade referida pela esmagadora maioria deles em *estar receptivo à formação em SH&ST e PST* (93,8%) e *têm interesse em adquirir mais informação* (94,1%) e até mesmo *gostariam de ter um papel activo e mais participativo* (90,2%).

**Tabela n.º 50 - Distribuição da percepção dos Técnicos de Radiologia quanto ao interesse em adquirir informação, formação e um papel activo e participativo**

Informação /Formação e participação	Hospitais		C. Saúde		Total	
	N	%	N	%	N	%
Tem interesse em adquirir mais informação	67	94,4	13	92,9	80	94,1
Estará receptivo à formação em SH&ST e PST	64	94,1	12	92,3	76	93,8
Gostaria de ter um papel activo e mais participativo	60	89,6	14	93,3	74	90,2

## 2.2. Análise da dinâmica dos serviços de segurança, higiene e saúde no trabalho

Para analisar a dinâmica dos serviços de SH&ST procurei estabelecer relações entre algumas variáveis formulando hipóteses, bem como a análise e interpretação dos resultados, justificando-os estatisticamente.

As hipóteses têm como função, propor explicações para certos factos e ao mesmo tempo orientar a pesquisa de outras informações. Para tal, a escolha do teste estatístico adequado é fundamental e depende de vários factores, tais como a quantidade de elementos e os níveis de mensuração das variáveis de pesquisa.

Atendendo a que possa existir uma relação de dependência entre as variáveis em estudo, sabendo que o comportamento de uma pode prever o comportamento da outra e, deste modo, avaliar o grau de associação entre ambas. Se as variáveis forem independentes, significa que o comportamento de uma é aleatório em relação ao da outra, sendo a associação entre elas igual a zero. As medidas de associação com base no Qui-Quadrado variam entre zero e um, isto é, desde a ausência de relação até à relação perfeita entre as variáveis. Os valores baixos indicam uma fraca associação entre elas, enquanto que valores elevados indicam uma grande associação entre as variáveis. Para calcular o grau de associação entre as variáveis utilizei o coeficiente V-Cramer ou Phi.

Transformei a modalidade de organização dos serviços de SH&ST numa variável dicotómica com a designação de “*a existência de serviço de SH&ST*”, formando esta o conjunto dos H/CS que *têm um serviço de SH&ST* e os que *recorrem a um serviço externo*.

<i>Hipótese 1</i>	<i>A existência do serviço de SH&amp;ST condiciona o número de programas e actividades de promoção de saúde no trabalho.</i>
-------------------	--

Trabalhei parcelarmente cada um dos programas e actividades com a existência de serviço de SH&ST.

Para estimar se *a existência de serviço de SH&ST* está relacionada com os *programas e actividades de promoção de saúde no trabalho* que são realizadas nos H/CS, utilizei o cálculo do teste não paramétrico de independência do Qui-Quadrado ( $X^2$ ), para cada par

de variáveis, sendo que cada uma das variáveis tem duas categorias (sim e não), formando uma tabela de dupla entrada 2X2 e tendo em atenção as condições de sua aplicabilidade (frequências esperadas > 1; se mais de 25% das frequências esperadas < 5 então utilizar correcção de Yates ou teste exacto de Fisher; em amostras pequenas usar o  $p$  obtido no teste exacto de Fisher).

Neste estudo as variáveis independentes são *os programas e actividades de promoção de saúde no trabalho* e a variável dependente é a *existência de serviço de SH&ST*.

Analisei a existência de relação entre cada par de variáveis, observando os resultados em tabelas de contingência das diversas actividades por cada grupo.

**Tabela n.º 51 - Resultados do Teste de Qui-Quadrado referente à “Existência de serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho” e Segurança e Higiene no Trabalho / Melhoria do Ambiente Físico do Trabalho”**

Segurança e Higiene no Trabalho / Melhoria do ambiente físico do trabalho		Existência de serviço de SH&ST		X <sup>2</sup>	p	
		Sim	Não			
Programas, Actividades de Saúde	Vestuário/equipamento de protecção individual	Sim Não	21 28	7 21	2,455	0,117
	Controlo substâncias tóxicas, irritantes ou perigosas	Sim Não	15 34	13 15	1,926	0,165
	Protecção colectiva dos equipamentos	Sim Não	9 40	4 24	0,212	0,646
	Automatização de operações perigosas	Sim Não	1 48	0 28	0,579	1,000 <sup>a</sup>
	Prevenção e redução do ruído	Sim Não	1 48	1 27	0,165	1,000 <sup>a</sup>
	Auditorias ambientais periódicas	Sim Não	1 48	2 26	1,239	0,266
	Prevenção e redução acidentes de trabalho	Sim Não	4 45	1 27	0,619	0,432
	Sistema de sinalização de SHST	Sim Não	8 41	1 27	2,808	0,094
	Melhoria da iluminação	Sim Não	5 44	2 26	0,202	0,653
	Melhoria do conforto térmico/climatização	Sim Não	17 32	7 21	0,780	0,377
	Melhoria dos espaços de trabalho individuais	Sim Não	9 40	2 26	1,833	0,176
	Melhoria da ordem e limpeza	Sim Não	18 31	9 19	0,165	0,685
	Avaliação periódica condições físicas de trabalho	Sim Não	2 47	2 26	0,339	0,560
	Formação/treino em SH&ST	Sim Não	6 43	3 25	0,040	0,841

<sup>a</sup>. Teste exacto de Fisher

Tabela n.º 52 - Resultados do Teste de Qui-Quadrado referente à “Existência de serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho” e “Avaliação da saúde / Vigilância médica / Prestação de cuidados de saúde”

Programas, Actividades de Saúde	Avaliação da saúde / Vigilância médica / Prestação de cuidados de saúde		Existência de serviço de SH&ST		X <sup>2</sup>	p
			Sim	Não		
Exames de vigilância médica periódica	Sim		19	8	0,815	0,367
	Não		30	20		
Exames iniciais e ocasionais	Sim		6	1	1,622	0,203
	Não		43	27		
Trat. e reab. doenças relacionadas c/ o trab.	Sim		3	2	0,031	0,861
	Não		46	26		
Consultas regulares de clínica geral	Sim		3	1	0,235	0,628
	Não		46	27		
Cons. Reg. de outras especialidades médicas	Sim		1	0	0,579	1,000 <sup>a</sup>
	Não		48	28		
Apoio do pessoal de enfermagem	Sim		1	0	0,579	1,000 <sup>a</sup>
	Não		48	28		
Apoio de outros profissionais de saúde	Sim		4	3	0,140	0,708
	Não		45	25		
Vacinação	Sim		31	12	3,010	0,083
	Não		18	16		

<sup>a</sup>. Teste exacto de Fisher

Tabela n.º 53 - Resultados do Teste de Qui-Quadrado referente à “Existência de serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho” e “Prevenção de comportamentos de risco / Promoção de estilos de vida saudáveis”

Programas, Actividades de Saúde	Prevenção de comportamentos de risco / Promoção de estilos de vida saudáveis		Existência de serviço de SH&ST		X <sup>2</sup>	p
			Sim	Não		
Consumo de álcool	Sim		6	2	0,498	0,480
	Não		43	26		
Consumo de tabaco	Sim		11	7	0,065	0,799
	Não		38	21		
Consumo de droga	Sim		2	4	2,582	0,108
	Não		47	24		
Actividade física	Sim		9	4	0,212	0,646
	Não		40	24		
Informação/educação	Sim		10	7	0,218	0,640
	Não		39	21		
Formação/ensino de grupos	Sim		13	2	4,270	0,039 <sup>*</sup>
	Não		36	26		
Nutrição	Sim		4	2	0,026	0,872
	Não		45	26		
Acidentes de trajecto	Sim		1	0	0,579	1,000 <sup>a</sup>
	Não		48	28		
Controlo da tensão arterial	Sim		13	4	1,553	0,213
	Não		36	24		
Controlo de peso	Sim		6	2	0,498	0,480
	Não		43	26		

\* Significativo ( $p \leq 0,05$ )

<sup>a</sup>. Teste exacto de Fisher

Tabela n.º 54 - Resultados do Teste de associação Phi referente à “Formação/ensino de grupos”

Formação/ensino de grupos		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,235	,039
	Cramer's V	,235	,039
N of Valid Cases		77	

**Tabela n.º 55 - Resultados do Teste de Qui-Quadrado referente à “Existência de serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho” e “Intervenções a nível organizacional / Melhoria do ambiente psicossocial de trabalho”**

Programas, Actividades de Saúde	Intervenções a nível organizacional / Melhoria do ambiente psicossocial de trabalho		Existência de serviço de SH&ST		X <sup>2</sup>	p
			Sim	Não		
		Sim Não				
Programas, Actividades de Saúde	Reestruturação do trabalho (trabalho em equipas)	Sim Não	19 30	2 26	8,989	0,003*
	Flexibilização do tempo de trabalho	Sim Não	10 39	4 24	0,449	0,503
	Reestruturação dos turnos/trabalho nocturno	Sim Não	7 42	1 27	2,197	0,138
	Política de absentismo orientada p/a prevenção	Sim Não	3 46	0 28	1,784	0,182
	Sistemas participativos como a gestão da qualidade total (TQM)	Sim Não	4 45	1 27	0,619	0,432
	Formação/Treino em comportamento organizacional	Sim Não	4 45	2 26	0,026	0,872
	Formação/Treino em gestão de recursos humanos	Sim Não	1 48	2 26	1,239	0,266
	Ergonomia	Sim Não	3 46	0 28	1,784	0,182

\*Muito Significativo (p ≤ 0,01)

**Tabela n.º 56 - Resultados do Teste de associação Phi referente à “Reestruturação do trabalho”**

Reestruturação do trabalho		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,342	,003
	Cramer's V	,342	,003
N of Valid Cases		77	

**Tabela n.º 57 - Resultados do Teste de Qui-Quadrado referente à “Existência de serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho” e “Actividades e programas sociais e de bem-estar”**

Programas, Actividades de Saúde	Actividades e programas sociais e de bem-estar		Existência de serviço de SH&ST		X <sup>2</sup>	p
			Sim	Não		
		Sim Não				
Programas, Actividades de Saúde	Infra-estrutura p/a prática de act. física no local de trabalho	Sim Não	9 40	1 27	3,452	0,063
	Instalações p/a os técnicos	Sim Não	21 28	8 20	1,549	0,213
	Prog. assistência não clínica/grupos auto-ajuda	Sim Não	0 49	1 27	1,773	0,364
	Transportes fornecidos pelo hospital	Sim Não	4 45	1 27	0,619	0,432
	Formação/treino em gestão do stress	Sim Não	2 47	1 27	0,12	0,911
	Apoio a actividades recreativas e culturais/festas	Sim Não	14 35	2 26	4,970	0,026*
	Protecção social complementar	Sim Não	2 47	2 26	0,339	0,560
	Outras formas de acção social complementar	Sim Não	3 46	0 28	1,784	0,182
	Aconselhamento psicológico/assistência sociofamiliar	Sim Não	2 47	1 27	0,012	0,911
	Boletim/outras formas de comunicação	Sim Não	14 35	8 20	0,000	1,000

\* Significativo (p ≤ 0,05)

Tabela n.º 58 - Resultados do Teste de associação Phi referente ao “Apoio a actividades recreativas e culturais/festas”

Apoio a actividades recreativas e culturais/festas		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,254	,026
	Cramer's V	,254	,026
N of Valid Cases		77	

Tabela n.º 59 - Resultados do Teste de Qui-Quadrado referente à “Existência de serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho” e “Grupos de novos programas e actividades”

Programas, Actividades de Saúde	Grupos de Novos Programas e actividades		Existência de serviço de SH&ST		X <sup>2</sup>	p
			Sim	Não		
Segurança e Higiene no Trabalho / Melhoria do ambiente físico do trabalho	Sim	19	8	3,769	0,052	
	Não	16	19			
Avaliação de saúde / Vigilância médica / Prestação cuidados de saúde	Sim	17	7	4,836	0,028*	
	Não	17	23			
Prevenção de comportamentos de risco / Promoção de estilos de vida saudáveis	Sim	11	4	2,262	0,133	
	Não	23	22			
Intervenções a nível organizacional / Melhoria ambiente psicossocial de trabalho	Sim	9	4	1,196	0,274	
	Não	24	22			
Actividades e programas sociais e de bem-estar	Sim	12	7	0,351	0,554	
	Não	22	18			

\* Significativo ( $p \leq 0,05$ )

Tabela n.º 60 - Resultados do Teste de associação Phi referente à “Avaliação de saúde / Vigilância médica / Prestação cuidados de saúde”

Avaliação de saúde / Vigilância médica / Prestação cuidados de saúde		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,297	,029
	Cramer's V	,297	,029
N of Valid Cases		54	

Dos resultados obtidos posso concluir que, ter ou não ter serviço de SH&ST não está relacionado com a esmagadora maioria das actividades, ou seja, não é estatisticamente significativo.

Mas, verifiquei que existem quatro pares de variáveis que merecem maior reflexão:

*Existência de serviço de SH&ST \* Formação/ensino de grupos*

*Existência de serviço de SH&ST \* Reestruturação do trabalho*

*Existência de serviço de SH&ST \* Apoio a actividades recreativas e culturais/festas*

*Existência de serviço de SH&ST \* Avaliação de saúde / Vigilância médica / Prestação cuidados de saúde*

Este par de variáveis [*existência de serviço de SH&ST \* Formação/ensino de grupos*] teve como resultado a significância de **0,039**, o que me leva a concluir que existe associação entre estas duas variáveis, pois para tal verificou-se que o valor da significância é inferior a **0,05**.

Assim, para as variáveis *existência de serviço de SH&ST e Formação/ensino de grupos* com o nível de significância  $\alpha$  fixado em 5% as hipóteses formuladas foram:

*H<sub>0</sub>*: As variáveis *existência de serviço de SH&ST e Formação/ensino de grupos* são independentes.

*H<sub>a</sub>*: Existe relação entre as variáveis *existência de serviço de SH&ST e Formação/ensino de grupos*.

Observando o valor da estatística do teste do Qui-Quadrado e consultando a tabela de distribuição do Qui-Quadrado teórico com 1 grau de liberdade para um nível de significância de 5% = **3,84**, verifico que o seu valor é inferior ao valor do teste calculado ( $\chi^2 = 4,270$ ). Como o valor do teste **4,270 > 3,84**, rejeito *H<sub>0</sub>* ao nível de significância de 5%.

De igual modo, observando o nível de significância do teste (**p = 0,039**) verifico que o seu valor é inferior ao valor da significância do investigador ( **$\alpha = 0,05$** ), levando-me, também, a rejeitar a hipótese nula e a aceitar a hipótese alternativa.

Assim, posso concluir que a relação de dependência observada entre as variáveis *existência de serviço de SH&ST e Formação/ensino de grupos* é estatisticamente significativa ao nível de significância de 5%.

Para avaliar o grau de associação entre as variáveis *existência de serviço de SH&ST e Formação/ensino de grupos* utilizei o coeficiente *Phi*, tendo obtido o valor de **23,5%** e um nível de significância de **0,039**, valor que é inferior a 0,05 pelo que concluo que existe uma fraca associação entre as variáveis.

Em conclusão posso afirmar que a *existência de serviço de SH&ST* está relacionada com a *Formação/ensino de grupos* em relação à temática da SH&ST. Ou seja, quem tem serviço de SH&ST tem mais formação/ensino na área de SH&ST do que quem não tem serviço de SH&ST. As instituições de saúde devem criar as condições necessárias ao desenvolvimento de planos de formação contínua, tendo em conta o desenvolvimento técnico-científico dos saberes e dos recursos. Importa ter em atenção que a falta de oportunidades e a excessiva concorrência na progressão da carreira são



fontes de frustração e descontentamento que podem afectar a qualidade dos cuidados prestados. Assim, as instituições de saúde têm, portanto todo, o interesse em dar a merecida atenção às necessidades de formação e às perspectivas de carreira.

Para estudar as variáveis [*Existência de serviço de SH&ST \* Reestruturação do trabalho (trabalho em equipas)*] estabeleci o nível de significância  $\alpha$  em 5% e formulei as seguintes hipóteses:

*H<sub>0</sub>*: As variáveis *Existência de serviço de SH&ST \* Reestruturação do trabalho* são independentes

*H<sub>a</sub>*: Existe relação entre as variáveis *Existência de serviço de SH&ST \* Reestruturação do trabalho*.

Assim, para as variáveis *existência de serviço de SH&ST* e *reestruturação do trabalho*, observando o valor da estatística do teste do Qui-Quadrado e consultando a tabela de distribuição do Qui-Quadrado teórico com 1 grau de liberdade para um nível de significância de 5% = 3,84, verifico que o seu valor é inferior ao valor do teste calculado ( $\chi^2 = 8,989$ ). Como o valor do teste  $8,989 > 3,84$ , rejeito *H<sub>0</sub>* ao nível de significância de 5%.

De igual modo, observando o nível de significância do teste ( $p = 0,003$ ) verifico que o seu valor é inferior ao valor da significância do investigador ( $\alpha = 0,05$ ) levando-me, também, a rejeitar a hipótese nula e a aceitar a hipótese alternativa ao nível de significância de 5%.

Assim, posso concluir que a relação de dependência observada entre as variáveis *existência de serviço de SH&ST* e *reestruturação do trabalho*, é estatisticamente muito significativa ao nível de significância de 5% na população em estudo.

Para avaliar o grau de associação entre as variáveis *existência de serviço de SH&ST* e *reestruturação do trabalho* utilizei o coeficiente *Phi*, tendo obtido o valor de 34,2% e um nível de significância ( $p=0,003$ ), valor que é inferior a 0,05 pelo que concluo que existe uma moderada associação entre as variáveis.

Em conclusão posso afirmar que existe uma relação entre as variáveis *existência de serviço de SH&ST* e *reestruturação do trabalho*, com um grau de associação moderada. Dada a crescente complexidade dos cuidados de saúde, a qualidade da respectiva prestação depende cada vez mais de uma boa articulação entre os diversos profissionais

da saúde. As instituições devem, pois, promover iniciativas que reforcem o espírito de equipa, criando canais de comunicação próprios e protocolos de comunicação. Deve ainda assegurar-se que estes sejam do conhecimento de todos (ROSA: 2004:9).

Para o estudo das variáveis [*Existência de serviço de SH&ST \* Apoio a actividades recreativas e culturais/festas*] o nível de significância  $\alpha$  foi fixado em 5% e formulei as seguintes hipóteses:

*H<sub>0</sub>*: As variáveis *Existência de serviço de SH&ST* e *Apoio a actividades recreativas e culturais/festas* são independentes;

*H<sub>a</sub>*: As variáveis *Existência de serviço de SH&ST* e *Apoio a actividades recreativas e culturais/festas* não são independentes.

Assim, para estas variáveis observando o valor da estatística do teste do Qui-Quadrado e consultando a tabela de distribuição do Qui-Quadrado teórico com 1 grau de liberdade para um nível de significância de 5% = 3,84, verifico que o seu valor é inferior ao valor do teste calculado ( $\chi^2 = 4,836$ ). Como o valor do teste  $4,836 > 3,84$ , rejeito *H<sub>0</sub>* ao nível de significância de 5%.

De igual modo, observando o nível de significância do teste ( $p = 0,028$ ) verifico que o seu valor é inferior ao valor da significância do investigador ( $\alpha = 0,05$ ) levando-me, também, a rejeitar a hipótese nula ao nível de significância de 5%.

Para avaliar o grau de associação entre as variáveis *existência de serviço de SH&ST* e *Apoio a actividades recreativas e culturais/festas* utilizei o coeficiente *Phi*, tendo obtido o valor de 25,4% e um nível de significância ( $p=0,026$ ), valor que é inferior a 0,05 pelo que concluo que existe uma fraca associação entre as variáveis.

Assim, posso concluir que existe uma associação fraca entre as variáveis *Existência de serviço de SH&ST* e posso ainda afirmar que a *Existência de serviço de SH&ST* pode explicar o *Apoio a actividades recreativas e culturais/festas*, porque através destas os profissionais podem descontraír da sobrecarga física e mental que originam o stress. Nunca é excessivo recordar que os recursos humanos são fundamentais numa instituição de saúde. Se cada profissional não se sentir motivado para apostar com satisfação no seu desenvolvimento pessoal e organizacional, não há plano de trabalho, por mais racional e tecnologicamente perfeito, que possa ser executado com eficiência (ROSA, 2004:9)

Para o estudo das variáveis [*Existência de serviço de SH&ST \* Avaliação de saúde / Vigilância médica / Prestação cuidados de saúde*] o nível de significância  $\alpha$  foi fixado em 5% e formulei as seguintes hipóteses:

*H<sub>0</sub>*: As variáveis *Existência de serviço de SH&ST* e *Avaliação de saúde / Vigilância médica / Prestação cuidados de saúde* são independentes;

*H<sub>a</sub>*: As variáveis *Existência de serviço de SH&ST* e *Avaliação de saúde / Vigilância médica / Prestação cuidados de saúde* não são independentes.

Assim, para estas variáveis observando o valor da estatística do teste do Qui-Quadrado e consultando a tabela de distribuição do Qui-Quadrado teórico com 1 grau de liberdade para um nível de significância de 5% = 3,84, verifico que o seu valor é inferior ao valor do teste calculado ( $\chi^2 = 4,836$ ). Como o valor do teste 4,836 > 3,84, rejeito *H<sub>0</sub>* ao nível de significância de 5%.

De igual modo, observando o nível de significância do teste ( $p = 0,028$ ) verifico que o seu valor é inferior ao valor da significância do investigador ( $\alpha = 0,05$ ) levando-me, também, a rejeitar a hipótese nula ao nível de significância de 5%.

Para avaliar o grau de associação entre as variáveis *existência de serviço de SH&ST* e *Avaliação de saúde / Vigilância médica / Prestação cuidados de saúde* utilizei o coeficiente *Phi*, tendo obtido o valor de 29,7% e um nível de significância ( $p=0,029$ ), valor que é inferior a 0,05 pelo que concluo que existe uma moderada associação entre as variáveis.

Assim, posso concluir que existe uma dependência moderada entre as variáveis *Existência de serviço de SH&ST* e *Novos programas, Actividades de Saúde* nomeadamente em relação ao grupo *Avaliação da saúde / Vigilância médica / Prestação de cuidados de saúde*. Ou seja, a Existência de serviço de SH&ST pode explicar o facto de estarem a decorrer nos H/CS novos programas e actividades de saúde pertencentes a este grupo, assim os profissionais têm maior número de programas e actividades nos H/CS que têm serviço de SH&ST.

Hipótese 2

O grau de investimento e implementação de políticas, programas e actividades de saúde está relacionado com a existência do serviço de SH&ST.

Para o estudo da relação de independência entre a [Existência de serviço de SH&ST \*o grau de investimento e implementação de políticas, programas e actividades de saúde] recorri ao cálculo do teste não-paramétrico do **Qui-Quadrado**, de acordo com as exigências dos níveis de medida das variáveis em estudo.

**Tabela n.º 61 - Resultados do Teste de Qui-Quadrado referente à “Existência de serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho” e os “Investimentos feitos”**

<b>Investimentos feitos</b>	<b>Tem SH&amp;ST</b>	<b>Não tem SH&amp;ST</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>p</b>
<b>Expansão</b>	5	0		
<b>Racionalização</b>	1	0		
<b>Substituição</b>	9	6		
<b>Melhoria das CT</b>	13	11		
<b>Melhoria condições SH&amp;ST</b>	1	1		
<b>Não houve investimentos</b>	14	9		

Dos resultados obtidos posso concluir que ter ou não ter serviço de SH&ST não está relacionado com os investimentos feitos pelos H/CS, ou seja, não é estatisticamente significativo.

**Tabela n.º 62 - Resultados do Teste de Qui-Quadrado referente à “Existência de serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho” e às “As razões que levam os hospitais e centros de saúde a investirem e implementarem políticas, programas e actividades de saúde”**

<b>As razões que levam os H/CS a investirem e Implementar políticas, programas e actividades de saúde</b>		<b>Existência de serviço de SH&amp;ST</b>		<b>X<sup>2</sup></b>	<b>p</b>
		<b>Sim</b>	<b>Não</b>		
Absentismo em geral	Sim	8	0	5,101	0,024*
	Não	41	28		
Baixas por doença	Sim	12	6	0,093	0,760
	Não	37	22		
Frequência/gravidade dos acidentes	Sim	4	4	0,717	0,397
	Não	45	24		
Clima organizacional	Sim	10	3	1,193	0,275
	Não	39	25		
Normativo legal e convencional	Sim	7	9	3,452	0,063
	Não	42	19		
Rotação de pessoal (ou saída)	Sim	7	1	2,868	0,238
	Não	41	27		
Aumento dos custos com o pessoal	Sim	6	0	3,718	0,054
	Não	43	28		
Produtividade/Qualidade/Competitividade	Sim	16	6	1,100	0,294
	Não	33	22		
Melhoria explicita da saúde	Sim	7	8	2,318	0,128
	Não	42	20		
Filosofia/cultura da empresa	Sim	2	2	0,339	0,560
	Não	47	26		
Imagem externa/Prestígio	Sim	6	6	1,142	0,285
	Não	43	22		
Reestruturação/Reconversão	Sim	6	1	1,622	0,203
	Não	43	27		

• **Significativo ( $p \leq 0,05$ )**

Tabela n.º 63 - Resultados do Teste de associação Phi referente ao “Absentismo em geral”

Absentismo em geral		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,257	,024
	Cramer's V	,257	,024
N of Valid Cases		77	

Dos Resultados do Teste de Qui-Quadrado referente à “Existência de serviço de SH&ST” e às “As razões que levam os H/CS a investirem e implementarem políticas, programas e actividades de saúde” verifiquei que das 12 razões apresentadas só encontrei um par de variáveis [*existência de serviço de SH&ST \* absentismo em geral*] que me leva a concluir que existe relação entre elas, pois para tal verificou-se que o valor da significância é inferior a 0,05.

Assim, para as variáveis *existência de serviço de SH&ST* e *absentismo em geral* com o nível de significância  $\alpha$  fixado em 5% as hipóteses formuladas foram:

$H_0$ : As variáveis *existência de serviço de SH&ST* e *absentismo em geral* são independentes.

$H_a$ : Existe relação entre as variáveis *existência de serviço de SH&ST* e *absentismo em geral*.

Observando o valor da estatística do teste do Qui-Quadrado e consultando a tabela de distribuição do Qui-Quadrado teórico com 1 grau de liberdade para um nível de significância de 5% = **3,84**, verifico que o seu valor é inferior ao valor do teste calculado ( $\chi^2 = 5,101$ ). Como o valor do teste **5,101 > 3,84**, rejeita-se  $H_0$  ao nível de significância de 5%.

De igual modo, observando o nível de significância do teste ( $p = 0,024$ ) verifico que o seu valor é inferior ao valor da significância do investigador ( $\alpha = 0,05$ ) levando-me, também, a rejeitar a hipótese nula e a aceitar a hipótese alternativa.

Assim, posso concluir que a relação de dependência observada entre as variáveis *existência de serviço de SH&ST* e *absentismo em geral* é estatisticamente significativa ao nível de significância de 5%.

Para avaliar o grau de associação entre as variáveis *existência de serviço de SH&ST* e *Absentismo em geral* utilizei o coeficiente *Phi*, tendo obtido o valor de **25,7%** e um nível de significância ( $p=0,024$ ), valor que é inferior a 0,05 pelo que concluo que existe uma fraca associação entre as variáveis.

Em conclusão posso afirmar que, das razões que levam os H/CS a investirem, o absentismo em geral é a única variável que tem relação com a existência de serviço de SH&ST e, no entanto, o grau de associação é fraco.

**Hipótese 3**

*Os factores organizacionais que caracterizam as condições de trabalho dos técnicos de radiologia estão relacionados com a dinâmica dos serviços de SH&ST.*

Para o estudo das variáveis [*existência de serviço de SH&ST \* factores organizacionais que caracterizam as condições de trabalho dos técnicos de radiologia*], utilizei tabelas 2 x 2 e R x C: testes de independência do Qui-Quadrado (onde as condições de aplicabilidade já foram explicadas anteriormente) e o teste Mann Whitney para analisar a relação entre uma variável qualitativa com duas categorias e uma variável quantitativa não normal ou ordinal, ou comparação de dois grupos face a uma variável quantitativa não normal ou ordinal.

Os vários factores organizacionais que caracterizam as condições de trabalho dos técnicos de radiologia são: comunicação/informação; liderança; natureza jurídica; investimento; modernização tecnológica; sistema de gestão da qualidade e mobilidade. Para cada um destes factores foram aplicados os testes adequados ao tipo de variáveis e os resultados apresentados em tabelas de contingência.

O factor organizacional: **Comunicação/informação** (As ideias inovadoras; As Informações chegam; Informações internas; Informado sobre novas actividades e Principais formas de participação).

Tabela n.º 64 - Resultados do Teste de Qui-Quadrado referente à “Existência de serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho” e à “Ideia inovadora”

A4	Ideia inovadora						X <sup>2</sup>	p
	Sim, Colegas do serviço	Sim, Outros profissionais	Sim, Coord. do serviço	Não vai ser ouvido	Não conta a sua opinião	Outra razão		
Tem SH&ST	35	0	7	0	2	3	3,939	0,268
Não tem SH&ST	21	0	7	0	0	0		

Tabela n.º 65 - Resultados do Teste de Qui-Quadrado referente à “Existência de serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho” e se é “Informado sobre novas actividades”

A5	Informado sobre novas actividades			X <sup>2</sup>	p
	Raramente	Sim	Não		
Tem SH&ST	16	31	1	4,113	0,128
Não tem SH&ST	4	24	0		

Tabela n.º 66 - Resultados do Teste de Qui-Quadrado referente à “Existência de serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho” e às “Informações internas”

A6	Informações internas			X <sup>2</sup>	p
	Reuniões	Circulares	Pessoa a pessoa		
Tem SH&ST	1	35	11	1,298	0,523
Não tem SH&ST	0	22	4		

Tabela n.º 67 - Resultados do Teste de Qui-Quadrado referente à “Existência de serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho” e se “As informações chegam”

A7	As informações chegam			X <sup>2</sup>	p
	Aos chefes em tempo útil	Só aos chefes e alguns profissionais	Aos chefes e muito mais tarde		
Tem SH&ST	16	22	11	15,543	0,000*
Não tem SH&ST	21	2	4		

\*altamente significativo (P<0,001)

Tabela n.º 68 - Resultados do Teste de associação V-Cramer referente a “As informações chegam”

As informações chegam		Value	Approx. Sig.
Nominal by	Phi	,452	,000
Nominal	Cramer's V	,452	,000
N of Valid Cases		76	

Tabela n.º 69 - Resultados do Teste de Qui-Quadrado referente à “Existência de serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho” e à “Principais formas de participação”

B6 Principais formas de participação		Tem SH&ST	Não tem SH&ST	$\chi^2$	$p$
Representantes eleitos para a SH&ST	Sim	7	0	4,400	0,036*
	Não	42	28		
Comissão de SH&ST	Sim	4	1	0,619	0,432
	Não	45	27		
Subcomissões de SH&ST	Sim	1	0	0,579	1,000 <sup>a</sup>
	Não	48	28		
Comissão de trabalhadores	Sim	Não aplicável			
	Não				
Delegado/ Comissão sindical	Sim	2	0	1,173	0,279
	Não	47	28		
Programas de ideias e sugestões	Sim	3	2	0,031	0,861
	Não	46	26		
Grupos de discussão e melhoria	Sim	7	1	2,197	0,138
	Não	42	27		
Grupos de diagnóstico e projecto	Sim	5	44	3,056	0,080
	Não	0	28		
Equipas de trabalho	Sim	5	44	1,091	0,296
	Não	1	27		
Círculos da qualidade	Sim	2	47	1,173	0,279
	Não	0	28		
Boletim/revista do H/C/S	Sim	2	47	0,339	0,560
	Não	2	26		
Questionários de opinião	Sim	1	48	0,579	1,000 <sup>a</sup>
	Não	0	28		
Reuniões gerais c/a direcção	Sim	5	44	1,091	0,296
	Não	1	27		
Reuniões gerais c/ as chefias directas	Sim	2	47	1,173	0,279
	Não	0	28		
Nenhuma em especial	Sim	24	25	0,476	0,490
	Não	16	12		

\* Significativo ( $p \leq 0,05$ ) / <sup>a</sup>. Teste exacto de Fisher

Tabela n.º 70 - Resultados do Teste de associação Phi referente aos “Representantes eleitos para a Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho”

Representantes eleitos para a SH&ST		Valu e	Approx . Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,239	,036
	Cramer's V	,239	,036
N of Valid Cases		77	

Nos resultados obtidos do factor organizacional “*comunicação/informação*” verifiquei que de cinco pares de variáveis duas merecem maior reflexão:

*Existências de serviço de SH&ST \* As informações chegam*

*Existência de serviço de SH&ST \* Representantes eleitos para a SH&ST*



Este par de variáveis [*existência de serviço de SH&ST \* As informações chegam*] teve como resultado a significância de **0,000**, o que me leva a concluir que existe relação entre estas duas variáveis, pois para tal verificou-se que o valor da significância é inferior a **0,05**.

Assim, para as variáveis *existência de serviço de SH&ST* e *As informações chegam* com o nível de significância  $\alpha$  fixado em 5% as hipóteses formuladas foram:

$H_0$ : As variáveis *existência de serviço de SH&ST* e *As informações chegam* são independentes.

$H_a$ : Existe relação entre as variáveis *existência de serviço de SH&ST* e *As informações chegam*

Observando o valor da estatística do teste do Qui-Quadrado e consultando a tabela de distribuição do Qui-Quadrado teórico com 1 grau de liberdade para um nível de significância de 5% = **3,84**, verifico que o seu valor é inferior ao valor do teste calculado ( $\chi^2 = 15,543$ ). Como o valor do teste **15,543 > 3,84**, rejeito  $H_0$  ao nível de significância de 5%.

De igual modo, observando o nível de significância do teste ( $p = 0,000$ ) verifico que o seu valor é inferior ao valor da significância do investigador ( $\alpha = 0,05$ ) levando-me, também, a rejeitar a hipótese nula e a aceitar a hipótese alternativa.

Assim, posso concluir que a relação de dependência observada entre as variáveis *existência de serviço de SH&ST* e *As informações chegam* é estatisticamente significativa ao nível de significância de 5%.

Em conclusão posso afirmar que o *timing* em que *As informações chegam* em regra ao serviço está relacionada com a *existência de serviço de SH&ST*.

Para avaliar o grau de associação entre as variáveis *existência de serviço de SH&ST* e *As informações chegam* utilizei o coeficiente *Phi*, tendo obtido o valor de **45,2%** e um nível de significância ( $p=0,000$ ), valor que é bastante inferior a 0,05 pelo que concluo que existe uma associação entre as variáveis de grau elevadíssimo.

No par de variáveis [*Existência de serviço de SH&ST \* Representantes eleitos para a SH&ST*] teve como resultado a significância de **0,036**, o que me leva a concluir que

existe relação entre estas duas variáveis, pois para tal verificou-se que o valor da significância é inferior a 0,05.

Assim, para as variáveis *existência de serviço de SH&ST* e *Representantes eleitos para a SH&ST* com o nível de significância  $\alpha$  fixado em 5% as hipóteses formuladas foram:

*H<sub>0</sub>*: As variáveis *existência de serviço de SH&ST* e *Representantes eleitos para a SH&ST* são independentes.

*H<sub>a</sub>*: Existe relação entre as variáveis *existência de serviço de SH&ST* e *Representantes eleitos para a SH&ST*

Observando o valor da estatística do teste do Qui-Quadrado e consultando a tabela de distribuição do Qui-Quadrado teórico com 1 grau de liberdade para um nível de significância de 5% = 3,84, verifico que o seu valor é inferior ao valor do teste calculado ( $\chi^2 = 4,400$ ).

Como o valor do teste  $4,400 > 3,84$ , rejeito *H<sub>0</sub>* ao nível de significância de 5%.

De igual modo, observando o nível de significância do teste ( $p = 0,036$ ) verifico que o seu valor é inferior ao valor da significância do investigador ( $\alpha = 0,05$ ) levando-me, também, a rejeitar a hipótese nula e a aceitar a hipótese alternativa.

Assim, posso concluir que a relação de dependência observada entre as variáveis *existência de serviço de SH&ST* e *Representantes eleitos para a SH&ST* é estatisticamente significativa ao nível de significância de 5%.

Para avaliar o grau de associação entre as variáveis *existência de serviço de SH&ST* e *Representantes eleitos para a SH&ST* utilizei o coeficiente *Phi*, tendo obtido o valor de 23,9% e um nível de significância ( $p=0,036$ ), valor que é inferior a 0,05 pelo que concluo que existe uma fraca associação entre as variáveis.

Em conclusão posso afirmar que, em matéria de SH&ST das 12 formas que os TR efectivamente pertencem/participam a única que está relacionada com a *existência de serviço de SH&ST* é a variável *Representantes eleitos para a SH&ST*, podendo esta ser considerada uma forma de comunicação/informação na área da SH&ST. Ou seja, os TR que são representantes eleitos para a SH&ST são o elo de ligação entre os profissionais e os serviços de SH&ST.

O factor de mudança organizacional: **Liderança** (Cargo que ocupa; Decisão/alteração ou mudança e Posto de trabalho).

Tabela n.º 71 - Resultados do Teste de Qui - Quadrado referente à “Existência de serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho” e ao “Cargo que ocupa”

A1	Cargo que ocupa			X <sup>2</sup>	p
	Técnico Coord.	Coord. de turno	Nenhum cargo de chefia		
Tem SH&ST	6	0	43	4,030	0,133
Não tem SH&ST	2	2	23		

Tabela n.º 72 - Resultados do Teste de Qui - Quadrado referente à “Existência de serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho” e à “Decisão/alteração ou mudança”

A3	Decisão/alteração ou mudança				X <sup>2</sup>	p
	Coord. deixa correr	Coord. decide sozinho	Coord. não considera opinião	Coord. considera Opinião		
Tem SH&ST	5	9	2	27	10,634	0,014*
Não tem SH&ST	0	0	2	24		

\*Significativo ( $p \leq 0,05$ )

Tabela n.º 73 - Resultados do Teste de associação V-Cramer referente a “Decisão/alteração ou mudança”

Decisão/alteração ou mudança		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,393	,014
	Cramer's V	,393	,014
N of Valid Cases		69	

Tabela n.º 74 - Resultados do Teste de Qui-Quadrado referente à “Existência de serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho” e ao “Posto de trabalho”

A12	Posto de trabalho	Tem SH&ST	Não tem SH&ST	X <sup>2</sup>	p
Conteúdo do trabalho	Pobre/repetitivo	29	16	0,001	0,970
	Rico/variado	16	9		
Autonomia	Controlo p/ coord.	5	5	0,774	0,379
	Autocontrolo	40	22		
Princípio da atribuição da tarefa	A um TR	35	18	0,381	0,537
	Equipa	8	6		
Base de qualificação	Experiência	11	5	0,092	0,761
	Experiência/formação	31	17		

Nos resultados obtidos do factor organizacional “*Liderança*” verifiquei que de três pares de variáveis só uma apresenta valores que merecem uma especial atenção:

*Existência de serviço de SH&ST \* Decisão/alteração ou mudança*

Este par de variáveis [*Existência de serviço de SH&ST \* Decisão/alteração ou mudança*] teve como resultado a significância de **0,014**, o que me leva a concluir que existe relação entre estas duas variáveis, pois para tal verificou-se que o valor da significância é inferior a **0,05**.

Assim, para as variáveis *existência de serviço de SH&ST* e *Decisão/alteração ou mudança* com o nível de significância  $\alpha$  fixado em 5% as hipóteses formuladas foram:

*H<sub>0</sub>*: As variáveis *existência de serviço de SH&ST* e *Decisão/alteração ou mudança* são independentes.

*H<sub>a</sub>*: Existe relação entre as variáveis *existência de serviço de SH&ST* e *Decisão/alteração ou mudança*.

Observando o valor da estatística do teste do Qui-Quadrado e consultando a tabela de distribuição do Qui-Quadrado teórico com 3 graus de liberdade para um nível de significância de 5% = **7,81**, verifico que o seu valor é inferior ao valor do teste calculado ( $\chi^2 = 10,634$ ). Como o valor do teste **10,634 > 7,81**, rejeito *H<sub>0</sub>* ao nível de significância de 5%.

De igual modo, observando o nível de significância do teste ( $p = 0,014$ ) verifico que o seu valor é inferior ao valor da significância do investigador ( $\alpha = 0,05$ ) levando-me, também, a rejeitar a hipótese nula e a aceitar a hipótese alternativa.

Assim, posso concluir que a relação de dependência observada entre as variáveis *existência de serviço de SH&ST* e *Decisão/alteração ou mudança* é estatisticamente significativa ao nível de significância de 5%.

Para avaliar o grau de associação entre as variáveis *existência de serviço de SH&ST* e *Decisão/alteração ou mudança* utilizei o coeficiente *V de Cramer*, tendo obtido o valor de **39,3%** e um nível de significância de **0,014**, valor que é inferior a **0,05** pelo que concluo que existe uma forte associação entre as variáveis.

Em conclusão, posso afirmar que existe relação forte de associação entre a *existência de serviço de SH&ST* e as *tomadas de decisão /alteração ou mudanças* em matéria de SH&ST.

O factor organizacional: *Natureza jurídica*

Tabela n.º 75 - Resultados do Teste de Qui - Quadrado referente à “Existência de serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho” e à “Natureza Jurídica”

A2	Natureza jurídica			$\chi^2$	p
	HSA	HSPA	CS		
Tem SH&ST	31	12	6	9,162	0,010*
Não tem SH&ST	8	11	9		

\*Muito Significativo ( $p \leq 0,01$ )

Tabela n.º 76 - Resultados do Teste de associação V-Cramer referente à “Natureza jurídica”

Natureza jurídica		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,345	,010
	Cramer's V	,345	,010
N of Valid Cases		77	

Nos resultados obtidos no factor “*natureza jurídica*” verifiquei que no par das variáveis [*Existência de serviço de SH&ST \* natureza jurídica*] existe relação entre elas, pois para tal verificou-se que o valor da significância é inferior a 0,05.

Assim, para as variáveis *existência de serviço de SH&ST* e *natureza jurídica* com o nível de significância  $\alpha$  fixado em 5% as hipóteses formuladas foram:

$H_0$ : As variáveis *existência de serviço de SH&ST* e *natureza jurídica* são independentes.

$H_a$ : Existe relação entre as variáveis *existência de serviço de SH&ST* e *natureza jurídica*.

Observando o valor da estatística do teste do Qui-Quadrado e consultando a tabela de distribuição do Qui-Quadrado teórico com 2 graus de liberdade para um nível de significância de 5% = 5,99, verifico que o seu valor é inferior ao valor do teste calculado ( $\chi^2 = 9,162$ ). Como o valor do teste  $9,162 > 5,99$ , rejeita-se  $H_0$  ao nível de significância de 5%.

De igual modo, observando o nível de significância do teste ( $p = 0,010$ ) verifico que o seu valor é inferior ao valor da significância do investigador ( $\alpha = 0,05$ ) levando-me, também, a rejeitar a hipótese nula e a aceitar a hipótese alternativa.

Assim, posso concluir que a relação de dependência observada entre as variáveis *existência de serviço de SH&ST* e *natureza jurídica* é estatisticamente muito significativa ao nível de significância de 5%.

Para avaliar o grau de associação entre as variáveis *existência de serviço de SH&ST* e *natureza jurídica* utilizei o coeficiente *V de Cramer*, tendo obtido o valor de **34,5%** e um nível de significância (**p=0,010**), valor que é inferior a 0,05 pelo que concluo que existe uma forte associação entre as variáveis.

Em conclusão posso afirmar que existe uma forte associação entre a natureza jurídica das instituições de saúde e a existência de serviço de SH&ST, e ainda que nas instituições onde existe serviço de SH&ST a frequência é mais elevada para os HSA, seguindo-se os de natureza jurídica HSPA.

#### O factor organizacional: *Modernização Tecnológica*

Para estudar a relação das variáveis [*modernização tecnológica* \* *Existência de serviço de SH&ST*] como uma é nominal dicotómica e a outra ordinal, antes de decidir o teste que utilizar tive de verificar a normalidade da sua distribuição.

Para aplicação do teste de aderência a uma distribuição normal de Kolmogorov-Smirnov, à variável *modernização tecnológica* formulei as seguintes hipóteses:

$H_0$  = A *modernização tecnológica* segue uma distribuição normal

$H_a$  = A *modernização tecnológica* não segue uma distribuição normal

O nível de significância  $\alpha$  é fixado arbitrariamente em 5%.

Aplicando o teste de Kolmogorov-Smirnov (**Teste of Normality**) observo que a estatística do teste (**Statistic**) toma o valor de **0,210** e o da significância do teste **p = 0,000**.

Tabela n.º 77 - Resultados do Teste de Kolmogorov-Smirnov referente à  
“*modernização tecnológica*”

	Kolmogorov-Smirnov(a)		
	Statistic	df	Sig.
Modernização tecnológica	0,210	66	0,000

a Lilliefors Significance Correction

Como o nível de significância obtido no teste é um valor inferior ao nível de significância do investigador ( $\alpha = 0,05$ ), rejeita-se  $H_0$ , isto é, rejeita-se a hipótese da distribuição da modernização tecnológica ser normal ao nível de significância de 5% e aceita-se como verdadeira a hipótese alternativa  $H_a$ : A modernização tecnológica não segue uma distribuição normal.

Como no teste de normalidade obtive o valor de **0,000**, não tem distribuição normal, logo recorro a testes não paramétricos na análise inferencial nomeadamente o teste de Mann Whitney (U).

Tabela n.º 78 - Resultados do Teste de Mann Whitney referente à “Existência de serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho” e à “Modernização tecnológica”

Existência de SH&ST		N	Média das Ordens	U	p
Modernização Tecnológica	Tem SH&ST	47	39,44	590,500	0,433
	Não tem SH&ST	28	35,59		

Pelo teste de Mann-Whitney verifiquei que o valor da variável *Existência de serviço de SH&ST* não está relacionado com a *modernização tecnológica* porque o valor de  $U = 590,500$  e de  $p = 0,433$ , logo não são significativos.

Sendo no entanto, os H/CS que têm SH&ST apresentam valores superiores aos que não têm SH&ST (tem SH&ST: Média das Ordens = 39,44 e não tem SH&ST: Média das Ordens = 35,59).

O factor organizacional: *Sistema de gestão de qualidade*

Tabela n.º 79 - Resultados do Teste de Qui - Quadrado referente à “Existência de serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho” e ao “Sistema de gestão da qualidade”

A13	Sistemas de gestão da qualidade		$\chi^2$	p
	Sim	Não		
Tem SH&ST	22	22	6,530	0,011*
Não tem SH&ST	5	21		

\*Significativo ( $p \leq 0,05$ )

Tabela n.º 80 - Resultados do Teste de associação Phi referente aos “Sistemas de gestão da qualidade”

Sistemas de gestão da qualidade		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,305	,011
	Cramer's V	,305	,011
N of Valid Cases		70	

Nos resultados obtidos no factor “*Sistema de gestão da qualidade*” verifiquei que no par das *Existências de serviço de SH&ST* \* *Sistema de gestão da qualidade* teve como resultado a significância de **0,011**, o que me leva a concluir que existe relação entre estas duas variáveis, pois para tal verificou-se que o valor da significância é inferior a **0,05**.

Assim, para as variáveis *existência de serviço de SH&ST* e *Sistema de gestão da qualidade* com o nível de significância  $\alpha$  fixado em 5% as hipóteses formuladas foram:

*H<sub>0</sub>*: As variáveis *existência de serviço de SH&ST* e *Sistema de gestão da qualidade* são independentes.

*H<sub>a</sub>*: Existe relação entre as variáveis *existência de serviço de SH&ST* e *Sistema de gestão da qualidade*.

Observando o valor da estatística do teste do Qui-Quadrado e consultando a tabela de distribuição do Qui-Quadrado teórico com 1 grau de liberdade para um nível de significância de 5% = **3,84**, verifico que o seu valor é inferior ao valor do teste calculado ( $\chi^2 = 6,530$ ). Como o valor do teste **6,530 > 3,84**, rejeito *H<sub>0</sub>* ao nível de significância de 5%.

De igual modo, observando o nível de significância do teste ( $p = 0,011$ ) verifico que o seu valor é inferior ao valor da significância do investigador ( $\alpha = 0,05$ ) levando-me, também, a rejeitar a hipótese nula e a aceitar a hipótese alternativa.

Assim, posso concluir que a relação de dependência observada entre as variáveis *existência de serviço de SH&ST* e *Sistema de gestão da qualidade* é estatisticamente significativa ao nível de significância de 5%.

Para avaliar o grau de associação entre as variáveis *existência de serviço de SH&ST* e *Sistema de gestão da qualidade* utilizei o coeficiente *Phi*, tendo obtido o valor de **30,5%** e um nível de significância ( $p=0,011$ ), valor que é inferior a 0,05, pelo que concluo que existe uma moderada associação entre as variáveis.

Em conclusão, posso afirmar que nos H/CS que têm serviço de SH&ST tem uma diferença significativa em relação aos que não têm serviço de SH&ST, ou seja existe uma associação entre elas mas de grau moderado.



O factor organizacional: **Rotatividade** (N.º técnicos que entraram e saíram e os motivos da saída)

Para aplicação do teste *Mann Whitney* proponho-me a seguir a metodologia sugerida por SILVA já referida anteriormente. E tenho de primeiro verificar a normalidade da minha variável.

Assim, para aplicação do teste de aderência a uma distribuição normal de *Kolmogorov-Smirnov*, à variável n.º de técnicos que entraram e saíram formulei as seguintes hipóteses:

$H_0$  = O n.º de técnicos que entraram e saíram segue uma distribuição normal

$H_a$  = O n.º de técnicos que entraram e saíram não segue uma distribuição normal

O nível de significância  $\alpha$  é fixado arbitrariamente em 5%.

Aplicando o teste de *Kolmogorov-Smirnov* (**Teste of Normality**) observo que a estatística do teste (**Statistic**) para o N.º de técnicos que entraram toma o valor de **0,192** e o da significância do teste **p = 0,000** e para o N.º de técnicos que saíram **0,174** e o da significância do teste **p = 0,000**.

**Tabela n.º 81 - Resultados do Teste de Kolmogorov-Smirnov referente à “Existência de serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho” e ao “N.º de técnicos que entraram e saíram”**

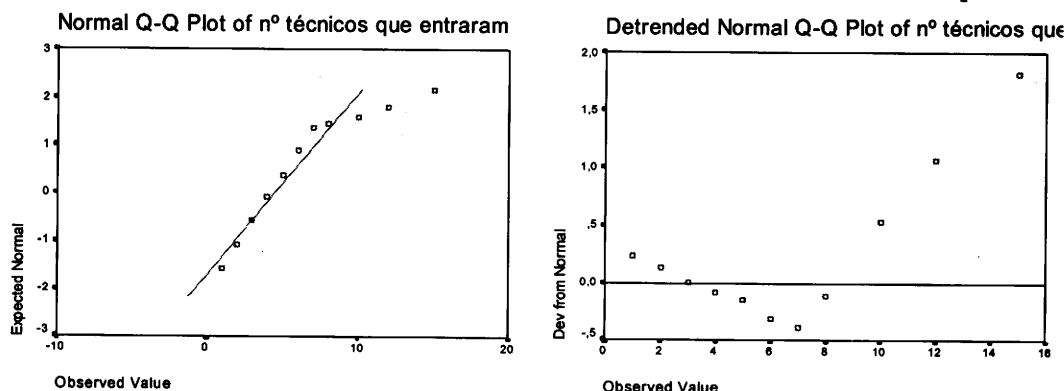
	Kolmogorov-Smirnov(a)		
	Statistic	df	Sig.
N.º de técnicos que entraram	0,192	66	0,000
N.º de técnicos que saíram	0,174	66	0,000

a Lilliefors Significance Correction

Como o nível de significância obtido nos testes são valores inferiores ao nível de significância do investigador ( $\alpha = 0,05$ ), rejeita-se  $H_0$ , isto é, rejeita-se a hipótese da distribuição do n.º de técnicos que entraram e saíram ser normal ao nível de significância de 5% e aceita-se como verdadeira a hipótese alternativa  $H_a$ : O n.º de técnicos que entraram e saíram não segue uma distribuição normal. Para confirmar a não normalidade da distribuição, mostro mais evidências nos gráficos Normal Q – Q Plot (gráficos n.º 5 e 7) e Detrended Normal Q-Q plots (gráficos n.º 6 e 8), se a distribuição fosse normal, no gráfico da esquerda os pontos situar-se-iam de forma aleatória nas proximidades da linha recta ascendente, o que não acontece neste caso

devido, sobretudo, aos valores extremos. No gráfico da direita tem-se uma ideia mais clara sobre se os pontos observados se desviam muito da normalidade. Se a distribuição fosse normal, os pontos situar-se-iam aleatoriamente à volta da linha horizontal 0, o que não é o caso, descrevendo os dados uma linha quebrada, como se pode verificar pela leitura dos gráficos.

Gráficos n.º 5 e 6 - Normal Q-Q Plot e Detrended Normal Q-Q Plot of n.º de técnicos que entraram



Gráficos n.º 7 e 8 - Normal Q-Q Plot e Detrended Normal Q-Q Plot of n.º de técnicos que saíram

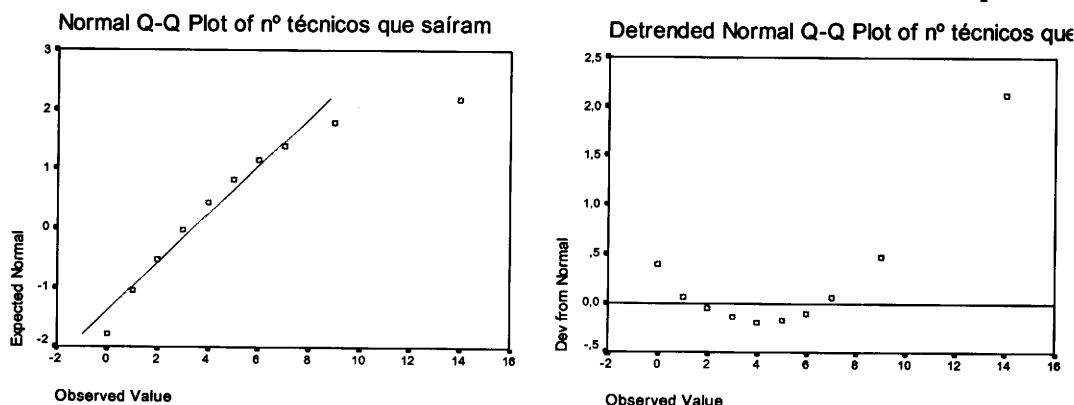


Tabela n.º 82 - Resultados do Teste de Mann Whitney referente à “Existência de serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho” e ao “N.º de técnicos que entraram e saíram”

A8	Existência de SH&ST	N	Média das Ordens	U	p
N.º técnicos que entraram	Tem SH&ST	37	36,05	257,000	0,005*
	Não tem SH&ST	24	23,21		
N.º técnicos que saíram	Tem SH&ST	37	36,38	245,000	0,003*
	Não tem SH&ST	24	22,71		

\*Muito Significativo ( $p \leq 0,01$ )

Após verificar que o n.º de técnicos que entraram e saíram não segue uma distribuição normal. Posso aplicar o teste de Mann-Whitney, com o nível de significância  $\alpha$  fixado em 5%. As hipóteses formuladas foram:

$H_0$  = As duas populações são iguais em tendência central

$H_a$  = As duas populações não são iguais em tendência central

Para o n.º de técnicos que entraram observe o nível de significância do teste ( $p = 0,005$ ) e verifico que o seu valor é inferior ao valor da significância do investigador ( $\alpha = 0,05$ ) levando-me, a rejeitar a hipótese nula ao nível de significância de 5% e a aceitar que as duas populações não são iguais em tendência central.

Assim, o valor da média das ordens varia entre 36,05 (*Tem SH&ST*) e 23,21 (*Não tem SH&ST*) denotando uma importância pelo facto de ter serviço de SH&ST. Esta diferença é considerada estatisticamente muito significativa dado os valores observados ( $U = 257,000$  e  $p = 0,005$ ). De igual forma, para o n.º de técnicos que saíram os valores da média das ordens varia entre 36,38 (*Tem SH&ST*) e 22,71 (*Não tem SH&ST*) também a importância tende para a existência de serviço de SH&ST. Estatisticamente esta diferença é considerada muito significativa com os valores de  $U = 245,000$  e  $p = 0,003$ .

Em conclusão, pelos resultados obtidos pelo teste de Mann-Whitney verifico que o valor da *existência de SH&ST* está relacionado tanto com o n.º de técnicos que entraram ( $U = 257,000$  e  $p = 0,005$ ) como com o n.º de técnicos que saíram ( $U = 245,000$  e  $p = 0,003$ ) valores estes muito significativos. Sendo que os H/CS com serviço de SH&ST apresentam números de técnicos que entraram superiores aos que não têm serviço de SH&ST (tem SH&ST=36,05 e não tem SH&ST=23,21). Com o n.º de técnicos que saíram os valores mostram que acontece o mesmo (tem SH&ST=36,38 e não tem SH&ST=22,71).

Tabela n.º 83 - Resultados do Teste de Qui - Quadrado referente à “Existência de serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho” e os “Motivos da saída”

A9	Motivos da saída			$\chi^2$	p
	Transferência/ aposentação	Entrada no quadro	Melhores perspectivas		
<b>Tem SH&amp;ST</b>	19	14	6	8,498	0,014*
<b>Não tem SH&amp;ST</b>	12	1	8		

\*Significativo ( $p \leq 0,05$ )

Tabela n.º 84 - Resultados do Teste de associação V-Cramer referente aos “Motivos da saída”

Motivos da saída		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,376	,014
	Cramer's V	,376	,014
N of Valid Cases		60	

Nos resultados obtidos no factor “*rotatividade*” verifiquei que no par da *Existência de serviço de SH&ST \* motivos de saída* teve como resultado a significância de **0,014**, o que me leva a concluir que existe relação entre estas duas variáveis, pois para tal verificou-se que o valor da significância é inferior a **0,05**.

Assim, para as variáveis *existência de serviço de SH&ST* e *motivos de saída* com o nível de significância  $\alpha$  fixado em 5% as hipóteses formuladas foram:

*H<sub>0</sub>*: As variáveis *existência de serviço de SH&ST* e *motivos de saída* são independentes.

*H<sub>a</sub>*: Existe relação entre as variáveis *existência de serviço de SH&ST* e *motivos de saída*.

Observando o valor da estatística do teste do Qui-Quadrado e consultando a tabela de distribuição do Qui-Quadrado teórico com 2 grau de liberdade para um nível de significância de 5% = **5,99**, verifico que o seu valor é inferior ao valor do teste calculado ( $\chi^2 = 8,498$ ). Como o valor do teste **8,498 > 5,99**, rejeito *H<sub>0</sub>* ao nível de significância de 5%.

De igual modo, observando o nível de significância do teste (**p = 0,014**) verifico que o seu valor é inferior ao valor da significância do investigador ( **$\alpha = 0,05$** ) levando-me, também, a rejeitar a hipótese nula e a aceitar a hipótese alternativa.

Assim, posso concluir que a relação de dependência observada entre as variáveis *existência de serviço de SH&ST* e *motivos de saída* é estatisticamente significativa ao nível de significância de 5%.

Para avaliar o grau de associação entre as variáveis *existência de serviço de SH&ST* e *motivos de saída* utilizei o coeficiente *V de Cramer*, tendo obtido o valor de **37,6%** e um nível de significância (**p=0,014**), valor que é inferior a 0,05 pelo que concluo que existe uma forte associação entre as variáveis.

Em conclusão, posso afirmar que existe uma relação com um grau de associação forte entre os H/CS que têm serviço de SH&ST e os principais motivos da saída dos TR.

### 3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação e análise dos dados, passo à sua discussão evidenciando os achados mais relevantes e estabelecer comparações com a teoria que deu suporte ao estudo. Apesar de oportunamente ter feito uma pequena análise crítica à medida que apresentei os resultados, teve como objectivo único facilitar a sua leitura e suavizar a quantidade de quadros com números que é indispensável num estudo quantitativo.

Antes de iniciar propriamente a discussão devo lembrar que este foi o estudo feito, que obviamente poderia ter sido concretizado de várias maneiras ou perspectivas, no entanto, esta é a realidade, fruto deste trabalho.

#### 3.1. Características sociodemográficas

No presente estudo predomina o género feminino (58,1%), facto que acompanha a tendência nacional em relação às profissões de saúde.

No histograma da variável idade, está bem visível que as idades dos TR se encontram distribuídas pela totalidade dos grupos etários, sendo o que mais se destaca [30 a 39] anos (30,5%), mas acrescento o facto de 58,1% dos TR se situarem até este escalão etário. O nível etário dos TR ronda os 38 anos e a moda de idades é de 23 anos, indicando que a população é jovem não só na idade como na profissão apesar de terem já alguma experiência profissional.

De acordo com os dados referidos anteriormente, as categorias profissionais mais uma vez confirmam esta juventude dado que 42,9% dos TR têm a categoria de Técnico de 2ª classe, sendo esta a categoria de início de carreira. No extremo oposto na categoria de especialista de 1ª classe obtive 7,6%, o que corresponde a 8 TR. Estes 8 TR com a categoria de especialista de 1ª classe devem ter o cargo de Coordenador de serviço pelo facto de na questão “o técnico tem algum cargo de chefia” o número de TR com este cargo era igual.

### 3.2. Factores de mudança organizacional

Tendo sido considerada a *comunicação* como elemento estratégico no processo de mudança, os vários elementos estudados no processo de comunicação nos H/CS foram essencialmente os canais de comunicação, o sentido da comunicação (ascendente e descendente) e se a informação chega a todos os TR.

Da informação obtida verifico que a comunicação da direcção com os profissionais se processa muito pouco de *pessoa a pessoa* (18,6%) e é praticamente inexistente através de *reuniões* (1,2%), podendo então ser considerada a comunicação usual a comunicação descendente e a participação dos TR nula, pois não têm oportunidade de dar sugestões. Daí que o canal predominantemente (referido pelos TR) utilizado nos H/CS para divulgar as informações são as *circulares* (80,2%). Também posso concluir, que com a ausência de reuniões que a preponderância do sentido da comunicação é a descendente e porque os TR também referem que quando têm alguma *ideia inovadora* partilham-na com os *colegas do serviço* (71,6%). Estes factos todos indicam que nos H/CS a comunicação ascendente é praticamente inexistente e que os canais de informação/comunicação são essencialmente de natureza informal entre colegas e chefes e ainda os TR entre si.

Verifiquei que não existe um sistema de comunicação/informação que permita que a informação chegue a todos e em tempo útil (52,2%). Pois, 47,8% dos TR inquiridos referem que as informações chegam *aos chefes e a alguns profissionais* e *aos chefes e aos outros muito mais tarde*. Aqui o processo de comunicação informal pode assumir um papel fundamental, ainda que nem sempre essa informação/comunicação seja transmitida eficientemente.

Também foi estudado a participação dos TR em matéria de SH&ST e os resultados obtidos foram de 52,2% para *nenhuma em especial*, o que significa que os TR não têm praticamente nenhuma participação já que nas restantes formas de participação obtiveram uma frequência muito baixa. Já na questão da sua participação nas fases de planeamento (40,2%) e implementação (45%) das actividades de saúde os inquiridos também referiram que são apenas informados e seguindo-se *sem qualquer participação* nas duas fases (30,5% e 26,3%).

Todas as variáveis que pertencem à área da comunicação foram avaliadas em relação à existência de associação com a variável *existência de serviço de SH&ST* e os resultados obtidos foi que de cinco pares de variáveis só dois estavam relacionados, foram nomeadamente, como é que as *informações chegam* ao serviço sendo que este par de variáveis teve um grau de associação elevadíssimo e *os representantes eleitos para a SH&ST*, este par estava relacionado mas com uma intensidade fraca.

Como já referi anteriormente, este tipo de comunicação nos H/CS tem um impacto elevado nos TR em termos de participação e envolvimento. Este facto tem influência negativa no impacte organizacional, porque os TR não estando envolvidos nas acções de preparação que precedem o processo de mudança podem criar uma grande resistência às novas iniciativas.

Refiro ainda a importância da informação/comunicação em relação às implicações comportamentais implícitas num processo de mudança organizacional onde os TR não participaram nem foram envolvidos devido à inexistência de reuniões de participação dos profissionais e até mesmo reuniões só de carácter informativo, assim posso questionar qual a eficácia dos processos de mudança.

A *liderança* foi também considerada um factor de mudança organizacional porque há que utilizar estratégias de mudança que contemplam uma acção sobre os profissionais. Assim, aqueles que no quotidiano contribuem para que as organizações funcionem e atinjam resultados são as chefias, que neste contexto têm duplo problema: gerir (cuja função é liderar, motivar, coordenar e dirigir o trabalho de outros, para atingir os objectivos definidos e obter resultados) e ser agente de mudança (saber lidar com as diferentes resistências desencadeadas pela mudança e desenvolver estratégias para a sua implementação) (LAMPREIA, 1997:48).

Os vários elementos estudados são: o *cargo* de coordenação, a atitude do técnico coordenador quando tem necessidade de tomar uma *decisão/alteração ou mudança* e sobre o *posto de trabalho*, ou seja, o que pretendia era saber qual a percepção dos TR em relação a estas formas de organização do trabalho.

De todos os TR inquiridos só uma pequena percentagem é que tem o cargo de *técnico coordenador* (8,8%) e de *coordenador de turno* (2,2%) e estes pertencem todos aos hospitais, pois nos centros de saúde destes dois distritos não existe o cargo de técnico coordenador.



Das atitudes do coordenador perante a necessidade de uma tomada de decisão/alteração ou mudança segundo a percepção da maioria dos inquiridos é que o *coordenador pede opinião e considera-a* (74,1%), quando verifiquei se existia relação entre a existência de serviço de SH&ST e a tomada de decisão/alteração ou mudança conclui que além de existir relação, elas tinham um grau de associação forte. O que quer dizer que nos H/CS onde existe serviço de SH&ST os técnicos coordenadores quando necessitam de tomar uma decisão que implique alteração ou mudança na área de SH&ST pede opinião aos seus colaboradores e considera-a.

Os TR em relação ao seu posto de trabalho referem que o conteúdo do trabalho que executam é *pobre e repetitivo* (63%). Este facto pode dever-se à não existência de rotatividade do posto de trabalho devido aos TR não serem polivalentes em todas as áreas da radiologia ou à especialização técnica só numa área específica (ex: Mamografia). A apetência para realizar diferentes técnicas pode à partida constituir um elemento favorável na implementação de equipas de trabalho, mas os técnicos coordenadores têm um papel fundamental neste ponto, quando distribuem as tarefas. Em relação à alocação dos TR em relação às tarefas, os resultados obtidos referem que a maioria dos técnicos coordenadores distribuem o trabalho a cada *técnico* (77,2%) em detrimento da *equipa* (22,8%). O que se prova que o TC não estão suficientemente sensíveis para criar equipas dinâmicas. Assim, para uma equipa ser realizadora de alto desempenho, é necessário que a equipa seja capaz de fazer o que é preciso no momento necessário e que, esteja bem organizada, com procedimentos bem definidos quanto ao modo como as tarefas devem ser realizadas, e com responsabilidades bem clarificadas para todos (LAMPREIA, 1997:48).

O que pode suscitar um sentimento menos positivo a propósito do funcionamento em equipa. As equipas de trabalho possuem virtualidades para melhorar a organização no trabalho e fomentar a polivalência das tarefas, o que permite aumentar a flexibilidade, a rapidez de resposta e a valorização dos recursos humanos. Por estas razões, as formas de organização do trabalho que procuram enriquecer o seu conteúdo através da ampliação ou alargamento das tarefas, contribuindo assim para o desenvolvimento da personalidade e para a realização individual dos trabalhadores, são justamente consideradas mais importantes e são aquelas a que tem sido reconhecido um maior sucesso (DAMIÃO, 1995:173). A aplicação das várias formas de organização do

trabalho, no sentido de enriquecimento do trabalho, o balanço global aponta para os seguintes resultados globais: redução do absentismo; locais de trabalho mais atractivos; melhoria da qualidade e aumento de produção; menos queixas de aborrecimento; maior interesse pelo trabalho e maior satisfação (DAMIÃO, 1995:17).

Posso concluir ainda que os técnicos estão habituados a trabalhar individualmente e com uma autonomia de *autocontrolo* (85,7%). Isto pode significar que os TR foram treinados para terem competências para resolverem problemas, ou seja, para terem responsabilidade (*empowerment*). Assim esta forma de organização pode ter implicações significativas na melhoria dos serviços, na redução de custos e de tempo, e na motivação e satisfação dos profissionais. Quando é feito um investimento num equipamento novo para o serviço implica uma mudança e 74,7% dos TR referem que aprendem a trabalhar através de *formação e experiência*. Como este valor é bastante elevado leva-me a querer que a maioria dos TR do serviço têm acesso à formação encarando melhor esta mudança. Aqui a formação antes da prática da técnica pode funcionar como factor facilitador às alterações ou mudança de equipamento onde os TR antecipadamente têm informação e participação de algo que vai mudar.

Também aqui as conclusões deste estudo confirmam aquilo que na *Terceira Enquete Européia sobre as Condições de Trabalho (2000)*, realizada nos últimos dez anos pela *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions*, RENÉ MENDES refere que em relação aos factores directamente relacionados com a organização do trabalho, pode-se observar que: aumentou a intensidade do trabalho e esta está fortemente associada a problemas de saúde (lombalgia, stress, dores musculares no pescoço e ombros); em geral, existe autonomia do trabalho ou controle no/do trabalho; quanto ao conteúdo da tarefa, parecem estar a diminuir as aprendizagens novas e o trabalho é monótono (...) (MENDES, 2005:820).

Em relação ao *investimento* a maioria dos TR (69,4%) acha que nos H/CS onde trabalham houve investimento sendo este por diversos motivos, é de salientar que a maior percentagem de inquiridos referiu que o principal motivo foi a melhoria das CT (32,9%). Nos resultados obtidos para testar a *hipótese 2 [Os serviços de SH&ST estão relacionados com o investimento e implementação de políticas, programas e actividades de saúde]* verifico que nos H/CS com serviço de SH&ST se preocupam mais ou de forma igual com a maioria das razões apresentadas em relação aos que não

têm serviço. Também verifico que os H/CS que não têm serviço de SH&ST as únicas razões (das apresentadas neste estudo) que levam ao investimento e implementação de políticas, programas e actividades de saúde são o *normativo legal e convencional* e a *melhoria explícita da saúde*.

Nesta hipótese, com os resultados obtidos posso concluir que ter ou não ter serviço de SH&ST não está relacionado com as razões que levam ao investimento e implementação de políticas, programas e actividades de saúde apresentadas neste estudo, ou seja, não é estatisticamente significativo.

Mas, no entanto posso afirmar que a *existência de serviço de SH&ST* está relacionada com o *investimento e implementação de políticas, programas e actividades de saúde* em relação ao *absentismo em geral*. Ou seja, os H/CS com serviço de SH&ST possivelmente têm uma intervenção a nível organizacional através de políticas de absentismo orientadas para a prevenção, tendo em vista a melhoria da saúde dos profissionais e a melhoria do ambiente psicossocial de trabalho.

Ainda a confirmar a ideia de que houve investimento, 71,9% dos TR acham que é *normal, alto e muito alto* o **grau de modernização** do seu serviço, ora só é possível atingir estes valores com um contínuo investimento. Estes resultados vão de encontro com a opinião de COSTA quando afirma que o serviço de radiologia é visto como um subsistema dentro do sistema que é o hospital, com a maior importância e impacto para os cuidados de saúde, pelo precioso apoio que presta no diagnóstico médico. Para a prossecução dos seus objectivos este serviço utiliza equipamentos de radiologia de grande complexidade técnica que, como todos os demais equipamentos, com o decorrer dos anos, vão ficando ultrapassados nos seus processos tecnológicos e se degradam com a utilização. Por isso, e pela crescente procura destes serviços, pela necessidade e vontade cada vez maior de melhorar a qualidade do atendimento dos utentes, existiu um grande investimento nestes serviços ao longo dos anos, diversas intervenções, que normalmente significam para o mesmo, autênticas revoluções, em qualidade e capacidade de resposta (COSTA, 2001:7). Assim a modernização não passa apenas com os computadores para a parte administrativa, mas também a digitalização total dos serviços (as redes e toda uma panóplia de meios técnicos destinados a adquirir, tratar, transmitir, armazenar e tratar as imagens e a informação). São principais motivos de

satisfação, o facto de dispor de equipamento com a possibilidade de aquisição directa e tratamento informático das imagens radiográficas, permitindo a sua análise e manuseio, com muito maior rapidez, conforto e qualidade, para os profissionais de saúde e para os utentes (COSTA, 2001:6). O investimento e a consequente modernização tecnológica estão a desempenhar um papel nas mudanças das novas tecnologias, e ainda nos novos meios de gestão da informação, de gestão do conhecimento e de aprendizagem organizacional que estas tecnologias possibilitam mas que por si só não criam.

A *natureza jurídica* foi também considerada um factor de mudança organizacional pois de todos os profissionais que trabalham em H/CS 51,1% dos TR passaram pela mudança de tipo de gestão (HSA) nas instituições da saúde onde trabalham, os restantes ficaram com o mesmo regime jurídico. Dos resultados auferidos posso afirmar que existe uma forte associação entre a natureza jurídica das instituições de saúde e a existência de serviço de SH&ST, e ainda que, nas instituições onde existe serviço de SH&ST a frequência é mais elevada para os HSA, seguindo-se os de natureza jurídica HSPA. Também aqui as conclusões deste estudo vão de encontro ao referencial teórico onde explica que a mudança organizacional ao nível do Ministério da Saúde aconteceu porque os H/CS dada a natureza e os problemas que trata, a cultura e as expectativas dos seus profissionais e daqueles que a ele acorrem, a importância dos recursos envolvidos e a complexidade da sua organização e gestão, tem vindo a ser, sobretudo na última década, objecto de grandes mudanças e preocupações, que podem ser evidenciadas através da diversidade de diplomas legais que os diferentes governos adoptaram em relação a esta matéria. Em 2002 assistiu-se a duas importantes mudanças ao nível da gestão dos hospitais. Com a primeira destas medidas visou-se conseguir uma maior coesão à tomada de decisão dos conselhos de administração, com a segunda, pretendeu-se agilizar a contratação de bens e serviços (respeitando, naturalmente, a legislação comunitária). Assim, pretendia-se, através de novas formas de gestão, introduzir mecanismos inovadores para proporcionar melhorias de gestão e acréscimos de eficiência e qualidade de serviço, no âmbito do SNS([www.hospitaissa.min\\_saude.pt](http://www.hospitaissa.min_saude.pt)).

A forte associação entre a natureza jurídica das instituições de saúde e a existência de serviço de SH&ST indica-me que por um lado estes hospitais estão mais sensíveis para o investimento na implementação dos serviços de SH&ST, sendo um sinal positivo ao

tentar cumprir a lei e a sua preocupação em relação à segurança, higiene e saúde dos seus profissionais. Por outro lado, o Governo não considerou como prioridade metodológica o estado psicológico do trabalhador. Sem o necessário envolvimento e contributo dos profissionais de saúde e as sucessivas alterações à estrutura jurídica e organizacional dos Serviços de Saúde da Administração Pública, tem provocando nos profissionais conflitos sucessivos que, legítimos ou ilegítimos, tem vindo a corroer os frágeis equilíbrios. Constatou-se diversas alterações de comportamento dos profissionais de saúde, neste sentido, um dos sindicatos pretendeu avaliar o que sentem e pensam os técnicos em relação às reformas aplicadas. O Sindicato das Ciências e Tecnologias da Saúde fez um estudo junto dos profissionais das Tecnologias da Saúde, relativo ao impacto das reformas da saúde no plano laboral, organizacional e quantitativo na prestação de cuidados de saúde. A apreciação dos resultados obtidos deste estudo ao nível dos CS e hospitais SPA são, sem excepção, mais positivos que os recolhidos nos hospitais SA. Por exemplo os indicadores como a “motivação”, “iniciativa”, “auto-estima profissional” e “expectativas profissionais para o futuro” recolheram respostas desfavoráveis entre 49% e 71% dos inquiridos. Tais resultados refere o sindicato “devem ser cuidadosamente ponderados, pois a natureza destes quatro vectores, situam-se ao nível do equilíbrio psicológico dos profissionais, são determinantes no desenvolvimento do trabalho em saúde, dados os imponderáveis para os quais é indispensável o estímulo positivo do trabalhador” ( [www.scts.pt](http://www.scts.pt) ).

Também, num artigo de opinião “os novos hospitais” acerca do modelo orgânico dos hospitais EDUARDO BARROSO (cirurgião) opina que “foi positivo tentar mudar alguma coisa, contra muitos interesses instalados em hospitais cuja qualidade e rentabilidade deixam muito a desejar”, (...) mas que “os nossos hospitais, os hospitais do presente e do futuro não vão melhorar os seus índices assistenciais apenas dependendo do seu modelo de gestão. O modelo orgânico dos hospitais é no século XXI igual aos finais do século XIX. Existem serviços estanques, organizados por especialidades, completamente independentes uns dos outros, com interesses diferentes, como se a abordagem dos doentes e das doenças fosse hoje exactamente igual como há cem anos” (DNA, 2005:26). Também, NUNO MORUJÃO (Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de saúde de Matosinhos) afirma “sou um dos que acredita na mudança. Mas também estou convicto que, embora condição necessária, a legislação produzida ou que se aguarda não é condição suficiente para alcançar os objectivos em

vista. Está nas mãos das novas administrações e chefias intermédias a liderança que poderá levar às alterações comportamentais indispensáveis” (Revista Nortesaúde). Muitas opiniões e especulações existiram e existem acerca do assunto, uma realidade é que a natureza jurídica pode ser considerada como um factor de mudança organizacional que pode induzir consequências (positivas ou negativas) nas condições de trabalho.

O desenvolvimento da *formação* constitui um dos pontos centrais a contemplar nos projectos de mudança organizacional. Dos resultados posso concluir que os TR não devem ter suficiente informação ou formação profissional nesta temática pelo facto de estarem tão *receptivos à formação em SH&ST* (93,8%) e terem *interesse em adquirir mais informação* (94,1%). A informação, a formação e a participação são, vectores da política de prevenção que se integram para desenvolver as competências da organização e as capacidades dos trabalhadores na melhoria contínua da segurança e saúde do trabalho (VEIGA, 2000:5.10.3).

É fundamental a construção de um programa de formação que transmita aos profissionais as competências técnicas necessárias para trabalharem com um novo equipamento, as necessárias ao processo de rotação de tarefas e uma nova forma da organização do trabalho em equipa, etc. O sistema de formação deve fornecer aos TR os saberes necessários para ultrapassar a lacuna da *informação* acerca de uma temática específica (caso da SH&ST e PST). Isto provoca uma modificação da competência técnica, pois as rápidas transformações técnicas e organizacionais implicam um desafio permanente à capacidade de aprendizagem (competência de aprendizagem para a formação contínua). Associada à necessidade de adquirir saberes técnicos mais alargados existe a necessidade de assumir uma nova atitude face ao trabalho, numa perspectiva diferente do contributo individual e numa predisposição para aprender continuamente. Só sendo detentor de formação/informação acerca de uma área temática ou equipamento é que se consegue ter um papel activo e mais *participativo*.

Ao analisar as diferentes formas de *participação* dos TR no domínio da SH&ST verifiquei que a maior ênfase foi dada à resposta *nenhuma em especial* (52,2%). Isto significa que a maioria dos TR acham que de todas as formas de participação em matéria de SH&ST eles não participam em nenhuma e os *direitos* que a direcção lhes

reconhece são: *serem informados* (44,6%) dos riscos e medidas de protecção e prevenção relativas quer ao posto de trabalho, empresa ou serviço em geral; *ter formação* (22,8%) adequada e suficiente, tendo em conta as respectivas funções e o posto de trabalho, gozando de licença para a formação nesta área, com ou sem retribuição; *ser consultado* (9,8%) em tempo útil designadamente sobre: a avaliação dos riscos, as medidas de higiene e segurança a adoptar e quaisquer medidas que possam ter repercussões sobre a segurança e saúde no trabalho, o programa e a organização da formação no domínio de SH&ST (...).

A *Rotatividade* de pessoal também é um factor de mudança organizacional, onde a taxa de movimentação de pessoal numa organização indica uma elevada flutuação de pessoal num serviço. O elevado número de entradas resulta da política da direcção adoptada em termos de capacidade de produção e inovação tecnológica com a introdução de novos equipamentos logo consequentemente mais profissionais para trabalhar neles. Este facto é no entanto insuficiente para explicar a elevada movimentação do pessoal, isto porque o número de saídas é também elevado. Neste estudo o que se verificou foi que o número de técnicos que entraram (média = 4,39) é idêntico ao número dos que saíram (média = 3,37), isto poderá querer dizer que os TR saíram e foram substituídos por outros. Durante um determinado período, (neste caso de cinco anos) estes movimentos de entradas e saídas de pessoal modificam os efectivos. As taxas de entrada e de saída reflectem largamente a conjuntura económica.

A inexistência de aumento do número de efectivos nos serviços durante cinco anos indica que a rotatividade de pessoal é meramente vegetativa e de simples manutenção do sistema, assim provavelmente é um dos factores que mais tem influenciado a organização do trabalho dos TR, onde estes com o aumento da intensidade do trabalho são arrastados para métodos de trabalho mais despersonalizantes e pouco humanizantes. E ainda, de uma forma geral os TR dão apoio ao alargamento do funcionamento dos serviços, ainda que, em alguns casos com violação de direitos (descansos não gozados, prolongamento da jornada diária de trabalho) são evidentes as consequências negativas ao nível das condições de trabalho.

Mas como o que interessa é saber se a nível de recursos humanos existiu alguma mudança, a este nível posso afirmar que, como houve o número máximo de entradas de

15 e como a questão se referia aos últimos cinco anos, verifico que por ano em média à a entrada de 3 TR novos.

Refiro ainda que os elementos extraídos do cruzamento entre *existência de SH&ST* e *n.º de técnicos que entraram* ( $U= 257,000$  e  $p = 0,005$ ) são valores muito significativos e no cruzamento entre *existência de SH&ST* e o *n.º de técnicos que saíram* permite-me verificar, que ( $U= 245,000$  e  $p = 0,003$ ) existe também uma relação entre as variáveis, com valores obtidos estatisticamente muito significativos.

Sendo que os H/CS com serviço de SH&ST apresentam números de técnicos que entraram superiores aos que não têm serviço de SH&ST (tem SH&ST=36,05 e não tem SH&ST=23,21). Com o n.º de técnicos que saíram os valores mostram que acontece o mesmo (tem SH&ST=36,38 e não tem SH&ST=22,71). Isto poderá querer dizer que estes H/CS poderão estar numa fase de expansão ou modernização.

Em relação aos *motivos da saída* dos TR, concluo que é a transferência ou aposentação (52,1%) o principal motivo de saída, no entanto os que procuraram melhores condições de trabalho foram 47,9% nomeadamente no que diz respeito ao vínculo contratual (entrada no quadro da função pública 25,4) e melhores perspectivas de trabalho em geral (22,5%). Verifica-se que esta situação existente é susceptível de ter efeitos negativos e contrários aos criados pela estabilidade do pessoal, estando esta associada a oportunidades de carreira e segurança, o que se traduz em motivação e empenho do pessoal.

Para confirmar este facto, cruzei os motivos de saída dos TR e a existência de serviço de SH&ST e verifiquei que entre estas variáveis existe uma relação com um grau de associação muito forte. Observa-se ainda que o motivo da saída "*melhores perspectivas*" nos H/CS com serviço de SH&ST que obteve um valor inferior ao obtido nos H/CS que não têm serviço de SH&ST. O que poderá significar que os TR nos H/CS com SH&ST não necessitem tanto de mudar de local de trabalho com a intenção de melhores condições de trabalho.

Foi consensual, para a maioria dos TR inquiridos que nos H/CS onde trabalham não existe **sistema de gestão de qualidade** (64,2%). Nesta questão os valores são muito idênticos nas respostas dadas para os hospitais e centros de saúde. Mas existe uma



relação de intensidade moderada entre as variáveis *existência de serviço de SH&ST* e *Sistema de gestão da qualidade*. A existência desta relação vem de encontro ao que Tavares afirma ao considerar que existe uma grande ligação entre a SH&ST e a Qualidade, porque as normas e especificações técnicas na área da SH&ST, relativas a metodologias e procedimentos, critérios de amostragem, certificação de equipamentos e outras, são aprovadas no âmbito do Sistema Nacional de Gestão da Qualidade. Reforçando a ideia o mesmo autor defende que, a política da qualidade aplicada às condições de trabalho visa, a melhoria do ambiente físico e psicossocial do trabalho, como forma de aumentar a produtividade, o bem-estar e a segurança (TAVARES, 2002:11).

Também posso constatar que como a maioria (63,6%) dos TR referiram ter serviço de SH&ST e a mesma maioria (64,2%) afirma que não tem sistema de gestão de qualidade, que estes dois serviços nos H/CS actuam de forma autónoma. Este dado também vem de acordo com o que defende GARCEZ “a existência de normas distintas para a qualidade, para o ambiente e para a segurança e saúde, leva à existência de 3 sistemas de gestão, considerados na maior parte dos casos de forma isolada”. Este facto trás consequências como a exigência de várias estruturas funcionais e respectivos meios desde os humanos e financeiros, estando em causa a organização do trabalho e as condições de trabalho. Deve existir a preocupação nas organizações que pretenderem proceder à integração dos Sistemas de Gestão da Qualidade, Segurança e Saúde no Trabalho e ambiente, num único Sistema. Tal como aconselha GARCEZ, “a criação e implementação de Sistemas da gestão da Qualidade, Segurança e ambiente é em nossa opinião uma tarefa relativamente simples e será, certamente, a aposta que as organizações terão de fazer no futuro próximo, de modo a garantir a qualidade dos seus produtos ou serviços, a segurança e bem estar dos trabalhadores (envolvente interna) e a preservação do ambiente (envolvente externa) (GARCEZ, s.d.). Robustecendo esta ideia BOLEO TOMÉ (Presidente da Comissão Permanente na área do Ambiente) explicou as vantagens que se verificam ao nível de uma *“filosofia de gestão próactiva, economias de meios, complementaridade de actuações e motivação acrescida dos intervenientes (todos os colaboradores da empresa e demais partes interessadas)”*. *“(...) o caminho iniciado no controlo da qualidade, e que passa actualmente pela qualidade do ambiente, leva-nos inexoravelmente à qualidade da segurança e saúde no trabalho”*, e ainda sublinhou MANUEL CARRASQUEIRA, (Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova

de Lisboa) e RICARDO FERNANDES do Instituto Português da Qualidade acrescentou ainda que *“a adopção de sistemas integrados de gestão da qualidade, ambiente e segurança, apresenta-se como uma decisão estratégica que afecta a organização como um todo, de importância vital para a competitividade e conducente a obter uma maximização dos benefícios de todas as partes interessadas: clientes, colaboradores, fornecedores, accionistas e sociedade envolvente”*.

### **3.3. Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho**

Durante a sua actividade profissional, os TR encontram-se expostos a uma variedade de *riscos de natureza física, biológica, química e psicossocial*, que “contribuem de forma decisiva para a ocorrência de doenças com etiologia diversa e coloca estes profissionais no grupo das profissões desgastantes e de risco” (RODRIGUES et al., 1999; PEREIRA et al., 2001). Os serviços de radiologia devem exigir que os TR tenham consciência desses riscos e respeitem as normas de segurança estabelecidas, assumindo um alto nível de responsabilidade no cumprimento das suas funções, que devem ser exercidas em regime cooperativo e complementar. É de não esquecer que, uma conduta inadequada o imprevisto, as negligências de qualquer ordem podem ser deletérias, pondo em risco a vida ou a qualidade de vida do paciente e dos profissionais, com repercussões a nível pessoal, profissional, organizacional e institucional. A saúde no trabalho é um aspecto essencial não só para assegurar a saúde dos TR mas também para a realização pessoal e profissional dos mesmos, contribuindo positivamente para a melhoria da qualidade dos cuidados, para ganhos em saúde, para a motivação e satisfação no emprego.

A actividade dos TR quer seja, nos serviços de radiologia, bloco operatório e enfermarias caracterizam-se pela diferenciação técnica, pela transdisciplinariedade, pela incorporação constante de tecnologia e pela constante actualização. À medida que vão surgindo novas tecnologias, aumenta também a necessidade de uma maior atenção relativamente à identificação, avaliação e controle das condições de risco existentes no ambiente de trabalho. Esses riscos podem ser minimizados se os profissionais tiverem acesso à informação que lhes permita agir correctamente de forma a criar e a manter um ambiente de trabalho seguro, o que beneficiaria não só a equipe de saúde, mas também o doente, o ambiente e a comunidade. A análise de riscos constitui a primeira abordagem da segurança no trabalho e a diminuição da ocorrência destes resulta,

portanto, do trabalho conjunto entre a instituição e os profissionais de saúde, com usufruto de uma formação e informação correcta, que devem criar e manter um ambiente de trabalho seguro com benefícios para todos (CARVALHO, 1993).

A forma como os TR estão expostos a uma imensidão de factores de risco de natureza diversa no seu local de trabalho merece-me igualmente um comentário. Daí que uma das questões na área da SH&ST diz respeito à principal natureza dos riscos e factores de risco que os TR estão expostos. Os principais riscos e factores de risco a que os TR referiram que estão expostos (70,1%) são os de *natureza física, química e/ou biológica*. Resultados estes que estão distribuídos de forma idêntica nos hospitais e centros de saúde. Estes resultados vão de encontro aos do estudo de PARAGUAY (*“Da organização do trabalho e seus impactos sobre a saúde dos trabalhadores”*, «2000») onde só 1/3 dos trabalhadores relata os factores psicossociais no trabalho. Apesar destes resultados apontarem mais para os riscos de natureza física, química e biológica e tal como refere Graça a tónica continua a ser posta na prevenção dos riscos profissionais como principal obrigação dos empregadores, no entanto a prevenção deveria situar-se tanto ao nível do controlo desses mesmos riscos nos locais de trabalho (privilegiando a prevenção colectiva) como ao nível do trabalhador, tendo em vista quer a adopção de comportamentos mais seguros e saudáveis, quer a avaliação dos seus efeitos na saúde, num quadro de vigilância médica adequada, o que aponta já para uma abordagem mais integrada, próxima do conceito de PST no entender dos subscritores do Acordo Económico e Social (GRAÇA, 1999:8).

Tendo em conta a natureza dos riscos mais cotada, alerta para a preocupação, a necessidade e mesmo a obrigatoriedade das Instituições criarem formas, não só de detenção de riscos para os seus trabalhadores, mas também de condições para a elaboração e promoção de medidas preventivas com o intuito de diminuir e irradiar possíveis acidentes de trabalho, como está previsto no Decreto-Lei 441/91 de 14 de Novembro. Cabe aos TR desenvolver competências que lhes permitam identificar os riscos, conhecer os recursos para os minimizar e saber e querer utilizá-los, responsabilizando-se pela sua saúde e do grupo onde se encontram inseridos. Devem, ainda, desenvolver competências na área da comunicação, utilizando-a de forma assertiva, visando a melhoria contínua das relações de trabalho. Assim, torna-se fundamental, em situações de risco, minimizar a exposição adoptando medidas de protecção universais, procedimentos e técnicas adequadas e considerar cada utente

como potencial risco. Estas medidas poderão contribuir significativamente para a prevenção de doenças profissionais e para a promoção de saúde.

No que respeita, à *existência de serviço de SH&ST* nos hospitais e centros de saúde verifiquei que mais de metade dos TR refere *ter serviço de SH&ST* e a modalidade de organização do serviço de SH&ST, é na maioria *serviços internos* e só uma pequena percentagem *recorre a um serviço externo*. Quando comparo os hospitais e centros de saúde verifico que nos hospitais a maioria dos TR referem ter serviço de SH&ST (65,1%) e também a maioria nos CS referem não ter serviço de SH&ST. Este resultado vai de encontro aos resultados do estudo das CT dos Enfermeiros Portugueses, onde os CS e os centros hospitalares são as instituições de saúde mais desguarnecidas de serviços de promoção da saúde e segurança no trabalho (ROSA, 2004:194).

Uma das preocupações das direcções dos H/CS e dos serviços de SH&ST em particular, constituindo também uma das consequências com impacto organizacional é o *Absentismo*. Acerca deste assunto obtive resultados onde posso concluir que os TR ausentam-se ao serviço por doença/acidente de trabalho com *pouca frequência* (68,1%), com um olhar mais cuidado posso ainda afirmar que a maior ênfase (80,4%) foi dada aos que praticamente não se ausentam (*pouca frequência* = 67,4% e *raramente* = 13%). Estes valores podem-se justificar pelo facto de a população de TR ser muito jovem.

Concluo ainda que, os riscos e factores de risco a que os TR estão sujeitos têm como consequências de impacto pessoal. Os motivos das ausências ao serviço mais mencionados foram: *acidentes e lesões* (38%), *doenças do foro psiquiátrico* (32,6%) e em simultâneo (23,9%) as *doenças do sistema respiratório e do sistema osteoarticular*.

Concluo ainda que acerca deste assunto, a percepção global dos inquiridos é que os Conselhos de Administração não se preocupam com *nenhum problema em especial* (42,4%) em relação aos problemas de saúde e estilos de vida dos profissionais. Estes resultados vêm confirmar o que Damião afirma acerca da saúde no local de trabalho. Esta autora relata que “assiste-se com preocupação a um crescente desinvestimento nos serviços de saúde no trabalho muitos deles limitados ao exercício da medicina convencional e ao controle dos perigos tradicionais relacionados com o ambiente químico, físico e biológico que, apesar da lenta resposta, (...) ajudaram a sedimentar conhecimentos para melhorar a vida dos trabalhadores” e “a natureza do trabalho, a

organização do trabalho e as tecnologias mudam tanto e tão rapidamente, sem que os serviços de SH&ST acompanhem essa evolução”. Com base nisto, consegue-se perceber e adivinhar as consequências nos comportamentos e saúde do trabalhador. Onde, “as doenças sociais, resultantes de modos de vida e de consumo, são responsáveis por acidentes, mau ambiente de trabalho e absentismo” (DAMIÃO, 1995:52).

### 3.4 - Políticas, programas e actividades de saúde

Nos cinco grupos, foram referenciadas pelos 92 TR inquiridos a totalidade das actividades (50 actividades). Procurando ir mais longe, posso afirmar que as três principais actividades dos cinco grupos foram: *a vacinação (50%), o vestuário / equipamento de protecção individual (37%)* e em simultâneo duas actividades, *o controlo de substâncias tóxicas e as instalações para os técnicos (33,7%)*. Estas actividades encontram-se nos grupos 1, 2 e 5.

Nos outros dois grupos (grupo 3 e 4) que não foram em cima mencionados, as actividades obtiveram como maior frequência valores muito mais baixos a estes mencionados (na ordem dos 20 a 25%).

Segundo a perspectiva norte-americana, CONRAD (1988) citado por GRAÇA afirma que “no essencial este tipo de programas tinham como objectivo, facilitar a mudança de comportamento ou estilos de vida do indivíduo enquanto trabalhador, com vista a prevenir a doença e promover a saúde” (GRAÇA, 1999:9). Mas os resultados apurados mostram que só no grupo 2 - Avaliação de saúde / Vigilância médica / Prestação de cuidados de saúde nenhum TR escolheu a opção *de modo nenhum visam a saúde*, o que significa que os técnicos acham que todas as actividades inseridas neste grupo visam a saúde. Mas de um modo geral os TR, em relação às políticas, programas e actividades nos cinco grupos, acham que estas só *em parte visam a saúde* dos trabalhadores. Foi esta opção que obteve o resultado com as maiores frequências, com valores desde 28,4% a 47%. Mas, em dois grupos o valor máximo foi partilhado, no grupo 2 com a opção *só em pequena parte* e no grupo 3 com a opção *em grande parte*.

Ao testar a hipótese 1 – *Os serviços de SH&ST estão relacionados com os programas e actividades de saúde* os resultados revelam ainda que a *Existência de serviço de SH&ST*

está relacionada com alguns *programas e actividades* com implicações directas ou indirectas na melhoria da saúde, segurança e bem-estar dos Técnicos de Radiologia. Ou seja, o facto de alguns *programas e actividades* estarem em curso nos H/CS pode ser explicado pela *Existência de serviço de SH&ST*.

Os programas e actividades que estão relacionados com a *existência de um serviço de SH&ST* são *Formação/ensino de grupos; Reestruturação do trabalho e Apoio a actividades recreativas e culturais/festas*.

A *Formação/ensino de grupos* foi mencionada pelos TR como uma actividade que está relacionada com a existência de serviço de SH&ST. Os TR que referem ter serviço de SH&ST têm mais formação nesta área em relação aos que não têm serviço. Este facto não é de admirar, pois uma das funções dos serviços de SH&ST é precisamente a formação dos profissionais nesta temática. A *Formação/ensino de grupos* é uma das actividades a que os TR dão extrema importância, por sentirem a necessidade de ter formação no domínio da SH&ST e para estarem mais informados, sendo uma das maneiras de se prevenirem dos comportamentos de risco e, em simultâneo, promoverem um estilo de vida mais saudável.

Em relação à *reestruturação do trabalho* provou-se também estar relacionada com a existência de serviço de SH&ST. Isto quer dizer que a existência, o funcionamento e organização do serviço de SH&ST está relacionada com a intervenção a nível organizacional, neste caso a nível da reestruturação do trabalho (trabalho em equipa) e, consequentemente, influencia a melhoria do ambiente psicossocial de trabalho.

O *Apoio a actividades recreativas e culturais/festas* é uma actividade que também está relacionada com a existência do serviço de SH&ST. Esta actividade está inserida no grupo 5 - Actividades e programas sociais e de bem-estar. Dos resultados obtidos concluiu-se que nos distritos de Santarém e Leiria as instituições de saúde, nomeadamente H/CS com serviço de SH&ST, têm maior apoio às *actividades recreativas e culturais/festas* do que as instituições que não têm serviço de SH&ST, sendo esta diferença estatisticamente significativa. Apesar de as actividades recreativas e culturais/festas serem menos direccionadas para a prevenção de doenças/acidentes e protecção da saúde dos trabalhadores, têm imensa importância para todos os profissionais, incluindo os TR, porque contribuem para diminuir o stresse, aumentar a

motivação e satisfação, na sua essência promove o seu bem-estar físico, mental e social, e em última análise melhora o ambiente do trabalho.

Em relação aos *Novos programas, Actividades de Saúde*, concluo que nos H/CS estão também em curso outros programas e actividades além dos 50 já mencionados no questionário. Mas destes novos programas e actividades, só os que pertencem ao grupo *Avaliação da saúde / Vigilância médica / Prestação de cuidados de saúde* é que estão relacionados com a *existência de serviço de SH&ST*.

Relativamente aos programas e actividades restantes, com base nos resultados obtidos não posso rejeitar a hipótese nula, e então, concluo que a existência de serviço de SH&ST não está relacionada com o número e a natureza dos programas e actividades, mas da observação dos resultados que foram obtidos pelo teste do Qui-Quadrado e estão expostos nas tabelas de contingência verifico que dos 50 programas e actividades de saúde distribuídos pelos 5 grupos existe sempre uma diferença entre ter ou não serviço de SH&ST. O que é bastante notório é que a frequência é sempre superior para os casos de existência de serviço de SH&ST em todos os programas e actividades ao longo dos 5 grupos.

### **PARTE III – CONCLUSÕES, SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES**

Finalizei o trabalho com as conclusões, tendo em conta o quadro conceptual de referência e realcei os resultados que considerei mais relevantes, procurando identificar as CT dos TR no contexto da SH&ST e as suas implicações em termos de saúde e, a partir delas, elaborei algumas recomendações e sugestões de trabalhos futuros, quer de intervenção, quer de investigação. Linhas de investigação e acção sobejamente interessantes e necessárias, e que não houve tempo nem oportunidade de explorar e investigar.



## **1. CONCLUSÕES**

1.1 Ao chegar à recta final deste estudo, pelo menos uma satisfação existe desde já: venceu-se uma batalha contra o tempo. No entanto, outra certeza subjaz, os conhecimentos na temática que me propus, aumentaram e solidificaram-se substancialmente. Assim, investigar tornou-se para mim uma realidade, se não na perfeição, pelo menos nas linhas mestras, nos seus princípios, na sua linguagem e obviamente, também nos seus resultados.

Após uma pesquisa bibliográfica exaustiva, defini o problema e concretizei o delineamento da pesquisa. A abordagem utilizada foi a descritiva-analítica, esta foi condicionada pela minha necessidade de procurar conhecer as características das condições de trabalho dos TR, determinar se existe relação entre as variáveis e qual o grau de associação.

Tendo em conta a fundamentação teórica efectuada, atendendo aos objectivos propostos e com base num conjunto de reflexões teóricas pertinentes, optei pelas técnicas de pesquisa bibliográfica e de inquérito por questionário.

Escolhi como população ou universo do estudo todos os TR que trabalhem nos Hospitais e Centros de Saúde do Distrito de Santarém e Leiria pelo facto de pertencerem ambos à área geográfica que fica mais próximo do meu local de residência e de trabalho. Assim, a população era de 105 TR que trabalham em 9 hospitais e 11 centros de saúde, mas com os critérios de inclusão/exclusão só foram contactados 101 TR e a taxa de respondentes foi de 91,09% o que corresponde a 92 TR. A elevada percentagem de respondentes, dá-me a indicação, por um lado, da grande disponibilidade e interesse acerca desta temática, tanto da parte das equipas de técnicos como dos técnicos coordenadores e por outro lado, da probabilidade de os TR ainda não terem sido abordados acerca desta temática.

Quanto à pergunta de pesquisa e aos objectivos propostos, os resultados mostram que a realização deste estudo utilizando uma abordagem à SH&ST e mudança organizacional, possibilitou identificar aspectos que estão repercutindo as CT dos TR dos H/CS dos distritos de Santarém e Leiria. A pergunta de partida norteou o referencial teórico e

metodológico da pesquisa, possibilitando a análise do problema através da questão: *Quais as características das Condições de Trabalho dos Técnicos de Radiologia dos H/CS em geral, e de SH&ST em particular?*

Há ainda a necessidade de obter resposta às seguintes questões: (i) Qual o grau de aderência aos programas e actividades de promoção de saúde no trabalho?; (ii) Quais as razões para os H/CS investirem e implementarem políticas, programas e actividades de saúde? e (iii) Quais os factores que caracterizam as condições de trabalho dos técnicos de radiologia nos H/CS em relação com a dinâmica dos serviços de SH&ST?

Dessa forma, a pesquisa estudou a existência de serviços de SH&ST nos H/CS nos distritos de Santarém e Leiria, e as condicionantes que poderiam interferir no trabalho dos TR. Assim, procurei analisar se existia relação entre os vários factores de mudança organizacional, as políticas, programas e actividades de saúde e os investimentos na implementação dessas políticas, isto para tentar perceber se é pertinente a implementação destes serviços nos outros H/CS que ainda não têm.

A utilização da abordagem das CT possibilitou a apreensão da situação tanto de uma forma global (factores de mudança organizacional) como também particularizada (existência e dinâmica do serviço de SH&ST), facilitada possivelmente pela formulação previa do modelo de análise, com indicação precisa das dimensões que orientaram o estudo e possibilitou a recolha de informação entre a pergunta de pesquisa e os objectivos.

A investigação que desenvolvi tinha como objectivo principal, (i) identificar os factores que caracterizam as condições de trabalho dos Técnicos de Radiologia nos Hospitais e Centros de Saúde, em relação à dinâmica dos serviços de SH&ST. E ainda, os objectivos específicos: (ii) identificar o número e a natureza dos programas e actividades de promoção de saúde no trabalho; (iii) compreender as razões dos Hospitais/Centros de Saúde para investirem e implementarem políticas, programas e actividades de saúde, e (iv) analisar os vários factores que caracterizam as condições de trabalho dos técnicos de radiologia e a sua relação com a dinâmica dos serviços de SH&ST.

De acordo com as questões, com os objectivos específicos deste estudo e com a revisão bibliográfica efectuada, tentei formular hipóteses que, além de claras, simples e objectivas, fossem possíveis de serem testadas pelas técnicas disponíveis. São então as

seguintes hipóteses que formulei para o estudo: *Hipótese geral*, As Condições de Trabalho dos Técnicos de Radiologia que trabalham em H/CS estão relacionadas com os diferentes factores da dinâmica dos serviços de SH&ST; *H1*, A existência do serviço de SH&ST condiciona o número de programas e actividades de promoção de saúde no trabalho; *H2*, O grau de investimento e implementação de políticas, programas e actividades de saúde está relacionada com a existência do serviço de SH&ST; *H3*, Os factores que caracterizam as condições de trabalho dos técnicos de radiologia estão relacionadas com a dinâmica dos serviços de SH&ST.

A realização desta pesquisa possibilitou responder ao que pretendia saber, ou seja, a parte prática do estudo confirmou os aspectos com mais ênfase da fundamentação teórica, nomeadamente: (i) a importância que o CA atribui à participação dos TR no domínio da SH&ST; (ii) a prioridade que é atribuída pelo CA à SH&ST; (iii) a natureza dos riscos associados ao trabalho dos TR; (iv) as iniciativas (programas e actividades) que as instituições de saúde levam a cabo com vista a prevenir os riscos profissionais e a promover a saúde dos trabalhadores; (v) o processo de comunicação/informação nos H/CS; (vi) o tipo de gestão/liderança os TR estão sujeitos, e, (vii) o grau de modernização tecnológica dos serviços de radiologia.

1.2 No presente estudo os inquiridos são predominantemente do sexo feminino, o que revela que a profissão de técnico de radiologia é uma profissão cada vez mais exercida por mulheres. Apresentam idades que indicam que a população é jovem, as categorias profissionais vêm a confirmar esta juventude, dado que a maioria dos técnicos de radiologia têm a categoria de Técnico de 2ª classe, sendo esta a categoria de início de carreira. Da totalidade dos inquiridos verifiquei que só  $\frac{1}{4}$  dos técnicos de radiologia trabalham em *centros de saúde* e os restantes em hospitais e destes mais de metade pertencem a hospitais SA.

Ao analisar a caracterização da população deste estudo através da sua distribuição por categoria profissional segundo o sexo e grupo etário, verifiquei que em relação às categorias de topo de carreira dos TDT (*Especialista de 1ª e Especialista*) são muito poucos TR nestas categorias sendo mais *homens* do que *mulheres* e estes com idades compreendidas entre 40 e 69 anos. Na categoria de início da carreira dos TDT, técnico de 2ª Classe, é onde existe o maior número de técnicos de radiologia, onde há o dobro

das mulheres do que *homens*. Nesta categoria a distribuição das idades é muito maior, desde os 20 aos 59 anos, o que significa que alguns destes TR, desde que entraram para a função pública, não ascenderam na carreira para categorias superiores, trazendo este facto aspectos negativos como o não aumento de vencimento pela categoria, a desmotivação e insatisfação profissional. Relativamente ao sexo, constatei que tal como refere LOPES (1997:63) em relação aos enfermeiros portugueses a profissão de TR também é uma profissão predominantemente exercida por mulheres e que nos hospitais trabalham mais homens. Mas o sexo feminino predomina em praticamente todas as categorias profissionais, sendo notório o aumento ao descermos nas categorias, ou seja, esta diferença tem vindo ao longo dos anos a acentuar-se e é na categoria de 2ª Classe onde se encontra a maior diferença. Em relação ao grupo etário verifico que os TR deste estudo que têm a categoria de Especialista de 1ª têm idades compreendidas entre os 40 e 69 anos, sendo que só 1 técnico é que se encontra no grupo etário dos 60 a 69 anos, o que poderá querer dizer que os TR se aposentam com idades inferiores a estas.

1.3 Nesta pesquisa, dado tratar-se de um campo de análise muito vasto e complexo, houve a necessidade de delimitar o número de factores organizacionais, sabendo que existem muitos mais e tão ou mais importantes que estes.

Neste estudo, elegi a *liderança* como um factor organizacional de mudança centrado numa abordagem às pessoas, onde os factores que analisei foram o cargo de coordenação, as atitudes do coordenador perante a necessidade de uma tomada de decisão/alteração ou mudança e o posto de trabalho (conteúdo do trabalho, autonomia, atribuição de tarefas e a base de qualificação).

O cargo de coordenação resulta de uma nomeação pelo Conselho de Administração e, neste estudo, verifiquei que em 20 instituições de saúde (9 hospitais e 11 centros de saúde) de dois distritos são menos que 10% (8 técnicos coordenadores) os que possuem este cargo. Pareceu-me um número reduzido para 20 instituições de saúde, mas ao analisar com mais cuidado verifiquei que se justifica este número, porque em cada centro de saúde trabalham menos de 5 TR, pelo que estes não podem ser nomeados (segundo a carreira dos TDT) *coordenador do serviço*. Então estes 8 *coordenadores do serviço* são dos 9 hospitais. Verifiquei ainda, que não está instituída a coordenação de turno.

Em relação às atitudes do coordenador perante a necessidade de uma tomada de decisão/alteração ou mudança no serviço no domínio da SH&ST, a maior parte dos técnicos de radiologia referiu que o coordenador pede a opinião e considera-a. O que reflecte que o coordenador sabe ouvir e gerir a informação dada pelos seus colaboradores.

Quanto ao posto de trabalho as opiniões são unânimes. A maioria refere que o conteúdo do trabalho é pobre e repetitivo mas têm autocontrolo, no entanto a distribuição das tarefas são atribuídas a cada técnico em detrimento da equipa. Sempre que instalam um equipamento novo no serviço aprendem através da formação e experiência sendo esta a sua base de qualificação. É de salientar que os TR dos CS referem um grau de autonomia superior e, como são um número reduzido em cada CS, as tarefas praticamente não são atribuídas à equipa. Da junção dos resultados obtidos destes factores verifiquei que o papel dos TC ainda não está eficazmente orientado para a mudança, pois deveria passar além da capacidade de comunicação (manter a comunicação aberta e incentivar a troca de opiniões), incentivar o trabalho em equipa e o espírito de equipa. O modo de organizar o trabalho é também um modo de gerir e desenvolver competências. Tal como afirma LAMPREIA, o trabalho em grupo implica polivalência na realização das tarefas, i.e., a rotação do posto de trabalho pressupõe conhecimentos técnicos mais alargados, na medida que têm que dominar o trabalho em vários equipamentos. Os líderes desempenham um papel crítico, ajudando grupos e organizações a alcançar resultados, o que significa que a capacidade e competência de liderança são factores importantes para a eficácia da função de gestão (LAMPREIA, 1997:57). Um factor com enorme importância na liderança é o papel dinamizador das chefias. Deste modo, é fundamental mobilizar o pessoal, reconhecer o seu contributo na construção dos resultados obtidos como produto de todos os profissionais, porque estes são o recurso dinâmico das organizações, e o factor decisivo para as organizações sobreviverem. Ainda o mesmo autor refere que as necessidades individuais podem estar directamente relacionadas com o desempenho das tarefas, por ex., necessidade de mais informação, aprendizagem de novos *skills*, ou estar relacionadas com factores de ordem psicológica ou de relacionamento. As chefias devem ainda proporcionar aos seus subordinados as competências e a autoridade para tomar decisões, resolver problemas sem desperdício de tempo e de custos, e contribuir para a melhoria dos serviços e a consequente satisfação das necessidades dos clientes. Assim, para que os indivíduos

executem eficazmente as tarefas que lhes são atribuídas pela organização, há que lhes conferir a autoridade correspondente. Através da delegação os elementos da organização têm poder de que necessitam para executar as tarefas sob sua responsabilidade. Esta delegação de responsabilidades (*empowerment*) por parte dos dirigentes e das chefias nos seus colaboradores, significa basicamente a adopção de uma nova postura baseada em novos valores Organizacionais, orientados para a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos clientes (LAMPREIA, 1997: 61).

Resumindo, a função de liderança orientada para a inovação e para a melhoria da qualidade e da produtividade, necessita de líderes que possuam competências para a organização e coordenação do trabalho em equipa e que saibam orientá-los, apontando-lhes o rumo a seguir, dentro do princípio de uma gestão participativa de modo a conseguir a adesão, o envolvimento e o comprometimento de todos.

A **comunicação** como elemento estratégico no processo de mudança à estrutura da organização foi estudada essencialmente pelos seguintes elementos: os canais de comunicação, o sentido da comunicação (ascendente e descendente) e se a informação chega a todos os TR.

Com base nos resultados fornecidos pela análise descritiva das opiniões expressas dos TR inquiridos, concluo que a grande maioria dos técnicos de radiologia, tanto nos hospitais como nos centros de saúde, acham que estão bem informados sobre as novas actividades ou decisões que impliquem alterações ou mudanças significativas. No entanto, na sua percepção a informação interna chega em regra aos chefes em tempo útil através de circulares. Evidencio que o meio ou canal de comunicação formal mais utilizado nos H/CS são as circulares, mesmo assim, ainda existe uma boa percentagem de TR que não se sente informado. O cenário em que decorre o processo de comunicação nos hospitais e centros de saúde deste estudo vem de encontro ao descrito por LAMPREIA em relação aos serviços da Administração Pública “é característico de uma cultura burocrática, e fortemente marcado por um excesso de formalismo, com o domínio da comunicação escrita. A comunicação processa-se mais no sentido vertical da estrutura hierárquica, predominando as comunicações em sentido descendente” (LAMPREIA, 1997:49), cujo impacte é a perda de eficácia da informação e, conseqüentemente, esta tenderá a ser menos valorizada. Por outro lado, a desconfiança aumenta levando a comunicações de carácter defensivo (LAMPREIA, 1997:50). As

consequências deste tipo de comunicação são a ausência de interação entre os profissionais e a direcção, a desconfiança entre os comunicantes, a desvalorização da informação e não utilizá-la produtivamente. A grande maioria dos técnicos de radiologia, tanto nos hospitais como nos centros de saúde, partilham as ideias inovadoras com os colegas do serviço, porque provavelmente não têm a possibilidade de expressarem opiniões e não têm direcções que os saibam ouvir inteligente e cuidadosamente.

Ainda para reforçar que os TR se sentem informados, verifiquei que, quando questionados acerca da sua participação no domínio de SH&ST, referiram não ser nenhuma em especial e que justificaram pela mínima importância dada à sua participação pelas direcções e o direito que estas lhes conferem é apenas o de serem informados. Também a maioria dos TR na fase de planeamento e implementação de actividades que visam a saúde dos trabalhadores não têm qualquer participação, apenas são informados. Neste sentido, constatei que, em termos globais, os TR praticamente não têm ou são muito reduzidas as oportunidades de envolvimento e participação efectiva na área de SH&ST. Esta situação poderá desencadear nos técnicos de radiologia “mecanismos de resistência, que se manifestam através de sintomas de ansiedade e preocupação, sobretudo quando a natureza e as características das mudanças são desconhecidas” (LAMPREIA, 1997:44). É de salientar que a comunicação/informação e a participação facilitarão, sem dúvida, a mudança necessária.

Como factor organizacional de mudança na gestão dos H/CS considerei a natureza jurídica e o sistema de gestão de qualidade. Em relação à *natureza jurídica*, constatei que a maioria dos TR inquiridos trabalha em hospitais SA. (Sociedades Anónimas) e os restantes TR no sector hospitalar público (SPA) e centros de saúde. O que significa que nos últimos cinco anos a maioria dos TR no seu hospital mudou de tipo de gestão. Através da componente teórica verifiquei que só três hospitais do estudo são hospitais SA, o que significa que cada um destes hospitais tem um elevado número de técnicos de radiologia em relação aos seis hospitais SPA, já que a maioria dos técnicos inquiridos terem referido trabalhar em hospitais SA. Ao longo de 5 anos as mudanças do tipo de gestão é confirmada pela Resolução de Conselho de Ministros n.º 41/2002, onde visou que os hospitais e centros de saúde dada a natureza e os problemas que tratam, a cultura e as expectativas dos seus profissionais e daqueles que a ele acorrem, a importância dos

recursos envolvidos e a complexidade da sua organização e gestão, têm vindo a ser, sobretudo na última década, objecto de grandes mudanças e preocupações, que podem ser evidenciadas através da diversidade de diplomas legais que os diferentes governos adoptaram em relação a esta matéria. Como exemplo, a Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002, visou generalizar a inovação na gestão dos hospitais através das “experiências inovadoras de gestão”. Assim, pretendia o executivo, através de novas formas de gestão, introduzir mecanismos inovadores para proporcionar melhorias de gestão e acréscimos de eficiência e qualidade de serviço, no âmbito do SNS através da introdução de, pelo menos, três tipos de “experiências”: a) Transformação de 34 hospitais públicos em 31 Hospitais – Sociedades Anónimas (SA); b) Criação de Parcerias Público/Privado (PPP) para dez hospitais; c) Modernização da gestão do restante sector hospitalar público (SPA). Recentemente, em 7 de Junho de 2005 foi publicado o Decreto-Lei n.º 93/2005, que considera necessário proceder à transformação dos hospitais públicos em entidades públicas empresariais (EPE), com o objectivo de transformar em entidades públicas empresariais as sociedades anónimas (31 hospitais SA). As principais críticas ao modelo de desenvolvimento e implementação das reformas de gestão em curso prendem-se com o elevado número de instituições envolvidas no processo e com a inexistência de instrumentos e ferramentas de apoio à mudança, com a falta de transparência do processo. A comunicação ascendente e descendente, intra e extra-institucional, não têm funcionado, criando grandes e graves problemas de desinformação e desmotivação, já que as questões da empregabilidade, da segurança e da continuidade dos profissionais está em causa e não se encontram respostas para questões, como, por exemplo, a conjugação das carreiras específicas da saúde com os contratos individuais de trabalho ou como se mede a monitorização e avaliação do desempenho. Essa mesma falta de comunicação é grandemente responsável pelas inseguranças, especulações e até mesmo medo que se têm instalado, tornando o processo pouco transparente, quer para os profissionais, quer para os cidadãos em geral ([www.hospitaissa.min-saude.pt](http://www.hospitaissa.min-saude.pt)).

Concluo que nos últimos cinco anos, alguns profissionais de saúde “sofreram a mudança” do seu hospital SPA a Hospital SA (7 de Março de 2002), o que apenas durou cerca de 3 anos, e recentemente a hospital EPE (7 de Junho de 2005), e que a gestão (a natureza jurídica) dos hospitais pode ser considerada um importante e complexo factor de mudança organizacional.



Em relação à *qualidade* verifico que ainda são em minoria os H/CS que têm um sistema de gestão de qualidade, provavelmente ainda existe naturais desconfianças perante processos que nunca haviam sido introduzidos no meio hospitalar. As direcções devem-se deixar conquistar pela melhoria da qualidade organizacional. Para tal é necessário deixar de ser tão céptico e reconhecer as potencialidades e vantagens e começar a perceber até que ponto uma gestão eficaz poderá conduzir os H/CS a um clima de maior bem-estar, a uma melhor satisfação dos utentes, com conseqüente melhoria da imagem do serviço e redução das reclamações, bem como a contenção de despesas desnecessárias. Os H/CS recorrem a modelos de acreditação pelo motivo de garantir um ambiente seguro e de trabalhar continuamente de forma a reduzir riscos para os doentes e para os profissionais. Assim, a política da qualidade aplicada às condições de trabalho visa, a melhoria do ambiente físico e psicossocial do trabalho, como forma de aumentar a produtividade, o bem-estar e a segurança (TAVARES, 2002:11). Mas LUÍS PISCO citando ROBERTO PASSOS NOGUEIRA relembra que “não há como mudar a qualidade final dos serviços sem a cooperação dos profissionais e sem mudanças de comportamento, e não devemos esquecer que numa gestão pela qualidade total os resultados que pretendemos para os serviços de saúde passam, para além dos ganhos em saúde, por maior satisfação para os cidadãos e profissionais”.

Sintetizando e tendo como referência os resultados auferidos nos diferentes factores de mudança organizacional, posso afirmar que ao longo dos últimos cinco anos existiram mudanças nas três dimensões da organização (institucional ou estrutural, tecnológica e a comportamental). Os H/CS do estudo sofreram influências de factores externos e internos. Sendo mais evidente a influência das pressões externas, como exemplo, as sucessivas mudanças da natureza jurídica dos hospitais podendo mesmo considerar que são mudanças revolucionárias (repentinas ou até mesmo radicais) e, portanto, não são passíveis de controle pelos profissionais. O que significa que a única maneira de tratar estas mudanças é pelo processo reactivo. Mas também verifiquei que existe o processo proactivo, por exemplo na questão A12 os TR referiram que quando instalam um equipamento novo no serviço aprendem a trabalhar através de formação e experiência isto é um sinal de uma mudança planeada. No entanto, entendo que cada vez mais as mudanças nas organizações de saúde tendem a ser do tipo revolucionário porque ocorrem num processo mais ou menos brusco e radical, com impactos imediatos no comportamento dos profissionais.

1.4 Na globalidade dos H/CS destes dois distritos, a maioria dos TR inquiridos referem ter serviço de *SH&ST*. A grande parte dos técnicos de radiologia refere ter serviço de *SH&ST* nos hospitais, enquanto que nos centros de saúde é só uma minoria.

A modalidade de organização que os H/CS adoptaram foi a modalidade de serviço interno de *SH&ST*, mas quanto ao funcionamento e à sua dinâmica não foi estudada a qualidade dos serviços prestados. No entanto, posso verificar que a totalidade dos técnicos de radiologia têm a percepção de que as políticas, programas e actividades em que os H/CS investem trazem sempre benefícios para a saúde dos profissionais. Assim, os principais benefícios que se obtém ao se adoptar medidas com vista a melhorar a saúde dos profissionais são: a melhoria da saúde, o reforço da motivação e satisfação e a melhoria da qualidade. Ainda com valores percentuais bastante elevados, a redução com os custos de doenças/acidentes, melhoria do ambiente de trabalho e a melhoria da produtividade. Como factores facilitadores para a acção neste domínio foram considerados por  $\frac{1}{4}$  dos técnicos de radiologia a política de *SH&ST*, o orçamento específico para *SH&ST* e a existência de serviço de *SH&ST*. Em oposição, o principal obstáculo foi considerado a falta de empenho do serviço de *SH&ST*.

Um dos problemas preocupantes é o absentismo dos profissionais. Na classe profissional de técnico de radiologia posso constatar que a maioria pouco se ausenta ao serviço. Contudo, nos CS os TR ausentam-se com o dobro da frequência em relação aos TR dos hospitais. Os principais motivos da ausência ao serviço são os acidentes e lesões e stress, doenças do foro psiquiátrico, doenças dos sistemas respiratório e osteomuscular. Ao comparar os hospitais em relação aos CS verifico que as três principais causas não são comuns e que os centros de saúde em termos globais apresentam o dobro do valor de uso indevido da baixa por doença. Mas em relação a estes problemas de saúde e aos estilos de vida dos profissionais a percepção dos TR é que os Conselhos de Administração não se preocupam com nenhum problema em especial.

Quando comparados estes H/CS com os restantes do país no que diz respeito às condições de *SH&ST* estes têm os problemas típicos dos hospitais e não têm nenhuma preocupação em especial em relação à política neste domínio. É curioso assinalar que todos os TR dos CS acham que o seu CS não pode ser tomado como exemplo e ainda

que tem problemas, mas não sabe como resolvê-los e que as duas principais preocupações são prevenir os riscos a nível do trabalho e promover a saúde e o bem-estar. Enquanto que nos hospitais ainda é referido como política reparar ou compensar riscos e prevenir os riscos a nível do trabalho/indivíduo. Noto que os CS já estão mais sensibilizados para a promoção da saúde no local de trabalho do que nos hospitais.

Os trabalhadores, nomeadamente os que trabalham em serviços de saúde estão expostos a uma multiplicidade de factores de risco quer sejam eles de natureza física/química/biológica/psicossocial assim como o próprio conteúdo do trabalho. Neste caso, a maioria dos TR dos H/CS referem que os principais riscos e factores de risco a que estão expostos são de natureza física, química e/ou biológica. Não é de admirar pelo facto de se encontrarem naturalmente os de natureza física, resultantes da necessidade de utilização da radiação ionizante, para a qual não há ainda substitutos. É importante referir que nos CS nem foram referidos riscos de natureza psicossocial relacionados com o indivíduo. Isto poderá significar que os profissionais estão mais sensibilizados e preocupados com os factores de risco de natureza física, química e/ou biológica, porque a dinâmica dos serviços de SH&ST ainda estão muito direccionadas para a prevenção dos riscos profissionais, os acidentes de trabalho e as doenças profissionais. Ou seja, ainda tem como base um modelo tecnicocêntrico. Nos dias de hoje ainda se verifica que é este redutor modelo conceptual que prevalece, ou seja, a saúde ocupacional é marcadamente medicocêntrica.

Estes resultados vão de encontro aos do estudo das condições de trabalho dos enfermeiros portugueses em que os enfermeiros (64%) estão sujeitos a riscos físicos, químicos e biológicos, as comissões de SH&ST nos centros de saúde são praticamente inexistentes e que ¼ dos enfermeiros referem que as condições de SH&ST têm um impacto negativo nas condições de trabalho. Estes foram apenas alguns dos exemplos referidos como elementos negativos mais relevantes das condições de SH&ST por se considerarem ter uma implicação penosa na qualidade do trabalho e na vida dos profissionais de enfermagem (ROSA, 2004:410).

Distingui, tal como GRAÇA (2004:5), cinco grupos principais de *políticas, programas e actividades* com um número total de 50 actividades de saúde. Uma mais tradicionais outras mais recentes, mas todas elas com implicações directas ou indirectas para a melhoria da saúde, segurança e bem-estar dos profissionais. Todas as actividades têm o

objectivo mais ou menos explícito de prevenir as doenças e os acidentes, proteger a saúde dos trabalhadores, promover o seu bem-estar físico, mental e social, e, em última análise, melhorar o ambiente do trabalho. Que estas políticas, programas e actividades só em parte é que visam a saúde dos trabalhadores, foi a opinião da maioria dos técnicos de radiologia nos 5 grupos. Ainda é de salientar que tanto nos hospitais como nos centros de saúde no grupo 2 - Avaliação da saúde/Vigilância médica/Prestação de cuidados de saúde a totalidade dos TR achou que estes programas e actividades visam de algum modo a saúde, daí que tenham sido unânimes quando excluíram a opção *de modo nenhum visam a saúde*. É curioso que em todos os grupos, excepto no grupo 2, tanto nos hospitais como nos centros de saúde o número de TR apresentam um peso percentual que cresce no sentido de nenhum modo visam a saúde até em parte visam a saúde atingindo aqui o maior peso percentual.

Acerca do interesse dos TR em adquirir mais informação, formação e um papel activo e mais participativo nesta temática da SH&ST e PST constatei que, tanto nos hospitais como nos centros de saúde, os TR provavelmente não têm muita informação ou formação profissional nesta temática e daí a necessidade referida pela esmagadora maioria em estar receptivo à formação (93,8%) e estar interessado em adquirir mais informação (94,1%) e até mesmo gostariam de ter um papel activo e mais participativo (90,2%). O que se verifica que não se conseguiu ainda integrar plenamente a formação como instrumento de gestão e mudança organizacional.

1.5 O número de programas e actividades de saúde estudados parecem não estar condicionados, com a existência de serviço de SH&ST, na população do estudo. Não foi confirmada a presença de diferenças significativas entre praticamente todas as actividades. No entanto, são 3 as actividades onde se confirmou a sua relação com a existência do serviço de SH&ST, nomeadamente a formação e ensino de grupos, a reestruturação do trabalho e o apoio a actividades recreativas e culturais/festas.

Nos últimos cinco anos nos hospitais e centros de saúde do estudo foram ou estão a ser realizadas praticamente todas as 50 actividades, nomeadamente nos hospitais só 2% o que corresponde a uma actividade (auditorias ambientais periódicas) é que nunca foi realizada, enquanto que nos centros de saúde são 22% (11 actividades). Mas, além destes 50 programas e actividades que foram referidos pelos TR inquiridos, existem outros que estão previstos ou realizados que se encontram também distribuídos pelos

cinco grupos. As actividades que se realizam com maior frequência pertencem aos grupos 1 e 2, sendo provavelmente pelo motivo de serem actividades associadas tradicionalmente à SH&ST e às obrigações legais impostas ao empregador, correspondem na realidade à medicina do trabalho de natureza preventiva, aos cuidados clínicos, à protecção de alguns riscos profissionais e a melhoria do ambiente físico do trabalho. Nos restantes grupos, 3, 4 e 5, as actividades são menos realizadas, mas com valores de realização que atingem os 33,7%. São actividades relacionadas com preocupações, os comportamentos de risco ou estilos de vida dos trabalhadores, ou seja, são mais direccionadas para a promoção da saúde no trabalho. Estes resultados vão de encontro aos do estudo efectuado por LUÍS GRAÇA (2004) a empresas portuguesas onde as actividades do grupo 1 e 2 representam a maioria. As respostas do grupo 3, 4 e 5 apontam para uma hipervalorização dos exames de medicina do trabalho e o subaproveitamento de um vasto conjunto de actividades que nunca ou raramente são pensadas em termos de protecção e promoção da saúde dos trabalhadores. O comportamento das instituições de saúde deste estudo é idêntico à maioria das empresas portuguesas no que diz respeito ao número e natureza de programas e actividades de saúde realizadas. Estes resultados não são a favor da primeira hipótese, mas são elementos fundamentais para a prossecução do primeiro objectivo do estudo e indicam-me a necessidade de olhar para as políticas, programas e actividades de saúde independentemente da existência do serviço de SH&ST.

Esta conclusão, na minha opinião, sai reforçada ao não se confirmar a segunda hipótese. Na qual parti da convicção de que o grau de investimento e implementação de políticas, programas e actividades de saúde está relacionado com a existência de serviço de SH&ST não é corroborada pelos resultados recolhidos. O que poderá querer dizer, não é pelo facto dos H/CS terem um serviço de SH&ST que se vão desenvolver mecanismos que aumentem o grau de investimento e implementação de políticas, programas e actividades de saúde. Também aqui as conclusões deste estudo confirmam as conclusões de vários estudos citados por GRAÇA (2004) que faz referência à opinião de HAUSS (1992) “no princípio da década de 1990, as empresas multinacionais, europeias e americanas as razões que apresentavam como justificação do desenvolvimento de políticas de saúde no trabalho teriam mais a ver com a filosofia de gestão ou a cultura da empresa”. Exemplos de tais princípios, filosofias ou políticas podem ser encontrados também em estudos de caso portugueses mais recentes. É legítimo esperar-se que a

protecção e promoção da saúde dos trabalhadores resultem (i) benefícios para todos, incluindo os principais interessados, os trabalhadores e os empregadores, e que esses benefícios tenham (ii) relevância em termos sociais, económicos e financeiros. A redução do absentismo por doença e acidente é um desses benefícios esperados pelas empresas portuguesas e por outros *stakeholders* como a Segurança Social e as seguradoras (GRAÇA, 2004:114).

Foi igualmente observado que os principais motivos ou problemas que levam os H/CS a investirem são a produtividade, qualidade e competitividade. Nos centros de saúde os TR mencionaram mais os motivos que implicam essencialmente uma intervenção a nível da cultura organizacional como o Clima organizacional, Imagem externa/Prestigio e Filosofia/cultura da empresa, o que provavelmente está a acontecer nos centros de saúde será uma passagem para uma cultura de valorização que se verifica pela introdução de estratégias centradas na valorização dos seus recursos humanos. Nos hospitais os principais motivos são mais ligados com o cumprimento da lei, preocupam-se com o normativo legal e convencional, com o absentismo em geral, as baixas por doenças e a frequência/gravidade dos acidentes. E a consequência destes três últimos problemas que é o aumento dos custos com o pessoal e a rotação de pessoal.

Pode-se confirmar o investimento que foi feito através do elevado grau de modernização tecnológica referida. Nota-se que os H/CS estão-se modernizando através da actualização a sua tecnologia substituindo o equipamento existente por equipamento recente e a expansão das instalações com a finalidade de prestar uma assistência cada vez mais qualificada ao doente e aumentar a competitividade. Concluo que existiu mudança centrada na tecnologia. Assim, estes resultados permitem-me atingir o 2º objectivo do estudo e concluir que existiu mudança centrada na tecnologia.

A relação entre a existência de serviço de SH&ST e os factores de mudança organizacional que caracterizam as condições de trabalho dos técnicos de radiologia parece estar confirmada na população do estudo. Existe relação com todos os factores organizacionais, mas quando olho os dados com mais rigor verifico uma relação muito débil pelo facto de que são poucos os aspectos de cada factor organizacional que estão relacionados.

Penso, apesar do que afirmei, que a existência de relação entre as variáveis indica que estes factores organizacionais caracterizam as condições de trabalho dos técnicos de

radiologia em relação à dinâmica dos serviços de SH&ST. Este dado vem de encontro ao que FREEMAN (1995:305) afirma “a mudança pode ter como alvo, os indivíduos, os grupos ou a organização ou seja, pode-se concentrar (em vários tipos de mudança) na estrutura organizacional, na tecnologia, nas pessoas ou em alguma combinação desses aspectos”. Reforçando a ideia, FREITAS (2003) defende que a organização dos Serviços de SH&ST, constitui em si mesma uma obrigação legal e é condição indispensável garantir a organização das actividades de segurança, higiene e saúde no trabalho bem como, deve fazer-se em função dos factores organizacionais (...). Reflectindo sobre estes dados, deve-se olhar para os factores organizacionais e a dinâmica dos serviços de SH&ST como uma importante condição a ter em conta nas mudanças organizacionais. Pois as mudanças nestes repercutem-se nas condições de trabalho dos TR. Desta forma foi atingido o 3º objectivo do estudo e a resposta à terceira hipótese de investigação vai de encontro àquilo que era esperado.

Sintetizo, em seguida, os principais resultados decorrentes do trabalho realizado, identificando os principais factores que poderão desencadear melhorias nas condições de trabalho (elementos positivos) ou a sua deterioração (elementos negativos). Na introdução, referi a necessidade de identificar as características das CT dos TR em contexto de mudança organizacional, devido aos H/CS ajustarem-se às pressões da envolvente na compreensão das suas lógicas e consequentes transformações das condições existentes. Os dados que sintetizei podem dar indício se as condições de trabalho foram activadas, desenvolvidas ou, pelo contrário, desvalorizadas e até mesmo esquecidas.

**Tabela n.º 85 - Principais factores que poderão desencadear melhorias (elementos positivos) das condições de trabalho.**

<b>ELEMENTOS POSITIVOS</b>
Os TR dos distritos de Santarém e Leiria constituem uma população jovem.
Os técnicos coordenadores sabem ouvir e gerir a informação dada pelos TR quando necessitam de tomar uma decisão/alteração ou mudança no serviço no domínio da SH&ST.
Os TR têm um elevado grau de autonomia no seu posto de trabalho.
A base de qualificação dos TR passa pela formação e experiência.
Os TR referem estar bem informados sobre as novas actividades ou decisões que impliquem alterações ou mudanças significativas.
A maioria dos TR que trabalham em Hospitais referem ter serviço de SH&ST.
Baixo absentismo.
Elevadíssimo interesse em adquirir mais informação, formação e um papel mais activo e mais participativo na temática da SH&ST e PST.
Nos últimos cinco anos nos H/CS foram ou estão a ser realizadas todas as políticas, programas e actividades com o objectivo mais ou menos explícito de prevenir as doenças e os acidentes, proteger a saúde dos trabalhadores, promover o seu bem-estar físico, mental e social, e em última análise melhorar o ambiente de trabalho.
Os principais motivos de investimento dos Centros de Saúde são mais direccionados para estratégias centradas na valorização dos seus recursos humanos e implicam essencialmente uma intervenção ao nível de uma cultura organizacional (o clima organizacional, imagem externa / prestígio e filosofia / cultura da empresa).
Houve investimento nos H/CS nos últimos cinco anos, daí o elevado grau de modernização tecnológica referida pelos TR.



**Tabela n.º 86 - Principais factores que poderão desencadear a deterioração (elementos negativos) das condições de trabalho.**

<b>ELEMENTOS NEGATIVOS</b>
A maioria dos TR têm a categoria de 2ª Classe (categoria de início da carreira).
Não está instituída a coordenação de turno.
O conteúdo do trabalho dos TR é pobre e repetitivo.
A distribuição das tarefas é a cada TR em detrimento da equipa.
O meio ou canal de comunicação formal mais utilizado nos H/CS são as circulares, característica de uma cultura burocrática, fortemente marcada por um excesso de formalismo, com o domínio da comunicação escrita.
A predominância do sentido da comunicação é a descendente.
As direcções praticamente não comunicam com os profissionais através de reuniões e pessoa a pessoa muito pouco.
Os TR partilham as ideias inovadoras só com os colegas do serviço e não com o chefe e a direcção.
Os canais de informação/comunicação são essencialmente de natureza informal entre colegas e chefes e ainda os TR entre si.
A importância dada pelas direcções à participação dos TR no domínio de SH&ST é mínima, daí que são muito reduzidas as oportunidades de envolvimento e participação efectiva. E o único direito que lhes conferem é o de serem informados.
A maioria dos H/CS não têm um sistema de gestão de qualidade.
A maioria dos TR que trabalham em Centros de Saúde referem não ter serviço de SH&ST.
Dos cinco grupos as actividades que se realizam com mais frequência são as associadas tradicionalmente à SH&ST. Verifico que ainda não é dada a devida importância às actividades relacionadas com a PST, como as preocupações, os comportamentos de risco ou estilos de vida dos trabalhadores.
Os principais motivos de investimento dos Hospitais estão mais ligados com o cumprimento da lei, absentismo em geral, nomeadamente as baixas por doença e a frequência/gravidade dos acidentes e as consequências destes que é o aumento com os custos de pessoal e a rotação de pessoal.
Nos hospitais nenhum TR referiu que o investimento feito foi para a melhoria das condições de SH&ST.
As sucessivas alterações à estrutura jurídica e organizacional dos Serviços de Saúde da Administração Pública nestes últimos cinco anos.
Inexistência de aumento de número de efectivos (TR) nos últimos cinco anos.

## **2. SUGESTÕES**

Ao chegar à parte conclusiva deste estudo importa expressar a convicção de que um estudo desta natureza detém ainda incorporadas vertentes bastante interessantes a aprofundar, que poderão constituir um dos objectos de estudo de pesquisas a desenvolver posteriormente. Refiro, no entanto, que os conhecimentos empíricos e o enquadramento teórico que deram corpo a esta dissertação permitiram desvendar traços

importantes dessa realidade, constituindo, desta forma, um avanço e aprofundamento para futuras investigações.

Sugiro que em estudos futuros sejam utilizados outros métodos e técnicas de recolha de dados como inquérito por entrevista a outros *Stakeholders*, como os conselhos de administração, os sindicatos, associação dos técnicos de radiologia, os técnicos coordenadores. Vários factores podem ter contribuído para estes resultados, a nível da estatística analítica, relacionados com a dimensão da população, o instrumento de recolha de dados, etc. Como esta pesquisa neste momento termina aqui, tais dúvidas ficarão, pois só com outro estudo seria possível dissipá-las.

Neste estudo existem muitas questões a explorar, como sejam:

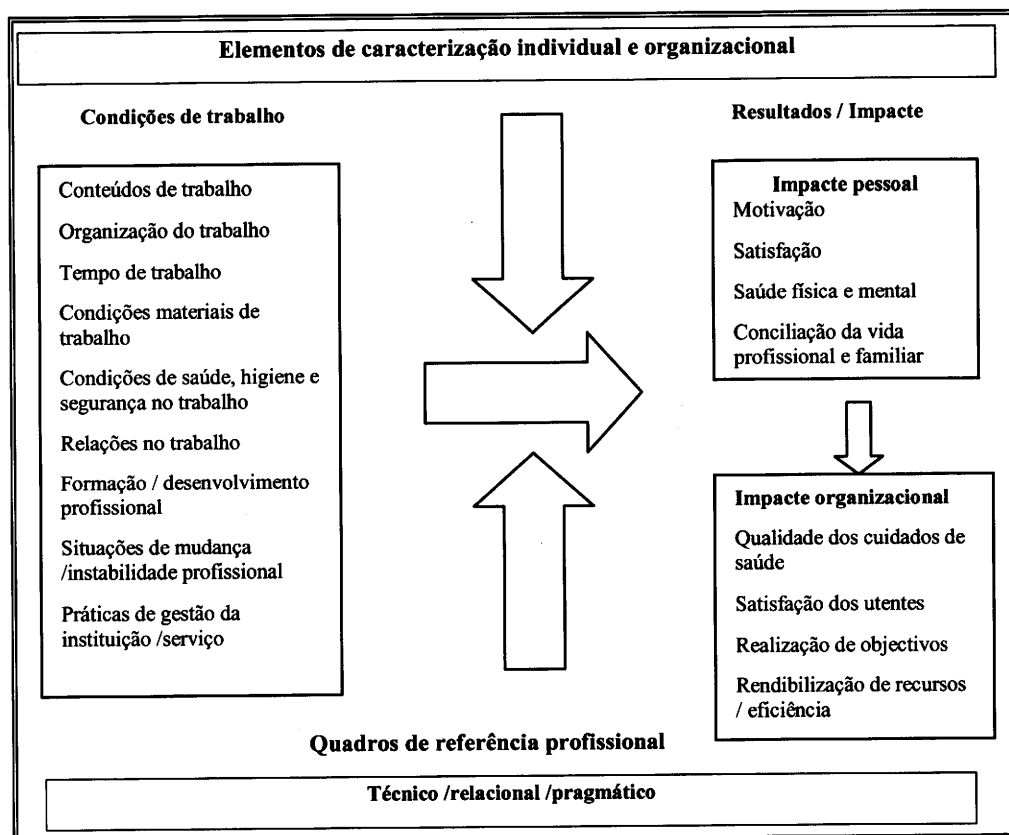
- \* Cultura dominante dos hospitais e centros de saúde
- \* Estratégias de implementação da mudança organizacional
- \* Influência de outros factores de organização do trabalho (ex.: trabalho nocturno e por turnos)
- \* O estudo da dinâmica dos vários serviços de SH&ST
- \* O grau de investimento financeiro na área de SH&ST

Apesar de considerar que existe ainda muito a fazer para se poder conhecer melhor a realidade portuguesa no domínio das condições de trabalho dos técnicos de radiologia, termino esta dissertação com a convicção de que os objectivos previamente delineados para este estudo foram plenamente atingidos.

Considero que este estudo poderá constituir um ponto de partida para um trabalho mais amplo centrado sobre esta temática, como por exemplo: “*Estudo comparativo das condições de trabalho dos técnicos de radiologia em serviços públicos e privados em Portugal*”. Esta situação apenas condiciona a atitude futura, ou seja, não parar neste ponto e aprofundar a investigação realizada, com novas referências e campos analíticos.

Como ponto de partida para um novo estudo sugiro como base um Modelo Geral de Análise (fig. 6), que articule os resultados do presente estudo, tendo em conta as dimensões que constituem as condições de trabalho concretas, p.e. as propostas de ROSA et al., (2004:115), as inter-relações que as unem e o efeito destas inter-relações nos TR, quando se encontram no exercício da sua actividade profissional e nas condições concretas do seu emprego e da sua vida.

Figura n.º 5 - Modelo geral de análise



Fonte: adaptado de Rosa et al (2004)

Este modelo que “*modelo geral de análise*” servirá de base de orientação e contextualização do campo teórico da investigação e terá de ser explicado ao longo da fundamentação teórica, através da descrição dos vários conceitos e dimensões que constituem as condições de trabalho e as inter-relações que as unem e reconhecer os seus impactes pessoais e organizacionais.

Como principal sugestão apresento propostas de actuação alternativas à metodologia orientadora no processo de mudança organizacional nos hospitais e centros de saúde:

- \* A metodologia de intervenção deverá prever a implicação de todos os níveis hierárquicos na mudança organizacional nas diferentes fases (planeamento, concepção, implementação e avaliação). O envolvimento no processo de mudança leva os profissionais a viverem as alterações sem desencadear mecanismos de resistência, mas como modificações em que a sua participação condiciona fortemente o sucesso das mudanças nas organizações.

- \* Realização de reuniões de esclarecimento sobre os princípios orientadores do processo de mudança.
- \* As equipas de técnicos de radiologia deverão receber formação de modo a que a sua base de qualificação seja através da formação e experiência, no sentido de potenciar as suas capacidades para o serviço de radiologia onde é imprescindível a rotação de tarefas, para que a atribuição de tarefas seja à equipa e assim tornar o conteúdo do trabalho mais rico e variado e elevar a sua autonomia e participação. Os técnicos coordenadores também deverão ter formação, embora o projecto de mudança seja mais centrada nos TR se repercute em todas as funções da organização.
- \* Este sistema de formação das equipas deverá ser progressivo e dinâmico. Isto pressupõe o contacto permanente entre os vários profissionais de saúde implicando que este ambiente fomente a comunicação entre os vários grupos profissionais, os líderes e os restantes envolvidos no processo de mudança.
- \* Todos os serviços de SH&ST devem garantir a participação dos trabalhadores ou seus representantes na promoção da saúde no local de trabalho.
- \* Implementar políticas de organização dos serviços que garantam o respeito pelos direitos dos profissionais.
- \* Os serviços de radiologia devem ter um manual técnico de boas práticas e lutar pelo seu cumprimento nos diferentes contextos de trabalho.
- \* Os hospitais e centros de saúde devem adoptar um modelo de gestão integrada de SH&ST que permita analisar e controlar os factores de risco profissional, bem como os factores subjacentes à falta de saúde nos locais de trabalho, desenvolvendo acções qualificadas para assegurar um trabalho saudável e a saúde e bem estar dos trabalhadores.

### **3. RECOMENDAÇÕES: Plano de Intervenção Sócio-Organizacional**

É de considerar ainda que os resultados alcançados comportam algumas implicações nos hospitais e centros de saúde estudados. Refiro-me concretamente às recomendações na gestão dos mesmos serviços. Assim, parece-me que se justifica recomendar aos Conselhos de Administração de todos os hospitais e centros de saúde a definição de um

plano de intervenção sócio-organizacional. Este deverá assentar pelo menos em três medidas: a primeira em implementar o serviço de SH&ST, a segunda, em desenvolver medidas de sensibilização, informação/formação de todos os profissionais, tendo em vista a sedimentação de uma cultura de segurança e a promoção de comportamentos seguros e saudáveis, e a terceira, em elaborar de manuais de «boas práticas», quer a nível organizacional, quer a nível individual.

Assim, estou consciente que com a generalização da existência de serviços de SH&ST em todas as instituições de saúde, a prossecução e a adopção da formação e das «boas práticas» são objectivos para que se passe a obter êxitos concretos e relevantes ao nível da prevenção dos riscos profissionais, combate à sinistralidade e promoção da saúde no local de trabalho.

### **3.1. Implementação de serviços de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho**

A primeira medida, organização e implementação de serviços de SH&ST nos vários H/CS deve ser introduzida com vista a reduzir os acidentes de trabalho e as doenças profissionais e promover a saúde dos trabalhadores através de programas e actividades que garantam a participação dos mesmos.

Considerando que “os serviços de saúde e, de modo muito particular os Hospitais, constituem «empresas» muito peculiares (...) proporcionando, enfim, aos seus trabalhadores – sejam eles, ou não, profissionais de saúde – condições de trabalho precárias, reconhecidamente piores do que as verificadas na grande maioria dos restantes sectores de actividade”... (UVA E FARIA, 1992:5), facilmente se percebe da premente necessidade da existência de serviços de SH&ST, como forma de promover a saúde no local de trabalho, neste caso particular, *a saúde dos que tratam da saúde dos outros*, mas que nem por isso estão menos sujeitos ao chamado risco profissional.

Com efeito, esse risco é neste contexto bastante elevado, pois os TR estão em contacto com vários factores de risco, nomeadamente físicos, químicos, biológicos e psicossociais e ainda como frisa WAHLUND, os Hospitais são na verdade *empresas produtoras de stress*, fruto de condicionantes particulares como o trabalho por turnos, contacto permanente com sofrimento e morte (...) (UVA E FARIA, 1992). Reforçando a ideia, suportadas na opinião de outros autores, refiro que o aparecimento de novas tecnologias contribuíram para a modificação de processos de trabalho, originando o

surgimento de novas doenças associadas ao trabalho, como as do foro psicológico (stress, depressão), bem como aumento das incidências de neoplasias (MENDES e DIAS, 1991).

Tendo em linha de conta com o acima descrito, parece fundamental a existência de Serviços de SH&ST com ênfase numa política de promoção da saúde, onde se inclui a prevenção de riscos profissionais e, assentando a actual estratégia da saúde ocupacional na promoção da saúde através de um plano estruturado de informação e educação, por forma a contribuir para modificar o comportamento das pessoas e o seu “estilo de vida”.

Assim, a implementação de um Serviço de SH&ST nas organizações de saúde, qualquer que seja a sua natureza jurídica, é um imperativo que se encontra justificado pela “inter-relação e interdependência entre trabalho e saúde”. A grande diversidade de profissões que laboram nos hospitais, umas mais ligadas à prestação de cuidados de saúde e outras mais de apoio, o elevado número de trabalhadores envolvidos e os riscos ocupacionais a que estão sujeitos, exige de todos uma participação activa na promoção e educação para a saúde e na prevenção dos factores de riscos, directa ou indirectamente implicados na ocorrência dos acidentes de trabalho e/ou no aparecimento das doenças ocupacionais, bem como na criação de ambientes propícios ao desempenho de boas práticas laborais.

“A multiplicidade e diversidade dos problemas em jogo impõem, desde logo, o carácter interdisciplinar e pluriprofissional que, na sua vertente técnico-científica, a Saúde Ocupacional inevitavelmente possui. Depois é o contexto social em que a prática da Saúde Ocupacional se processa: o chamado «mundo do trabalho», com todos os conflitos e contradições que permanentemente o caracterizam e que, tantas vezes, conduzem a uma depreciação desse valor essencial que é a saúde e o bem-estar dos trabalhadores” (UVA e FARIA, 1992).

Assim, e, particularmente nos Hospitais, UVA (1999), destaca três aspectos que considera importantes para a sua consolidação, relacionando o primeiro com a necessidade dos Hospitais se comprometerem por escrito com a política de saúde que pretendem implementar e os segundos com os objectivos major que devem nortear um Serviço de SH&ST: a prevenção dos riscos de natureza profissional e a promoção da saúde dos trabalhadores. Por último, recomenda que tais serviços devem envolver um espaço específico para a prestação de cuidados e ser dotados de uma equipa pluriprofissional.

A implementação do serviço de SH&ST tem como objectivos o cumprimento da legislação, dar resposta a exigências dos trabalhadores, redução dos riscos e acidentes de trabalho e a prevenção de doenças profissionais. Se estes objectivos fossem atingidos, os H/CS estavam perante as seguintes vantagens: garantia do cumprimento da legislação e de outras exigências, satisfação dos trabalhadores, melhoria das condições de trabalho, a saúde dos trabalhadores assegurada, redução dos custos relativos a seguros, melhoria da imagem da organização aumentando a competitividade.

Os benefícios económicos e/ou sociais da SH&ST revertem não só para a empresa, como também para o trabalhador e sua família (melhoria de saúde individual), Estado (redução das despesas do Serviço Nacional de Saúde e Segurança Social), para as seguradoras, para a economia e para a sociedade civil em geral, etc.

As más condições de Saúde e Segurança no Trabalho reduzem o potencial dos trabalhadores e enfraquecem a competitividade das empresas, da economia nacional, como consequência da enorme carga sobre os sistemas de segurança social e fiscal, dos custos de produção mais elevados e de redução da qualidade ao nível da empresa. Embora as condições da segurança e saúde no trabalho estejam contempladas na nossa legislação laboral, são maioritariamente descuradas pela gestão da empresa e/ou trabalhadores. A falta de sensibilidade para SH&ST deve-se ao facto de haver ainda um desconhecimento generalizado sobre esta e, sobretudo, sobre os seus benefícios sendo, infelizmente, ainda vista como um custo e uma obrigação legal.

Um acidente de trabalho representa sempre uma perda, um custo. O importante é a eliminação do factor (acto inseguro e/ou condição perigosa) que constitui a base de prevenção de acidentes e poderá ser conseguida através de uma abordagem imediata (controlo directo de actividade humana e do ambiente) ou a longo prazo (formação, educação).

Sintetizando, deve-se implementar e desenvolver a dinâmica dos serviços de SH&ST para melhorar as condições de trabalho, a qualidade de vida nos locais de trabalho e a competitividade dos H/CS. Com o objectivo de: (i) assegurar aos TR as condições condizentes com a sua responsabilidade, onde cada vez mais é determinante o acesso a tecnologias, a matérias-primas, a bens e serviços para a realização dos exames com sucesso e qualidade; (ii) melhorar as CT, particularmente no que se refere à SH&ST, na medida em que constituem um factor determinante da qualidade de vida em geral e da

realização profissional e pessoal dos TR e também determinante da qualidade e produtividade do trabalho, logo da competitividade entre H/CS; (iii) assegurar que o trabalho seja prestado em condições de segurança, higiene e saúde, contribuindo para a diminuição da sinistralidade e das doenças profissionais, logo por consequência redução do absentismo; (iv) promover a fixação dos TR nos H/CS, através de estímulos de carácter económico e social de modo a desincentivar a circulação para outras organizações com melhores CT.

### **3.2. Formação em Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho**

A segunda recomendação visa essencialmente em desenvolver formação em SH&ST. A necessidade de mais formação nesta área deve-se essencialmente ao contexto sócio-laboral actual, que é caracterizado por uma série de transformações sociais e pela rápida evolução dos meios de produção, de tal modo que as competências profissionais já não se adquirem para toda a vida e apenas com a formação inicial, pelo contrário, exigem actualização e desenvolvimento ao longo das trajectórias de cada um. Deste modo, a aprendizagem torna-se um instrumento estratégico na nossa sociedade, exigindo dos indivíduos a capacidade de serem permanentemente formandos/aprendizes competentes, de modo a enfrentarem com sucesso as transformações técnicas e organizacionais com que se confrontam, pois para além de dominarem as tecnologias, devem ainda ser capazes de utilizar todas as possibilidades de aprendizagem que as mesmas proporcionam.

Conforme menciona RODRIGUES (1991), perante este conjunto de transformações e de novas exigências, urge encetar mudanças profundas nos sistemas de Ensino e de Formação, responsáveis pela educação e formação inicial, bem como no seio das Empresas, nomeadamente nas suas políticas de desenvolvimento de pessoas e competências, que devem ser cada vez mais apoiadas na educação permanente/formação contínua. O crescimento exponencial do conhecimento, as oportunidades propiciadas pelas novas tecnologias de informação e a necessidade de colocar serviços de grande intensidade de conhecimento na base da competitividade global, significam que se tornou indispensável prosseguir a educação e a aprendizagem ao longo de toda a vida (FARIA, RURATO e SANTOS, 2000). Os serviços de SH&ST têm por fim garantir a saúde das pessoas, a segurança e a higiene no trabalho. Tais valores impõem elevadas exigências no domínio da qualidade da prestação deste serviço. Por



isso, exige um sistema público de certificação profissional dos técnicos que podem realizar estas actividades.

Considera-se preparação adequada a formação previamente validada pelo Instituto de Desenvolvimento e Inspecção das Condições de Trabalho, bem como a inserida no sistema educativo ou promovida pelos vários departamentos da Administração Pública com responsabilidade no desenvolvimento de formação profissional, que permita a aquisição de competências básicas em matéria de segurança e higiene no trabalho, saúde, ergonomia, ambiente e organização de trabalho.

A certificação profissional supõe uma qualificação obtida através de uma formação estruturada (e, eventualmente, a partir da experiência profissional). Esta formação assenta em programas (de formação) concebidos a partir de perfis profissionais. Todo este percurso deveria ser impulsionado pela Administração do Trabalho, mas ele cruza-se com outros sistemas que deverão também intervir: a Educação, a Formação Profissional, a Saúde, as Associações Profissionais e os Sindicatos.

No âmbito mencionado nas alíneas do artigo 16.º do D.L. 441/91 de 14 de Novembro, refere que o presente diploma se aplica à educação, formação e informação para a segurança, higiene e saúde no trabalho a integração dos conteúdos de SH&ST nos currículos escolares deve ser prosseguida nos vários níveis de ensino, tendo em vista uma cultura de prevenção no quadro legal do sistema educativo e a prevenção dos riscos profissionais como preparação para a vida activa. Também a sua inclusão nos programas de formação profissional deve ser concretizada por forma a permitir a aquisição de adequados conhecimentos e hábitos de segurança para o desempenho da profissão. O mesmo artigo refere que o Estado deve fomentar, em matéria de SH&ST, acções de formação e informação destinadas a empregadores, gestores, quadros e trabalhadores. Ainda deve promover acções de esclarecimento neste assunto para as populações.

Uma das fases do processo de organização do serviço de SH&ST é precisamente a de nomear e dar formação a um coordenador do programa de SH&ST que não deverá ser o responsável pela SH&ST. O seu papel é o de organizar, monitorizar, aconselhar e ainda garantir que a gestão do Sistema de SH&ST é adequado às particularidades da organização, e que as várias tarefas de gestão são levadas a cabo por todos os elementos da organização. Também tem tarefas específicas a cumprir, tais como participar na

identificação dos perigos e na avaliação dos riscos, planear e organizar a formação e programas de sensibilização para a SH&ST.

Existem no país técnicos de segurança e higiene do trabalho de nível III e técnicos especialistas de nível V onde o processo legislativo e regulamentador de certificação do Técnico Superior e do Técnico de Segurança e Higiene do Trabalho teve homologação da respectiva formação, com a promulgação do D.L. n.º 110/2000, de 30 de Junho de 2000 e a publicação do respectivo manual de certificação (IDICT e IEFEP, 2001).

Assim, facilmente se depreende que o técnico superior de segurança e higiene do trabalho tem um perfil exigente e, no exercício da sua actividade, deve sempre pautar-se pelo respeito dos seus princípios de deontologia profissional e considerar a segurança e a saúde dos trabalhadores como factores prioritários da sua intervenção (alínea a) do n.º1 do artigo 4º do D.L. n.º 110/2000, de 30 de Junho de 2000).

Face ao exposto, facilmente posso concluir que a formação dos trabalhadores, em matéria de Higiene e Segurança do Trabalho, deverá ser contínua, abarcando as necessidades actuais e futuras para o desempenho da sua actividade profissional de uma forma segura, e, logo, mais produtiva. No domínio da formação profissional contínua de activos, o Governo e os Parceiros Sociais acordam que, no seio do objectivo genérico de elevar os respectivos níveis de qualificação dos trabalhadores, se devem considerar igualmente, numa perspectiva de reforço da empregabilidade e de defesa do emprego, as acções de reconversão e as acções de requalificação (COMISSÃO PERMANENTE de CONCERTAÇÃO SOCIAL, 2001).

Os programas de SH&ST são levados a cabo pelo coordenador e por um grupo de especialistas que tenham conhecimentos profundos de práticas de trabalho específicas de cada serviço e do processo, logo no serviço de radiologia pode e deve estar envolvido um TR neste processo. Também, nos programas deve ser consultado o representante dos trabalhadores. Para que este exista é necessário que a direcção permita que os trabalhadores tenham oportunidade de escolher um ou mais representantes para a SH&ST, em conformidade com a legislação que exija a consulta e participação.

Uma organização deve garantir que todos os trabalhadores recebam formação adequada para poderem trabalhar em segurança e poderem cumprir as suas obrigações segundo a gestão do sistema da SH&ST. Para tal, na admissão, todos os trabalhadores, novos e transferidos, devem ser submetidos a um programa de admissão. Este deve incluir as

regras genéricas de SH&ST e as regras específicas de cada serviço. Na formação de integração do profissional na organização, é, onde se recebem os critérios genéricos de admissão à organização, mas pode também incluir as bases e a cultura da organização, os assuntos relacionados com o pessoal, a disciplina e a qualidade.

Todos os trabalhadores recebem critérios de admissão no serviço e/ou posto de trabalho que incluem regras específicas de SH&ST. Esta formação, no caso dos serviços de radiologia, deve ser ministrada por um TR do serviço e sempre depois da formação que referi anteriormente. Nesta formação o TR deve incluir a definição das responsabilidades pessoais do colega, com particular referência às suas obrigações legais. Também deve ser incluída a informação do plano de emergência.

Aos trabalhadores a quem irão ser atribuídas tarefas novas devem receber formação formal quando começarem a nova tarefa. Nestes casos é adequada uma formação simples, dada no posto de trabalho, mas que deve incluir a componente prática. O TR formador deve-se certificar que o formando será capaz de desempenhar a tarefa na sequência correcta e ao mesmo tempo saber explicar ao formador o que está a fazer e porquê. A formação constitui um meio óptimo para que os trabalhadores manifestem as suas preocupações, dúvidas e constrangimentos, e é na formação que também se sensibiliza os trabalhadores para os riscos da sua actividade e os meios para os combater. No entanto, a sensibilização e a divulgação é uma área de intervenção complementar da formação reforçando a eficácia e o alcance das formações e consubstancia-se, no essencial, na realização de campanhas de prevenção, edição de folhetos, boletins, cartazes destinados a informar e sensibilizar a comunidade laboral para os riscos específicos adstritos à prestação de trabalho e a forma de actuação característica para cada situação.

A política de formação deve responder a um duplo objectivo: por um lado, permitir adaptar o pessoal às mudanças estruturais e às mudanças das condições de trabalho, resultantes da evolução tecnológica e da evolução do contexto económico e, por outro lado, permitir determinar e assumir as inovações e alterações a realizar para assegurar o desenvolvimento da empresa (PERETTI, 2001:380).

Só com conhecimentos e formação na temática da SH&ST é que os TR poderão participar em pleno nas actividades e programas e ainda na identificação de potenciais riscos dentro do serviço de radiologia que tem uma actividade específica e diferente dos

restantes serviços de um hospital ou centro de saúde. Para estes conhecimentos e formação é essencial envolver todos os TR, para garantir o sucesso e benefícios nos projectos, quer em termos humanos como financeiros.

A implementação de um plano de formação traduz as escolhas formuladas a nível da política de formação em termos de acções de formação. O plano de formação planeia e organiza acções de formação em função de objectivos definidos, e para atingir estes o plano deve comportar: os objectivos; as prioridades; o conteúdo; a pedagogia; a duração, o calendário; o orçamento; as categorias dos beneficiários e a forma de avaliação das acções. O plano de formação pode ser anual ou de três a cinco anos.

O plano de formação só se deve realizar após a análise das necessidades. Esta é induzida simultaneamente por três fontes distintas: o da lógica da organização, o da motivação individual e o da pedagogia. No primeiro, é recolhida informação sobre a definição da função: as actividades exercidas, as relações de trabalho, a autonomia, as condições de trabalho, as evoluções passadas e perspectivas futuras, a formação e experiência e aptidões necessárias, etc. Após esta recolha, permitirá dispor de uma informação sistemática e organizada para a identificação das necessidades. O segundo, o da motivação individual, recorre aos métodos centrados na expressão das expectativas individuais com inquéritos ao pessoal associando as entrevistas e os questionários. O terceiro baseia-se na avaliação do potencial e das capacidades de aprendizagem. Sendo em função da percepção da evolução da empresa e das oportunidades que ela apresenta, que os empregados procuram aumentar os conhecimentos.

A análise das necessidades é a base para a elaboração do plano de formação, uma vez determinadas as principais escolhas. Estas escolhas relevam da política de formação da empresa. Deste modo, a formação responde, simultaneamente, aos desejos dos colaboradores e às necessidades da empresa e contribui em alto grau para a obtenção da satisfação profissional e *performance* económica.

Como se pode verificar pelo resumo anterior, para elaborar um plano de formação é necessário um conjunto vasto de informação previamente recolhida, sistematizada e organizada. Mesmo não estando na posse desta, arriscaria a elaborar um plano de formação na área de SH&ST dirigida para os técnicos coordenadores (Anexo 4) e um outro para os técnicos de radiologia (Anexo 5).

### 3.3. Realização de manuais de «Boas Práticas»

Como terceira e última recomendação, aconselho às organizações de saúde deste estudo a realização de manuais de «boas práticas». Já que praticam metodologias correctas e que já se nota uma cultura de segurança, aconselho que as formalizem em documentos de trabalho. Assim, estes permitirão às organizações elaborar um conjunto de registos muito importante e de grande utilidade. Assim, ao conjunto de metodologias de higiene e segurança que são aplicadas por uma organização no seu dia-a-dia de trabalho sem seguir qualquer procedimento (ou norma) formal (escrito) chama-se de «boas práticas». As boas práticas constituem um passo importante para a implementação de serviços organizados e revelam a preocupação da organização, ou dos próprios empregados. Assim, dividem-se em dois eixos fundamentais: organizacionais e individuais. O primeiro eixo, é quando a própria organização transmite formal ou informalmente indicações para aplicar, são as práticas organizacionais. Umas de carácter permanente, mais consistentes e de resultados mais satisfatórios, onde os canais de comunicação usados são normalmente falados, e a cadeia hierárquica é seguida, a obrigatoriedade do uso de EPI's; limpeza dos locais de trabalho; rotatividade dos empregados expostos a certos riscos; etc. As de carácter mais ocasional, em certos casos são tomadas medidas ou é mandada avaliar determinada condição de trabalho. O segundo eixo, nas práticas individuais todos os empregados na execução do seu trabalho tomam iniciativas de protecção e prevenção, por *motu próprio*. Estas «boas práticas» são feitas em função da cultura (relacionada com a educação), do grau de risco avaliado (iniciativa individual) e das condições de trabalho (ex: higiene pessoal; utilização de EPI's em locais não obrigatórios; arrumação e limpeza do posto de trabalho, etc.) (VEIGA *et al*, 2000: 14.2.1).

## BIBLIOGRAFIA

- ACKOFF, R.L. (1998) – *A empresa democrática. Métodos, Conceitos e Técnicas para Renovar a Gestão com sucesso*, Lisboa: Difusão Cultural.
- AGÊNCIA EUROPEIA PARA A SEGURANÇA E A SAÚDE NO TRABALHO (2002) – *Campanhas de Segurança e Saúde*, Luxemburgo: Serviço das publicações Oficiais das Comunidades Europeias.
- ALBARELLO, L. (1997) – *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa: Gradiva.
- ALEXANDRE, N.M.C. (1996) - *Dores nas costas e enfermagem*, Revista da Escola de Enfermagem da USP. V. 30, n.º2 Agosto 1996.
- ALMEIDA, J.F.; PINTO, J.M. (1995) - *A investigação nas Ciências Sociais*, Lisboa: Editorial Presença.
- ALVES, M.L.C. (1996) – *Estudo das Condições de Trabalho numa Central de Cervejas*, Relatório final de investigação do curso de Medicina do Trabalho, Lisboa: ISCTE.
- ANTONOVSKKY, A. (1996) - *Orientação Salutogénica da promoção da saúde*. Health Promotion International, 11, 13-17.
- ANTUNES, A.V.; SANT ANNA, L. R. (1996) - *Satisfação e motivação no trabalho do enfermeiro*, Revista Brasileira de Enfermagem, v.49, n.º3, Jul./Set. 1996.
- ASSOCIAÇÃO EMPRESARIAL DE PORTUGAL (AEP) (2004) - *Manual de Formação: Higiene e Segurança no trabalho* - Programa Formação PME.
- BARDIN, L. (2003) – *Análise de Conteúdo*, Lisboa: Edições 70.
- BELL, J. (1997) – *Como Realizar um Projecto de Investigação*, Lisboa: Editora Gradiva, 2ª Edição.
- BENNIS, W.G. (1976) – *Organizações em Mudança*, São Paulo: Editora Atlas.
- BÉRIOT, D. (s.d.) – *Mudança na empresa, Uma Abordagem Sistémica*, Sociedade das Organizações.
- BERNOUX, P. (1985) – *La Sociologie des organisations*, Paris: Seuil.
- BILHIM, J.A.F. (2004) – *Teoria Organizacional – Estruturas e Pessoas*, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Lisboa: UTL.
- BRAGANÇA, M.C.F.C. (2002) - *O Bem-estar profissional dos enfermeiros no trabalho*, Lisboa: Saúde no trabalho.
- BRITO, J.C. de (1991) - *Procurando compreender os conceitos de carga, trabalho e risco (tecnológico)*, Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. N.º 72, v. 19 Jan./Fev./Mar., 1991.
- BULHÕES, I. (1994) - *Riscos do trabalho de enfermagem*, Rio de Janeiro.
- BUSHONG, S. (1988) - *Manual de radiologia para Técnicos*. Spain: Moby/Doyma Libros, 6.ª Edição.
- CABEÇAS, J.M.; GRAÇA, L. (2001) - *Avaliação das condições de trabalho em postos de caixa de supermercados*. Lisboa: IDICT.

- CABETE, D. (2002) - *2.º Congresso do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses*, Estoril: SEP
- CABRAL, F. (1997) - *A organização dos serviços de prevenção nas empresas*, 3.<sup>as</sup> Jornadas Hospital CUF - Acidentes de Trabalho, prevenção, avaliação do risco e aspectos clínicos. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, pp 29-37.
- CABRAL, F. *et al* (2003) - *Sistema de Gestão da Prevenção de Acidentes de Trabalho*, Lisboa: Verlag Dashofer, Edições profissionais, Lda.
- CABRAL, F.A.; ROXO, M.M. (2004) - *Segurança e Saúde do Trabalho, Legislação Anotada* (3.<sup>a</sup> Edição), Coimbra: Almedina.
- CAETANO, A. *et al* (2000) - *Mudança organizacional e Gestão de Recursos humanos*, Observatório de Emprego e Formação Profissional: Estudos e análises 20.
- CAETANO, A., NEVES, J. e FERREIRA, J.M.C. (2001) – *Manual de Psicossociologia das organizações*, Lisboa McGraw-Hill.
- CANÁRIO, R. (1997) - *Formação e situações de trabalho*, Porto: Porto Editora, Lda.
- CARDIM, L.F.; COUNHAGO, A. (1996) - *Segurança, Higiene e Saúde no local de Trabalho*, IEFP (Instituto de Emprego e Formação Profissional).
- CARMO, H.; FERREIRA, M. (1998) - *Metodologia da Investigação Guia para a auto-aprendizagem*, Lisboa: Universidade Aberta.
- CARVALHO, A.C.; SOARES, J.C.; PEREIRA, M. (1993) - *Normalização na empresa*, Lisboa: Associação portuguesa para a qualidade.
- CARRASQUEIRA, M. (s.d.) - *Qualidade, Ambiente e Segurança*”, 1.º Congresso Nacional da qualidade. Revista Opção Q.
- CASTILLO, J.J. (1990) - *Para um desenho conjunto das transformações produtivas: condições de trabalho e novas tecnologias*. *Análise Social*. 105-106 (1990) 119-134.
- CASTILLO, J.J.; PRIETO, C. (1983) - *Las condiciones de trabajo. Un enfoque renovador de la Sociología del Trabajo*, Madrid: Centro de Investigadores Sociológicas.
- CHALIFOUR, J. (1989) - *Relation la d'Aide en Soins Infermiers, Une perspective holistique-humaniste*, Québec: Editeur Gaetan Morin.
- CHIAVENATO, I. (1982) - *Administração de empresas, uma abordagem contingencial*, São Paulo: McGraw-Hill do Brasil.
- CHIAVENATO, I. (1994) - *Recursos Humanos*, São Paulo: Editora Atlas S.A.
- CHIAVENATO, I. (2000) - *Introdução à teoria geral da Administração*, Rio de Janeiro: Editora Campus.
- CONFEDERAÇÃO GERAL DOS TRABALHADORES PORTUGUESES - INTERSINDICAL NACIONAL (CGTP-IN) (1999) - *Manual de Formação de Higiene e Segurança no trabalho*, Programa de formação em SH&ST.
- CODO, W.; GAZZOTTI, A.A. (1999) - *Trabalho afetividade*, In CODO, W. (coord.), Petrópolis: Vozes.
- CORREIA, M. *et al* (2003) - *Avaliação da dose absorvida pelos doentes das camas contíguas aos que realizam exame radiológico ao Tórax, incidência antero-posterior*,

- em três unidades de cuidados intensivos*, Lisboa: Acta Radiológica Portuguesa n.º 57 volume 15 Jan/Mar. 2003.
- COSTA, J.P. *et al.*, (2004) - *Saúde Ocupacional e Riscos Químicos nos Laboratórios de Análises Clínicas e Serviços de Radiologia*, Évora: Disciplina de Saúde Ocupacional e Ergonomia. Universidade de Évora e Escola Superior das Tecnologias da Saúde de Lisboa. Texto policopiado.
- COSTA, V.; ANIBAL, A.A (s.d.) - *A gestão dos recursos humanos e os direitos dos trabalhadores* Vol. 3, Caminho.
- COSTA, V.C. (2003) - *Segurança e Saúde no Trabalho - uma necessidade Urgente*, Suplemento Segurança e Saúde do Trabalho, Jornal Expresso n.º 1648 (29-05-2004).
- COUTO, H.A. (1978) - *Fisiologia do trabalho aplicada*. Belo Horizonte: Ibérica.
- COUTO, H.A. (1995) - *Ergonomia aplicada ao trabalho: manual técnico da máquina humana*, Belo horizonte: Ergo, volume 1.
- CRUZ, A.G. (1999) - *Sinais Vitais* nº 23 Março p. 27-32.
- DAMIÃO, E. (1995) - *Manual de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho*, UGT: LST.
- DANIELLOU, F.; LAVILLE, A. TEIGER, C. (1989) - *Ficção e realidade do trabalho operário*, Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, V. 17, nº 68 7-13.
- DEJOURS, C. (1992) - *A loucura do trabalho: estudo da psicologia do trabalho*, 5.ª ed. São Paulo: Cortez.
- DEJOURS, C. (1994) - *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*, São Paulo: Atlas.
- DIAS, M.O. (2000) - *Métodos e Técnicas de Estudo e Elaboração de Trabalhos Científicos*, Minerva.
- DÍNAMO, - *Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho*, Consultadoria em Qualidade, Gestão e Tecnologias de Informação, SA. <http://www.dinamo-sa.pt> (28-04-2004).
- DNA (2005) - *Os Novos Hospitais*, Artigo Sem receita.
- DRUCKER, P.F. (2000) - *Gestão do conhecimento*, Rio de Janeiro: Editora Campus.
- DUCLOS, D. (1984) - *La Santé et le Travail*, Paris: Editions La Découverte.
- ESTRYN-BEHAR, M. (1996) - *Ergonomia hospitalar*, Revista de Enfermagem da UERJ, v.4, n.º2 pp. 247-256 Dez.
- FARIA, M. (1994) - *O exercício da medicina do trabalho em Portugal: problemas e tendências*. III Congresso de Medicina do Trabalho (Póvoa do Varzim). Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho.
- FERNANDES, R.(s.d.) - *Qualidade, Ambiente e Segurança*”, 1.º Congresso Nacional da qualidade. Revista Opção Q.
- FERREIRA, V. (1986) - *O inquérito por questionário na construção de dados sociológicos*, in Augusto Santos Silva e José Madureira Pinto (orgs), Metodologia das Ciências Sociais, Porto: Afrontamento.
- FODDY, W. (1996) - *Como perguntar. Teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários*, Lisboa: Celta Editora.



- FORTIN, M. (1999) – *O processo de Investigação: da concepção à realização*, Loures: Lusociência.
- FRANCO, M. (1999) - *Segurança e Saúde no Trabalho - Utilização de Produtos Químicos Perigosos*. Lisboa: IDICT.
- FREEMAN, R.E. e STONER, J.A.F. (1995) – *Administração*, Editora PHB Rio de Janeiro.
- FREIRE, J. (1993) – *Sociologia do trabalho: uma introdução*, Edições Afrontamento.
- FREITAS, L. (2003) - *Gestão da Segurança e Saúde no Trabalho*. 1ª Edição. Lisboa: Edições Universitárias Lusófonas.
- GARCEZ, A.A. (s.d.) - *Breve Abordagem sobre os Sistemas de Gestão Integrada da Qualidade, Ambiente e Segurança em Saúde no Trabalho*, Revista Opção Q, pp 11-16.
- GAUTHIER, B. (2003) – *Investigação Social da problemática à colheita de dados*, Lusociência.
- GIL, A.C. (1991 e 1999, 5ª ed.) – *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*, S. Paulo, Editora Atlas.
- GIGLIONE, R. e MATALON, B. (2001) - *O inquérito* - Teoria e Prática, Oeiras: Celta Editora.
- GRAÇA, L.; REIS, M. (1994) - *Os factores psicossociais no trabalho e os seus efeitos na Saúde*, Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- GRAÇA, L. (2004) - *Política(s) de Saúde no Trabalho: um inquérito sociológico às empresas portuguesas*, Tese de doutoramento. Lisboa: ENSP/UNL.
- GRAÇA, L. (1985) - *Factores psicossociais no trabalho: para uma abordagem global das condições de trabalho em Portugal*, Lisboa: Escola nacional de Saúde Pública.
- GRAÇA, L. (1992) – *O trabalho em equipa: uma lógica de organização do trabalho e de participação na gestão*, Revista Portuguesa de Saúde Pública. 10:1 (1992) 5-20.
- GRAÇA, L. (1993) – *A participação dos trabalhadores no âmbito da segurança, higiene e saúde no trabalho*, Revista Portuguesa de Saúde Pública. 11:2 (1993) 5-23.
- GRAÇA, L. (1994) – *Experiências inovadoras em segurança e saúde no trabalho: dois estudos de caso*, Revista Portuguesa de Saúde Pública. 12:4(1994) 45-62.
- GRAÇA, L. (1995) – *Qualidade de vida no trabalho: saúde e participação*, Dirigir - Revista para chefias, 40 Nov-Dez 1995, separata (13pp).
- GRAÇA, L. (1999) – *A promoção da saúde no trabalho: a nova saúde ocupacional?* Lisboa: Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho (C/A, 1).
- GRAHAM, D.T. (1996) - *Principles of Radiological Physics*. Singapura: Churchill Livingstone, 3ª Edição, 1996.
- GUERIN, F.; LAVILLE, A.; DANIELLOU, F. et al (1991) - *Comprendre le Travail pour le transformer: La pratique de l'ergonomie*. Montrouge: ANACT.
- GUILLEVIC, C. (1991) - *Psychologie du travail*, Poitress (France): Nathan.
- GUNN, C. (2002) - *Radiographic Imaging A Pratical Approach*. UK: Churchill Livingstone.

- HELLER, R. (s.d.) - *A revolução na Empresa, as tecnologias da informação na gestão empresarial*, São Paulo.
- HILL, A.; HILL, M.M. (2002) - *Investigação por questionário*, Lisboa: edições Sílabo.
- ICRU Report 51 - *Quantities and Units in Radiation Protection Dosimetry*. Setembro 1993.
- IDICT (1997) - *Serviços de prevenção das empresas. Livro Verde*. Lisboa: IDICT.
- IIDA, I. (1997) - *Ergonomia: projectos e produtos*. 4.<sup>a</sup> ed. São Paulo: Editora Edgard Blucher, Ltda.
- IIDA, I. (1998) - *Ergonomia Projecto e Produção*, São Paulo: Edgar Blucher.
- ILLICH, I. (1976) - *Sociedade sem escolas*, Petrópolis: Editora Vozes, Ltda.
- IMPERATORI, E. (1999) - *Mais de 1001 Conceitos para Melhorar a Qualidade dos Serviços de Saúde. Glossário*. Lisboa: EdiNova.
- IMPERATORI E. GIRALDES, M. R. (1992) - *Metodologia do Planeamento da Saúde*, Edições de Saúde, 1992.
- JACCARD, P. (s.d.) - *História Social do Trabalho*, Livros Horizonte.
- JARDIDILLIER, P. (1979) - *Les Conditions Du Travail*, Paris: Press Universitaires de France.
- JORNADAS HOSPITAL DA CUF (1997) - *Acidentes de trabalho, Prevenção, Avaliação do Risco, Aspectos Clínicos*, Lisboa: UCP.
- KAWAMOTO, E.; SANTOS, M.C.; & MATOS, T. (1995) - *Enfermagem Comunitária*, São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, Ltda.
- KEITH, G. (2002) - *Sociologia do Trabalho*, Sociologia das Organizações.
- KETELE, J.M.; ROEGIRES, X. (1999) - *Metodologia da Recolha de Dados*, Lisboa: Instituto Piaget.
- KOLLER, E.M.P.; MACHADO, H.B. (1992) - *Reflexões sobre a prática da enfermagem e prenúncios de mudanças para o século XXI*, Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v.45 (1): 74-79, Jan./Mar.
- KURCGANT, P. (1991) - *Administração em Enfermagem*, São Paulo: EPU (Editora Pedagógica e Universitária, Ltda.)
- LAKATOS, E.M., MARCONI, M.A. (1992) - *Metodologia do Trabalho Científico*, São Paulo: Editora ATLAS.
- LAKATOS, E.M., MARCONI, M.A. (2000) - *Metodologia Científica*, 3<sup>a</sup> Edição, São Paulo: Editora ATLAS.
- LAKATOS, E.M., MARCONI, M.A. (2002) - *Técnicas de pesquisa*, 5<sup>a</sup> Edição, São Paulo: Editora ATLAS.
- LAMARSH, J.; POTTS, R. (2004) - *Gerir a Mudança para o Sucesso*, Lisboa: Plátano Editora.
- LAMPREIA, L. (1997) - *Contributos para uma Nova Cultura da Gestão Pública*, Presidência do Conselho de Ministros, Lisboa: Secretariado para a Modernização Administrativa.

- LAVILLE, A. (1977) - *Ergonomia*, São Paulo: EPU, Ed. Da Universidade de São Paulo.
- LEACY, E.; BRENNAM, P. (2002) - *The Darkroom Disease a randomized control trial*, Radiography, Elsevier Science Lda.
- LEPLAT, J.; CUNY, X. (1974) - *Les Accidents du Travail*, Paris: Press Universitaires de France.
- LEPLAT, J.; CUNY, X. (1998) - *Les Condiciones de trabajo*, In Castillo, J.J.; Villena, J. *Ergonomie: conceptos y métodos*. Madrid: Editorial Complutense.
- LIMA, J.J.P. (1995) - *Física dos métodos de Imagem com Raios X*. Lisboa: Edições ASA.
- LISS, G. et al (2003) - *Physician diagnosed asthma, respiratory symptoms, and associations with workplace tasks among radiographers in Ontario*, Canadá. Occupational and Environment Health Unit, BMJ Publishing group.
- LITTLEJOHN, S.W. (1988) - *Fundamentos Teóricos da Comunicação Humana*, Rio de Janeiro: Editora Guanabara.
- LOPES, N.M.; CARAPINHEIRO, G. (1997) - *Recursos e Condições de trabalho dos Enfermeiros Portugueses*, SEP/ISCTE.
- LUCAS, J.S. (1995) - *Promoção da Saúde Familiar: Corolário do Ano Internacional da Família*. Revista portuguesa da Saúde Pública, 13.
- LUNARDI FILHO, W.D. (1997) - *Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem*, Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v.50 n.º1 Jan./mar., 1997.
- MADUREIRA, O. (2003) - *Manual de Segurança e Higiene do Trabalho*, Santarém: ISLA.
- McDAVID, J.; HARARI, H. (1980) - *Psicologia e Comportamento Social*, Rio de Janeiro, Inter ciência.
- MALCHAIRE, J. (2003) - *Estratégia geral de gestão dos riscos profissionais SOBANE, Método de diagnóstico preliminar Participativo dos Riscos DEPARIS*, Universidade católica de Louvain. <http://www.md.ucl.ac.be/hytr/>.
- MARTIN, V.; HENDERSON, E. (2004) - *Gestão de Unidades de Saúde e de Serviços Sociais*, Lisboa: Monitor.
- MARTIN-BARÓ, I. (1985) - *Accion e Ideologia: psicologia social desde Centroamérica*, El Salvador: UCA Editores.
- MELRO, A.R.C. et al (2001) - *Trabalho de grupo com portadores de LER/DORT: relato de experiência*. Ver. Psicologia: Reflexão e crítica 14 (1), 2001 pp 253-258.
- MENDES, R.; DIAS, E.C. (1991) - *Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador*, Revista de Saúde Pública, São Paulo, 25 (5): 341-349.
- MENDES, R. (2004) - *Patologia do trabalho, actualizada e ampliada*, São Paulo: Atheneu.
- MEZOMO, J.C. (s.d.) - *Segurança e Higiene do Trabalho*, CESC, CEBRAE, PNTE.
- MEZOMO, J.C. (1992) - *Qualidade Hospitalar, Reinventando Administração do Hospital*, São Paulo: Adas.

- MIGUEL, A.S.S.R. (2000) - *Manual de Higiene e Segurança do Trabalho*, (5ª Edição), Porto: Porto Editora.
- MIGUEL, A.S.S.R. (2004) - *Manual de Higiene e Segurança do Trabalho*, (7ª Edição), Porto: Porto Editora.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, BOLETIM INFORMATIVO (2001) - *Reapetrechamento e modernização do parque*, Hospital Distrital de Mirandela.
- MINISTÉRIO PARA A QUALIFICAÇÃO E O EMPREGO (s.d.) - *Segurança, Saúde e Condições de Trabalho* IDICT.
- MINTZBERG, H. (1995) - *Estrutura e Dinâmica das Organizações*, Publicações Dom Quixote, 1ª Edição (1979), Lisboa.
- MOITINHO, T. (1997) - *A legislação da saúde e da segurança dos trabalhadores na União Europeia*, 3.ª Jornadas Hospital CUF - Acidentes de Trabalho, prevenção, avaliação do risco e aspectos clínicos. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. Pág. 15-27.
- MONTMOLLIN, M. (1990, 1995, 1997) - *Vocabulaire de l'ergonomie*. Toulouse: Octares.
- MORAIS, M. F. (1995) - *A incidência das inovações organizacionais nos perfis profissionais*, tese de mestrado ISCTE.
- MORE, L.F. (1997) - *A CIPA analisada sob a óptica da ergonomia e da organização do trabalho*, UFSC: Dissertação de mestrado em Engenharia da produção.
- MOTHÉ, D. (1976) - *Autogestion et Conditions de Travail*, Paris: Les Éditions du Cerf.
- MOURA, R. (1992) - *Flexibilização: pessoas, organizações e concertação social*, Dirigir: Instituto do Emprego e Formação Profissional.
- MUCHIELLI, R. (1981) - *A formação de adultos*, Edit Martins Fontes. São Paulo.
- NALLON, A. et al (s.d.) - *Do symptomatic radiographers provide evidence for darkroom disease*, The Journal of the Society of Occupational Medicine.
- NAVARRO, M.F. (1995) - *Educação para a saúde e profissionais de saúde comunitária*, Revista Portuguesa de Saúde Pública, vol 13. n.º 4. Out./Dez. 77-82.
- NAVE, J.G. (1993) - *Estudo sobre as Condições de Segurança, Higiene e Saúde no Local de Trabalho*, Dissertação de Mestrado, Lisboa: ISCTE:
- NETO, M. M. I. C. (1990) - *Psicopatologia do trabalho: condições de trabalho, saúde mental e vida sócio-familiar*, Lisboa, ENSP.
- NEVES, J. G. (2000) - *Clima Organizacional, Cultura Organizacional e Gestão de recursos humanos*, Lisboa: RH Editora.
- NUNES, L.A.S. (1999) - *O sentido da coerência: operacionalização de um conceito que influencia a saúde mental e a qualidade de vida*, Lisboa: ENSP Dissertação de mestrado.
- ODONNE, I.; GASTONE, M. (1986) - *Ambiente de Trabalho, a luta dos trabalhadores pela saúde*, São Paulo: Hucite.
- OIT (1984) - *Introdução ao estudo do trabalho*, Lisboa: Editora Portuguesa de Livros técnicos e científicos, Lda.

- OIT-OMS (1984) - *Les Facteurs Psychosociaux, Nature, incidence et prévention*, Série Sécurité Hygiène et Médecine du Travail n° 56, pp 3-54.
- O'MAHONY, L.; SEAVER, M. (2003) - *Gestão de Sistemas de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho, ISA 2000*, Lisboa: MONITOR.
- OMS, Bureau Regional da Europa (1985) - *As Metas da Saúde para Todos*, Lisboa: Departamento de estudos e planeamento de Saúde.
- ORTSMAN, O. (1984) - *Chancer le Travail, les expériences, les methods, les conditions de l'expérimentation sociale*, Dunod enterprise.
- OSHA Technical Manual [Manual Técnico sobre SH&ST], *Occupational Safety and Health Administration* (OSHA), U.S. Department of Labor [http://www.osha-sic.gov/dts/osta/otm/otm\\_toc.html](http://www.osha-sic.gov/dts/osta/otm/otm_toc.html)
- PARAGUAY, A.I. (2004) - *Da organização do trabalho e seus impactos sobre a saúde dos trabalhadores*. In Patologia do trabalho, actualizada e ampliada, MENDES, René: Atheneu.
- PATRICIO, M.B. (s.d.) - *Efeitos biológicos das Radiações ionizantes*. Departamento de Radioterapia do Centro de Lisboa do IPOFG.
- PEREIRA, J. (1993) - *Economia da Saúde, Glossário de termos e conceitos*: Documento de trabalho 1/93.
- PERETTI, J.M. (2001) - *Recursos humanos*, Lisboa: Sílabo (3.ª Edição ).
- PESTANA, M.H.; GAGEIRO, J.N (2003) - *Análise De Dados para Ciências Sociais, A complementaridade do SPSS*, Lisboa: Edições Sílabo.
- PETERS, T.; WATERMAN, B. (1995) - *Na senda da excelência*, Lisboa: Edições Dom Quixote.
- PETIT, F.; DUBOIS, M. (1998) - *Introdução à Psicossociologia das Organizações*, Lisboa: Instituto Piaget.
- PIGNERO, J. (1989) - *Um atentado À Saúde Publica - Os exames radiológicos Sistemáticos*. Lisboa: Afrontamento/viver é preciso.
- PISCO, L. (s.d.) - *Qualidade na Saúde*, Revista Opção Q.
- POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. (1995) - *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*, Porto Alegre, Artes Médicas, 3ª Edição.
- PORTUGAL, ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA, Comissão de Trabalho, Segurança Social e Família (1992) - *Colóquio Parlamentar sobre Segurança, Higiene, Saúde e Ambiente no Local de Trabalho*, Lisboa.
- PORTUGAL, CONSELHO ECONÓMICO E SOCIAL (2001) - *Acordo sobre Condições de Trabalho, Higiene e Segurança no Trabalho e Combate à Sinistralidade*, Lisboa, Conselho Permanente e Concertação Social. CES.
- PORTUGAL, CONSELHO ECONÓMICO E SOCIAL (1998) - *Seminário "Flexibilidade e Relações de Trabalho"* Lisboa: Estudos e Documentos.
- PORTUGAL, CONSELHO PERMANENTE DE CONCERTAÇÃO SOCIAL (CPCS) (1991) - *Acordo de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho*, Lisboa: CPCS
- PORTUGAL, CONSELHO PERMANENTE DE CONCERTAÇÃO SOCIAL (CPCS) (1991) - *Acordo Económico e Social*, Lisboa: CPCS

- PORTUGAL, IDICT (2002) - *Sistemas de Gestão da Segurança e Saúde no trabalho: Directrizes práticas da OIT*. Lisboa: IDICT.
- PORTUGAL, IDICT (2001) - *Avaliação das condições de trabalho em postos de caixa de supermercados*, Lisboa: IDICT.
- PORTUGAL, *Livro Branco dos Serviços de Prevenção das Empresas*, IDICT, <http://www.idict.gov.pt/lbranco/>
- PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE (1999) - *Saúde: um compromisso. A estratégia de saúde para o Virar do Século, 1998-2002*, Lisboa: DGS. <http://www.dgsaude.pt/> (13-06-2004).
- PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (1998) - *O Hospital Português*, Lisboa: DGS. <http://www.dgsaude.pt/> (28-06-2004).
- PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (1997) - *A saúde dos Portugueses*, Lisboa: DGS. <http://www.dgsaude.pt/> (30-07-2004).
- PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2001) - *Glossário de Conceitos para produção de Estatísticas em Saúde*, Lisboa: DGS. <http://www.dgsaude.pt/> (07-07-2004).
- PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. (1998) - *Sistema Português da Qualidade na saúde, (SPQ)*. Lisboa.
- PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2003) - *Plano Nacional de Saúde, Orientações estratégicas para 2004-2010*, Lisboa: DGS.
- PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SEGURANÇA SOCIAL E DO TRABALHO. DETEFP (2001) - *Inquérito de Avaliação das Condições de Trabalho dos Trabalhadores* (Dez. 99 - Jan. 00). Lisboa: Departamento de Estatística do Trabalho, Emprego e Formação Profissional. Ministério da Segurança Social e do Trabalho, <http://www.detefp.pt/> (21-05-2004).
- PORTUGAL, INSTITUTO DE EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL - IEFP (1996) - *Segurança, Higiene e Saúde no local de Trabalho*.
- PRICE, P. (2004) - *Equipment Safety and Risk Management, Radiologic Technology*, Journal of the American Society of Radiologic Technologists, Vol. 75, nº3 Jan/Feb. 2004.
- Prioridades e Estratégias das Políticas de Segurança e Saúde no Trabalho nos Estados Membros da União Europeia, *Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho*, [http://agency.osha.eu.int/reports/priorities/prio\\_pt.pdf](http://agency.osha.eu.int/reports/priorities/prio_pt.pdf)
- PROTECÇÃO RADIOLÓGICA 100 (1999) - *Direcção Geral do Ambiente, Segurança nuclear e protecção civil*, Comissão europeia.
- PROTECÇÃO RADIOLÓGICA 109 (1999) - *Direcção Geral do Ambiente, Segurança nuclear e protecção civil*, Comissão europeia.
- PROULUS, J. (1978) - *Salut sens Salut*, Critérios nº13.
- QUALIDADE EM SERVIÇOS PÚBLICOS, *Programa de Melhoria de Qualidade: Manual de Identificação de Potencialidades de Melhoria*, Secretariado para a Modernização Administrativa.
- QUIVY, R.; CHAMPENHOUDT, L.V. (2003) - *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa, Editora Gradiva, 3ª Edição.

- RHINESMITH, S.H. (1996) - *Globalização, o Guia do Gestor*, Lisboa: Difusão Cultural.
- RIBEIRO, J.L.P. (1999) - *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*, Lisboa: Climepsi Editores.
- RICHARDSON, R. (1989) - *Pesquisa social: métodos e técnicas*. S. Paulo: Editora Atlas.
- RODRIGUES, A. *et al* (2003) - *Segurança e Saúde no Trabalho - Exposição a agentes químicos*. Lisboa: IDICT.
- RODRIGUES, C. (2001) - *Manual do Sistema de Gestão de Segurança e Saúde do Trabalho*: Verlag Dashofer.
- RODRIGUES, J.V.; GUERRA, P.B. ; CAMARA, P.B. (2003) - *Humanator - Recursos Humanos & Sucesso Empresarial* (5ª.Edição), Lisboa: Dom Quixote.
- ROSA, L. (s.d.) - *Mudança e conflito*, Sociologia de empresa, Editora: Biblioteca de Gestão Moderna.
- ROSA, M.T.S. (2004) - *Estudo das condições para o exercício profissional - grupo de trabalho*, Revista Ordem dos Enfermeiros nº 14, pp. 12-14, Outubro de 2004.
- ROSA, M.T.S. e OLIVEIRA, I.M.S. (2004) - *Condições de Trabalho dos Enfermeiros Portugueses*, Ordem dos Enfermeiros.
- ROUSTANG, G.; GAUTRAT, J.; BEAUCHESNE, M.N.; GUÉLAUD, F. (1981), *Pour une analyse des conditions du travail ouvriers dans l'entreprises*, Sciences Sociales Du Travail: Armand Colin.
- SANT ANNA, H.M.P. *et al* (1994) - *Estudo ergonómico em serviço de alimentação*, Saúde em Debate.1994 pp. 45-48.
- SANTOS, A.M.T. (2001) - *Os sistemas de informação e a mudança organizacional*, Dissertação, Lisboa: ISCTE.
- SANTOS, C.S. (2004) - *Breves considerações histórico-organizacionais sobre Saúde Ocupacional*, Apontamentos da Disciplina Saúde Ocupacional e Ergonomia (policopiado).
- SANTOS, E.C. (1998) - *Hospitais promotores de saúde*, tese de mestrado, Vila real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- SANTOS, N.; FIALHO, F. (1997) - *Manual de análise ergonómica do trabalho*, Curitiba: Génesis.
- SANTOS-FILHO, S.B.; BARRETO, S.M. (1998) - *Algumas considerações metodológicas sobre os estudos epidemiológicos das lesões por esforços repetitivos*, Cadernos de Saúde Pública, 14 (30: 55-63) Jul./Set., 1998.
- SEQUEIRA, A.M. *et al.*, (2004) - *Acidentes em serviço e doenças profissionais nos hospitais públicos*, Évora: Disciplina de Saúde Ocupacional e Ergonomia. Universidade de Évora e Escola Superior das Tecnologias da Saúde de Lisboa. Texto policopiado.
- SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE (2001) - *Carta Regional de Saúde Ocupacional*, Lisboa.
- SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE (2001) - *Carta Regional de Saúde Ocupacional*, Lisboa.

- SILVA, A.S. (2003) – *A Ruptura com o Senso Comum nas Ciências Sociais*, in Augusto Santos Silva e José Madureira Pinto (org.), Metodologia das Ciências Sociais, Porto, Edições Afrontamento, 12ª Edição (1ª Edição em 1986).
- SILVA, C.A. (1997) – *Lógica da Visão Plural da Cultura, Centros de Saúde: a Cultura Organizacional na Encruzilhada da Cultura e da Identidade Profissional. Estudo do Caso de Três Centros do Distrito de Beja*, Évora: Universidade de Évora (Dissertação de Mestrado).
- SILVA, C.A. (2002) – *(Re)criar a Ideia de Habitus e Campo Social na Encruzilhada das Identidades Profissionais na Saúde*”, Economia e Sociologia.
- SILVA, C.A. (2003) - *ABC do SPSS for Windows, Introdução ao Tratamento de Dados em Ciências Sociais*, Monsaraz, ADIM.
- SILVA, M.C. (1995) - *Meio Ambiente como factor limitante no desempenho do trabalho e segurança do trabalhador*, Revista Caderno Informativo de Prevenção de Acidentes, São Paulo.
- SINDICATO DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES (2000) – *Risco, Penosidade e Insalubridade. Uma realidade na profissão de enfermagem*, Garfinter sociedade gráfica, Lda.
- SINDICATO DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES (SEP) (2002) - *Condições de Trabalho*, 2.º Congresso Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, SEP: Enfermeiros no Centro da Saúde.
- SINDICATO DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES (2002) – *Condições de Trabalho*, Revista do SEP, Artigo 2º Congresso do SEP, 5 e 6 de Junho de 2002.
- SMITH, M.J. (1996) - *Considerações psicossociais sobre os Dort nos membros superiores. Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society 40 Annual Meeting* pp 776-780.
- SORATTO, L.; OLIVIER-HECKLER, C. (1991) - *Os trabalhadores e seu trabalho*, In CODO, W. Educação: Caminho e Trabalho. Petrópolis, RJ: Vozes.
- SOUSA, F.; MACHADO, A.; CADETE, E.; GRAÇA, L. (2004) - *A que riscos estão expostos os enfermeiros do bloco operativo?*, Revista Segurança nº 162 Set./Out. 2004, pp. 19-22.
- TANNAHIL, A.; FYFE, C.; DAWNIL, R.S. (1990) - *Health Promotion: Models and values*, New York: Oxford University Press.
- TAVARES, A.C. (1995) - *Gestão da Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho*, SQTE (Sindicato dos Quadros Técnicos do Estado), Santarém: ISLA.
- TAVARES, A.C. (2002) - *A Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho: Um novo paradigma gestor na Função Pública*, Encontro nacional do INA, Lisboa, Fundação Gulbenkian -14 e 15 de Março de 2002.
- TAVARES, A.C. (2003) - *Encontro nacional de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho*, Parque das Nações 26 de Março de 2003.
- TEIGER, C. (1998) - *El trabajo, esse oscuro objeto de la ergonomia*, In Castillo, J.J.; Villena, J. *Ergonomia: conceptos y métodos*. Madrid: Editorial Complutense.
- TEIXEIRA, F. (2004) - *Saúde Ocupacional: mito ou realidade*, <http://lusomed.sapo.pt/Xn320/368787.html>



- TEIXEIRA, N. (2000) - *Metodologia de calibração e controlo de qualidade de dosímetros termoluminescentes tipo TLD - 100 (LiF)*. Lisboa: Acta Radiológica Portuguesa, Setembro 2000.
- THÉVENET, M. (1990) - *Cultura de Empresa – Auditoria e Mudança*, Monitor – Projectos e Edições Lda., 2ª edição.
- TOFFER, A. (1985) - *A terceira onda*, Rio de Janeiro: Ed. Record.
- TOMÉ, B. (s.d.) - *Qualidade, Ambiente e Segurança*”, 1.º Congresso Nacional da qualidade. Revista Opção Q.
- TUCKER, R.B., (1992) - *Gerir o Futuro*, Lisboa: Difusão Cultural.
- TURNER, C.H. (1993) - *Cultura de Empresa – Do Círculo Vicioso ao Círculo Virtuoso*, Editorial Presença, 1ª Edição, Lisboa.
- UVA, A.S. (1988) - *Saúde Ocupacional em Hospitais - Identificação e prevenção das doenças relacionadas com o trabalho*.
- UVA, A.S.; FARIA, M. (1988) - *Diagnóstico e Prevenção das Doenças Profissionais: algumas reflexões*.
- UVA, A.S.; FARIA, M. (1992) - *Riscos Ocupacionais em Hospitais e outros Estabelecimentos de Saúde*, Sindicato Independente dos Médicos e Federação Nacional dos Médicos: Edição conjunta.
- UVA, A.S. (1995) - *Revista Saúde e Trabalho*, Lisboa: Editorial, n.º 0.
- UVA, A.S. (1999) - *Saúde Ocupacional, Ambiente Urbano e Saúde*, Lisboa: Sociedade Portuguesa de pneumologia.
- UVA, A.S.; GRAÇA, L. (2004) - *Glossário: saúde e Segurança no trabalho*, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho, IDICT.
- VALA, J. (2003) - *A Análise de Conteúdo*, in Augusto Santos Silva e José Madureira Pinto (org.), *Metodologia das Ciências Sociais*, Porto, Edições Afrontamento, 12ª Edição (1ª Edição em 1986).
- VEIGA, R.; CABRAL, F. (2000) - *Higiene, Segurança, Saúde e Prevenção de acidentes de Trabalho*, Verlag Dashofer.
- VILLALOBOS, J.O. (1998) - *Los Antecedentes de la Medicina Laboral*, MedSpain, La nueva revista de Medicina y Salud en Internet.
- WEILL, M. (1995) - *A Gestão Estratégica*, Lisboa: Dom Quixote.
- WILLIAM, G. et al (1973) - *Planning a Diagnostic Radiology Department - basic Considerations*, Londres: W.B. Saunders Company.
- WISNER, A. (1987) - *Por dentro do trabalho: ergonomia, método e técnica*, São Paulo: Oboré.
- YIN, R. K. (1997) - *Como realizar um projecto de investigação*, Lisboa: Gradiva.
- ZARAGOZA, J.R. (1992) - *Física e Instrumentacion medicas*, Spain: Masson - Salvat Medicina.

## **Outros documentos:**

### **- Legislação**

DIÁRIO DA REPÚBLICA, *Decreto-Lei n.º 9/92* de 28 de Abril de 1992 - define os valores máximos admissíveis de exposição ao ruído.

DIÁRIO DA REPÚBLICA, *Decreto-Lei n.º 26/94* de 1 de Fevereiro de 1994 - Estabelece o regime de organização e funcionamento das actividades de segurança, higiene e saúde no trabalho.

DIÁRIO DA REPÚBLICA, *Decreto-Lei n.º 82/95* de 22 de Abril, transpõe par a ordem jurídica interna várias directivas que alteram a Directiva n.º 67/548/CEE, de 27 de Julho, relativa à aproximação das disposições legislativas, regulamentares e administrativas respeitantes à classificação, embalagem e rotulagem de substâncias perigosas.

DIÁRIO DA REPÚBLICA, *Decreto-Lei n.º 84/97*, de 16 de Abril, estabelece as regras de protecção dos trabalhadores contra os riscos de exposição a agentes biológicos durante o trabalho.

DIÁRIO DA REPÚBLICA, *Decreto-Lei n.º 93/2005* de 7 de Junho de 2005.

DIÁRIO DA REPÚBLICA, *Decreto-Lei n.º 95/1995* de 9 de Maio de 1995 - Regulamenta a utilização do certificado de homologação, ou certificado de conformidade CE dos equipamentos radiológicos, no caso de equipamento médico pesado.

DIÁRIO DA REPÚBLICA, *Decreto-Lei n.º 109/2000* de 30 de Junho de 2000 - Altera o estabelecido no DL n.º 26/94 de 1 de Fevereiro de 1994. Estabelece o novo regime de organização e funcionamento das actividades de segurança, higiene e saúde no trabalho.

DIÁRIO DA REPÚBLICA, *Decreto-Lei n.º 154-A/2002*, de 11 de Junho, altera o Regulamento para a Notificação de Substâncias Químicas e para a classificação, Embalagem e Rotulagem de Substâncias Perigosas, transpondo para a ordem jurídica interna, a Directiva n.º 2001/59/CE, de 6 de Agosto.

DIÁRIO DA REPÚBLICA, *Decreto-Lei n.º 164/2001*, de 23 de Maio, aprova o regime jurídico da prevenção e controlo dos perigos associados a acidentes graves que envolvem substâncias perigosas, transpondo para a ordem jurídica interna, a Directiva n.º 96/082/CE, de 9 de Dezembro.

DIÁRIO DA REPÚBLICA, *Decreto-Lei n.º 165/2002*, de 17 de Julho - estabelece os princípios gerais de protecção, bem como as competências e atribuições dos organismos e serviços intervenientes na área da protecção contra radiações ionizantes.

DIÁRIO DA REPÚBLICA, *Decreto-Lei n.º 167/2002*, de 18 de Julho - aprova o regime jurídico do licenciamento e do funcionamento das entidades de prestação de serviços na área de protecção contra radiações ionizantes.

DIÁRIO DA REPÚBLICA, *Decreto-Lei n.º 174/2002*, de 25 de Julho - define as regras de intervenção em caso de emergência radiológica ou de exposição prolongada, na sequência de uma emergência radiológica ou de exercício de uma prática ou actividade laboral anterior ou antiga resultantes das aplicações pacíficas da energia nuclear.

DIÁRIO DA REPÚBLICA, *Decreto-Lei n.º 180/2002*, de 8 de Agosto - estabelece as normas relativas à protecção da saúde das pessoas contra os perigos resultantes das radiações ionizantes em exposições radiológicas médicas.

DIÁRIO DA REPÚBLICA, *Decreto – Lei n.º 195-A/2000*, de 22 de Agosto, altera o Regulamento para a notificação de Substâncias Químicas e para a Classificação, Embalagem e Rotulagem de Substâncias Perigosas;

DIÁRIO DA REPÚBLICA, *Decreto-Lei n.º 209/99* de 11 Junho, transpõe para a ordem jurídica interna, a Directiva n.º 97/69/CE, de 5 de Dezembro, e a Directiva n.º 67/548/CEE de 27 de Julho, relativa á aproximação das disposições legislativas, regulamentares e administrativas respeitantes à classificação, embalagem e rotulagem das substâncias perigosas.

DIÁRIO DA REPÚBLICA, *Decreto-Lei n.º 222/2001* de 8 de Agosto, altera o Regulamento para a Notificação de Substâncias Químicas e para a classificação, Embalagem e Rotulagem de Substâncias Perigosas.

DIÁRIO DA REPÚBLICA, *Decreto-Lei n.º 251/87* de 24 de Junho de 1987 - Regulamento geral sobre o Ruído.

DIÁRIO DA REPÚBLICA, *Decreto-Lei n.º 256/2000*, de 17 de Outubro, transpõe para a ordem jurídica interna, as Directivas n.ºs 94/027/CE, de 30 de Junho; 1999/043/CE, de 25 de Maio e 1999/021/CE, de 26 de Maio, relativas à limitação da colocação o mercado e da utilização de algumas substâncias e preparações perigosas.

DIÁRIO DA REPÚBLICA, *Decreto-Lei n.º 273/95* de 23 de Outubro de 1995 - Regulamenta a utilização do certificado de homologação, ou certificado de conformidade CE dos equipamentos radiológicos.

DIÁRIO DA REPÚBLICA, *Decreto-Lei n.º 275/91*, de 7 de Agosto - Regulamenta as medidas especiais de prevenção e protecção da saúde dos trabalhadores contra os riscos de exposição a algumas substâncias químicas.

DIÁRIO DA REPÚBLICA, *Decreto-lei n.º 290/2001*, de 16 de Novembro - Estabelece as regras de protecção, segurança e da saúde dos trabalhadores contra os riscos ligados à exposição a agentes químicos no local de trabalho.

DIÁRIO DA REPÚBLICA, *Decreto-Lei n.º 292/2000* de 14 de Novembro de 2000 - Regulamento geral sobre a poluição sonora.

DIÁRIO DA REPÚBLICA, *Decreto-Lei n.º 330-A/98* de 2 de Novembro, transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 94/69/CE, de 19 de Dezembro, a Directiva n.º 96/54/CE de 30 de Julho e a Directiva n.º 95/56/CE, que alteraram e adaptaram ao progresso técnico a Directiva n.º 67/548/CEE, de 27 de Julho, relativa à aproximação das disposições legislativas, regulamentares e administrativas respeitantes à classificação, embalagem e rotulagem das substâncias perigosas.

DIÁRIO DA REPÚBLICA, *Decreto-Lei n.º 347/93* de 1 de Outubro de 1993 - Transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 89/654/CEE, do conselho, de 30 de Novembro, relativa às prescrições mínimas de segurança e de saúde para os locais de trabalho.

DIÁRIO DA REPÚBLICA, *Decreto-Lei n.º 348/93* de 1 de Outubro de 1993 - Transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 89/656/CEE, do conselho, de 30 de Novembro, relativa às prescrições mínimas de segurança e saúde para a utilização pelos trabalhadores de EPI no trabalho.

DIÁRIO DA REPÚBLICA, *Decreto-Lei n.º 441/1991* de 14 de Novembro de 1991 - Estabelece o regime jurídico do enquadramento da segurança, higiene e saúde no trabalho.

DIÁRIO DA REPÚBLICA, *Decreto-Lei n.º 488/1999* de 17 de Novembro de 1999.

DIÁRIO DA REPÚBLICA, *Decreto-Lei n.º 564/99* de 21 de Dezembro de 1999.

DIÁRIO DA REPÚBLICA, *Decreto-Lei n.º 988/93* de 6 de Outubro de 1993 - Estabelece as prescrições mínimas de segurança e saúde dos trabalhadores na utilização de EPI.

DIÁRIO DA REPÚBLICA, *Decreto-Lei n.º 44 060* de 25 de Novembro de 1961 - Estabelece a protecção das pessoas expostas às radiações ionizantes.

DIÁRIO DA REPÚBLICA, *Decreto-Lei n.º 165/2002*, de 17 de Julho - estabelece os princípios gerais de protecção, bem como as competências e atribuições dos organismos e serviços intervenientes na área da protecção contra radiações ionizantes.

DIÁRIO DA REPÚBLICA, *Decreto-Lei n.º 167/2002*, de 18 de Julho - aprova o regime jurídico do licenciamento e do funcionamento das entidades de prestação de serviços na área de protecção contra radiações ionizantes.

DIÁRIO DA REPÚBLICA, *Decreto-Lei n.º 174/2002*, de 25 de Julho - define as regras de intervenção em caso de emergência radiológica ou de exposição prolongada, na sequência de uma emergência radiológica ou de exercício de uma prática ou actividade laboral anterior ou antiga resultantes das aplicações pacíficas da energia nuclear.

DIÁRIO DA REPÚBLICA, *Decreto-Lei n.º 180/2002*, de 8 de Agosto - estabelece as normas relativas à protecção da saúde das pessoas contra os perigos resultantes das radiações ionizantes em exposições radiológicas médicas.

DIÁRIO DA REPÚBLICA, *Portaria n.º 193/2002*, de 4 De Março, estabelece códigos e modelos dos relatórios de informação de acidentes graves.

DIÁRIO DA REPÚBLICA, *Portaria n.º 732-A/96* de 11 de Dezembro, aprova o Regulamento para a Notificação de Substâncias Perigosas.

DIÁRIO DA REPÚBLICA, *Portaria n.º 987/93* de 6 de Outubro de 1993 - Para dar cumprimento ao Decreto-lei n.º 347/93 de 1 de Outubro de 1993.

DIÁRIO DA REPÚBLICA, *Portaria n.º 1108/2004* de 7 de Setembro de 2004.

DIÁRIO DA REPÚBLICA, *Portaria n.º 1131/1993* de 4 de Novembro de 1993 - Estabelece as exigências essenciais relativas à saúde e segurança a que devem obedecer o fabrico e comercialização de EPI.

DIÁRIO DA REPÚBLICA, *Portaria n.º 1456-A/95* de 11 de Dezembro - Regulamenta as prescrições mínimas de colocação e utilização da sinalização de segurança e de saúde no trabalho. Revoga a portaria n.º 434/83, de 15 de Abril.

DIÁRIO DA REPÚBLICA, *Convenção n.º 155* de 16 de Janeiro 1985

DIÁRIO DA REPÚBLICA, *Convenção n.º 171* de 9 de Setembro de 1994.

DIÁRIO DA REPÚBLICA, *Lei n.º 7/95* de 29 de Março de 1995 - Ratifica o DL n.º 26/94, de 1 de Fevereiro de 1994.

DIÁRIO DA REPÚBLICA, *Lei n.º 27/2002*, de 8 de Novembro - Novo regime jurídico da gestão hospitalar.

DIÁRIO DA REPÚBLICA, *Decreto Regulamentar n.º 6/2001*.

DIÁRIO DA REPÚBLICA, *Decreto Regulamentar n.º 9/90* de 19 de Abril.

*Directiva 97/43 da EURATON* do Conselho (exposição médica), Junho 97.

## **- Outras Fontes**

2nd European Survey on Working Conditions (1996), *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions*, E.U., Dublin, Ireland, <http://www.eurofound.ie/themes/health/survey.html> (2005-05-16)

3rd European Survey on Working Conditions (2000), *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions*, E.U., Dublin, Ireland, <http://www.eurofound.ie/news/News9939.html> (2005-04-18)

Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Adelaide, Austrália, 5 a 9 de Abril de 1998 [www.who.int/hpr/archiv/docs/adelaide.html](http://www.who.int/hpr/archiv/docs/adelaide.html) (2004-04-05)

4.<sup>a</sup> Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 21-25 de Junho de 1997 Jacarta, República da Indonésia [www.who.int/hpr/archiv/docs/jakarta/portuguese2.pdf](http://www.who.int/hpr/archiv/docs/jakarta/portuguese2.pdf) (2004-04-05)

3.<sup>a</sup> Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Sundsvall, Suécia, 9-15 de Junho de 1991 Declaração de Sundsvall sobre Ambientes Favoráveis à Saúde [www.who.int/hpr/archiv/docs/sudsvall.html](http://www.who.int/hpr/archiv/docs/sudsvall.html) (2004-04-05)

DECLARAÇÃO DE LUXEMBURGO sobre Promoção da Saúde no local de Trabalho na União Europeia [www.who.int/hpr/archiv/docs/luxemburgo.html](http://www.who.int/hpr/archiv/docs/luxemburgo.html) (2004-04-05)

CARTA DE OTTAWA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE 1.<sup>a</sup> Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde Ottawa, Canadá, 17-21 Novembro de 1986 [www.who.int/hpr/archiv/docs/ottawa.html](http://www.who.int/hpr/archiv/docs/ottawa.html) (2004-04-05)

ASSOCIAÇÃO DE EMPRESAS DE PORTUGAL (AEP) - Higiene, Segurança no Trabalho “Actual enquadramento legislativo [www.aeportugal.pt](http://www.aeportugal.pt) (2004-07-25)

SAÚDE E SEGURANÇA NO TRABALHO “Acidentes em serviço e doenças profissionais” caracterização geral do regime estabelecido no Decreto-lei n.º 503/99 [www.dgap.gov.pt](http://www.dgap.gov.pt) (2004-04-16)

CNS - Listagem de manuais de Higiene, segurança no Trabalho [www.cns.pt/manuais/hst.html](http://www.cns.pt/manuais/hst.html) (2005-05-02)

CONFEDERAÇÃO GERAL DE TRABALHADORES PORTUGUESES (CGTP) - Conheça os seus direitos “Guia dos direitos dos Trabalhadores” [www.cgtp.pt/temas/direitos/guiadireitoses/cap003.html](http://www.cgtp.pt/temas/direitos/guiadireitoses/cap003.html) (2004-12-10)

GRAÇA, L. (1999) - *A promoção da Saúde no Trabalho: A nova Saúde Ocupacional?* <http://www.terravista.pt/meco/5531/textos72.html> (25-08-2004).

GRAÇA, L. (1999) – *As PME's em Portugal e na União Europeia* <http://www.terravista.pt/meco/5531/textos9.html> (25-08-2004).

GRAÇA, L. (2002) – *Trabalho e Saúde em Portugal e na União Europeia* <http://www.terravista.pt/meco/5531/textos38.html> (25-08-2004).

GRAÇA, L. (2002) – *Novas formas de organização do trabalho. Parte I* <http://www.terravista.pt/meco/5531/textos164.html> (25-08-2004).

GRAÇA, L. (2002) – *Novas formas de organização do trabalho. Parte II* <http://www.terravista.pt/meco/5531/textos165.html> (25-08-2004).

GRAÇA, L. (2002) – *Qualidade e Condições de Trabalho*  
<http://www.terravista.pt/meco/5531/textos6.html> (25-08-2004).

HEALTHY PEOPLE 2000 [Pessoas Saudáveis no Ano 2000], *Office of Disease Prevention Health Promotion*, U.S. Department of Health and Human Services,  
<http://www.odphp.osophs.dhhs.gov/pubs/hp2000/> (15-10-2004).

HOSPITAIS SA - Empresarialização [www.hospitaissa.min\\_saude.pt](http://www.hospitaissa.min_saude.pt) (22-08-2005)

INSPECÇÃO GERAL DO TRABALHO (IGT) - Direitos e Obrigações/Relações de trabalho e Direitos e Obrigações/Segurança e Saúde no Trabalho [www.igt.idict.gov.pt](http://www.igt.idict.gov.pt) (2004-12-10)

INSTITUTO PORTUGUÊS DE QUALIDADE (IPQ) - Orgânica e atribuições  
[www.ipq.pt](http://www.ipq.pt) (2004-07-25)

OBSERVATORIO PORTUGUES DOS SISTEMAS DE SAUDE (OPSS)  
[www.observatorio.org](http://www.observatorio.org) (2005-08-22)

OPSS, WHO, OMS [www.ensp.unl.pt](http://www.ensp.unl.pt) (2004-05-12)

SINDICATO CIENCIAS TECNOLOGIAS DA SAÚDE (SCTS) - Inquérito e Relatório do estudo efectuado junto dos profissionais das tecnologias da saúde [www.scts.pt](http://www.scts.pt) (2005-01-08)

WHO - Publications on Occupational Health, <http://www.who.int/dsa/cat98/occ8.htm> (2005-02-02)

WORK-RELATED LOW BACK DISORDERS [Manual Técnico sobre SH&ST], European Agency Safety and Health at Work, Bilbao, Spain  
<http://www.agency.osha.eu.int/publications/reports/lowback/full.php> (2005-03-31)

## **ANEXOS**

## **ANEXO 1. Questionário**



# Questionário

*sobre*

*Condições de  
Trabalho*

*dos*

*Técnicos de  
Radiologia*



**Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde**

***Área de Especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde***

Este questionário é de **Resposta Individual** e de **Carácter Confidencial**.  
Por favor tente não deixar perguntas sem respostas, mas se as respostas não se aplicarem  
deixe em branco e passe para a seguinte.

## Caracterização da Instituição de Saúde

---

O questionário tem cinco secções (de A a E). Nesta secção, as questões que lhe vão ser postas permitirão fazer uma sumária caracterização do seu Hospital ou Centro de Saúde, nomeadamente em termos técnicos, organizacionais e estratégicos. A expressão Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho aparece abreviada ao longo do questionário (SH&ST).

A maior parte das questões, nesta e nas secções seguintes, são fechadas, devendo a sua resposta ser assinalada por um xis (x) no respectivo círculo (O), cada questão deve ter resposta única, excepto nos casos onde é solicitado várias.

---

Qual o cargo que ocupa, na maior parte do tempo?

- Técnico Coordenador
- Coordenador de turno
- Nenhum cargo de chefia

Qual o regime jurídico da sua instituição de saúde?

- HSA (Hospital Sociedade Anónima)
- HSPA (Hospital Sector Público Administrativo)
- Centro de Saúde

Quando há necessidade de uma tomada de decisão/alteração ou mudança no serviço, o que acontece:

- O Coordenador do serviço deixa correr
- O Coordenador do serviço decide sozinho
- O Coordenador do serviço pede opinião aos técnicos mas não a toma em consideração
- O Coordenador do serviço pede a opinião e quase sempre a considera

Quando tem uma ideia inovadora e julgada pertinente para o serviço costuma partilhar a ideia?

- Sim, com quem?
  - Colegas do serviço
  - Outros profissionais de Saúde
  - Coordenador do serviço
- Não, porquê?
  - Não vai ser ouvido
  - Não vai ser tida em conta a sua opinião
  - Outra razão

É informado sobre novas actividades ou sobre a importância de decisões que impliquem alterações/mudanças significativas?

- Raramente
- Sim
- Não

No hospital, as informações internas são dadas habitualmente:

- Reuniões
- Circulares
- Pessoa a Pessoa

No seu serviço as informações chegam em regra:

- Aos chefes e aos outros profissionais em tempo útil
- Só aos chefes e a alguns profissionais
- Aos chefes e aos outros profissionais muito mais tarde

Qual o n.º de técnicos que entraram e saíram nos últimos cinco anos?

\_\_\_\_\_ Técnicos que entraram

\_\_\_\_\_ Técnicos que saíram

Quais os principais motivos da saída dos técnicos?

- Transferência/Aposentação
- Entrada no quadro
- Melhores perspectivas de desenvolvimento profissional

Os investimentos feitos nos últimos cinco anos, a nível de produtos, processos, instalações e equipamentos, visaram fundamentalmente objectivos de:

- Expansão
- Racionalização
- Substituição
- Melhoria das condições de trabalho geral
- Melhoria das condições de SH&ST
- Não foram feitos investimentos

Como avalia o grau de modernização tecnológica do seu serviço de radiologia, usando uma escala de 1 (Muito baixo) a 5 (Muito alto)?

1 2 3 4 5

Muito baixo OOOOO Muito alto

Quanto ao posto de trabalho que mais frequenta (ex: mamografia), como descreveria relativamente a:  
(Assinale apenas uma resposta em cada um dos itens)

#### 1. Conteúdo do trabalho

- Pobre/Repetitivo
- Rico/Variado

#### 2. Autonomia

- Controlo pelo coordenador
- Autocontrolo

#### 3. Princípio da atribuição de tarefas

(ex: um técnico tem de ir ao bloco operatório, o coordenador distribui o trabalho a quem?)

- A um Técnico de Radiologia
- Equipa (a equipa é que decide quem vai)

#### 4. Base de qualificação

(ex: instalaram um Mamógrafo, como aprendeu?)

- Experiência (aprendeu só praticando)
- Experiência/Formação

O seu hospital/centro de saúde tem um sistema de gestão da qualidade, independentemente desse sistema estar ou não certificado pelo Instituto Português da Qualidade?

- Sim
- Não

## Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho (SH&ST)

Nesta secção, as questões que lhe vão ser postas, têm fundamentalmente a ver com:

- (i) modalidade de organização e funcionamento dos serviços e actividades de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho (SH&ST), nos termos da legislação em vigor;
- (ii) os principais riscos e factores de risco a que estão expostos os trabalhadores;
- (iii) as formas de participação dos técnicos no domínio da SH&ST;
- (iv) em termos mais gerais, a política e a filosofia do seu hospital/centro de saúde neste domínio.

Em matéria de organização e funcionamento dos serviços e actividades de SH&ST, que modalidade foi adoptada pelo seu hospital/centro de saúde?

- Tem serviço de SH&ST
- Não tem serviço de SH&ST
- Recorre a um serviço externo

Na sua opinião, no seu serviço os técnicos de radiologia *ausentam-se* ao serviço por doença/acidente de trabalho com:

(na escala de 1-Muita frequência a 5-Pouca frequência)

1 2 3 4 5

Muita frequência ○○○○○ Pouca frequência

Considerando apenas as baixas por doença e/ou acidente, quais são *as três causas mais frequentes* da ausência:

- Acidentes e lesões
- Stress
- Doenças do foro psiquiátrico
- Doenças do sistema osteomuscular
- Doenças do sistema circulatório
- Doenças do sistema digestivo
- Doenças do sistema respiratório
- Uso indevido da baixa por doença

Para o Conselho de Administração, quais são os *três problemas de saúde* que mais os preocupam, em relação aos estilos de vida dos profissionais?

- Consumo de álcool
- Consumo de droga
- Consumo de tabaco
- Falta de hábitos de exercício físico
- Dificuldade em lidar com o stress
- Condução perigosa
- Alimentação desequilibrada
- Nenhum problema em especial

Na sua opinião, qual é a *principal natureza dos riscos* a que estão expostos a maioria dos Técnicos de Radiologia? (assinale apenas uma resposta)

- Física, química e/ou biológica (por ex: exposição ao ruído, a poeiras, a radiações ou a outros agentes físicos; exposição a substâncias tóxicas, irritantes ou perigosas, de natureza química ou biológica; risco de acidentes ou lesões)
- Psicossocial, mais directamente relacionada com o trabalho (por ex: falta de autonomia, falta de apoio das chefias, conflitos, sobrecarga física ou mental, etc., originando stress)
- Psicossocial, mais directamente relacionada com o indivíduo (por ex: idade, sexo, conhecimentos, atitudes e comportamentos, incluindo os estilos de vida, com reflexos no seu desempenho, satisfação e saúde no trabalho)

10. Em matéria de SH&ST, quais são as **principais formas de participação** dos Técnicos de Radiologia? (assinale só apenas as que os técnicos efectivamente pertencem/participam)

- Representantes eleitos p/ a SH&ST
- Comissão de SH&ST
- Subcomissões de SH&ST
- Comissão de Trabalhadores
- Delegado/Comissão sindical
- Programas de ideias e sugestões
- Grupos de discussão e melhoria
- Grupos de diagnóstico e projecto
- Equipas de trabalho
- Círculos da qualidade
- Boletim/revista do hospital
- Questionários de opinião
- Reuniões gerais c/a direcção
- Reuniões gerais c/as chefias directas
- Nenhuma em especial

11. Numa escala de 1 (Mínimo) a 7 (Máximo), que **importância é atribuída pela direcção à participação** dos Técnicos de Radiologia em matéria de SH&ST?

1 2 3 4 5 6 7  
**Minima Importância** OOOOOOO **Máxima Importância**

12. Independentemente do normativo legal e convencional, quais são **os direitos** que a direcção reconhece, aos colaboradores no domínio da SH&ST? (pode indicar mais que uma resposta)

- Ser informado
- Formação
- Ser consultado
- Eleger representantes
- Conhecer/investigar os riscos
- Recusar o trabalho (em caso de perigo grave e iminente)
- Negociação
- Co-decisão
- Decisão

13. Em suma, quando **comparado com outros hospitais/centros de saúde**, o seu poderia ser caracterizado nestes termos:

(em cada um dos dois itens a seguir assinale só uma resposta, a que julgar mais apropriada)

**1. Quanto às condições de SH&ST e à sua melhoria é um hospital/centro de saúde que:**

- Pode ser tomado como exemplo
- Tem os problemas típicos dos hospitais
- Tem problemas mas sabe como resolvê-los
- Tem problemas mas não sabe como resolvê-los

**2. Quanto à política neste domínio a sua preocupação dominante tem sido:**

- Reparar ou compensar os riscos profissionais
- Prevenir os riscos a nível do indivíduo (ex: protecção individual, vigilância médica)
- Prevenir os riscos a nível do trabalho (ex: protecção colectiva, avaliação ambiental)
- Promover a saúde e o bem-estar de todos (ex: política integrada de saúde e segurança)
- Nenhuma preocupação em especial

## **Políticas, programas e actividades de Saúde**

Nesta secção, que inclui apenas duas questões interessa identificar o número e a natureza das actividades realizadas nos últimos cinco anos, com implicações directas ou indirectas na melhoria da saúde, segurança e bem-estar dos Técnicos de Radiologia. Podemos distinguir cinco grupos principais de actividades:

- 1 - Segurança e Higiene no Trabalho / Melhoria do ambiente físico do trabalho
- 2 - Avaliação de saúde / Vigilância médica / Prestação de cuidados de saúde
- 3 - Prevenção de comportamentos de risco / Promoção de estilos de vida saudáveis
- 4 - Intervenções a nível organizacional / Melhoria do ambiente psicossocial de trabalho
- 5 - Actividades e programas sociais e de bem-estar

Algumas destas actividades podem não ser ditadas exclusivamente por preocupações com a saúde dos trabalhadores, tendo todavia uma maior ou menor componente de saúde (ex: a melhoria da ventilação, o apoio a programas recreativos e culturais). Outras têm um objectivo estritamente disciplinar (ex: a política relativa ao álcool ou à droga pode resumir-se só a testes de despistagem, sem qualquer componente de prevenção da doença ou de apoio ao trabalhador). Neste caso não devem ser consideradas como iniciativas de saúde.

Reportando aos últimos cinco anos, que políticas, programas e actividades foram (ou estão a ser) realizadas no hospital/centro de saúde, com o objectivo mais ou menos explícito de prevenir as doenças e os acidentes, proteger a saúde dos trabalhadores, promover o seu bem-estar físico, mental e social, e em última análise melhorar o ambiente do trabalho? (assinale apenas as acções realizadas ou em curso)

### **1. Segurança e Higiene no Trabalho / Melhoria do ambiente físico do trabalho**

- Vestuário/equipamento de protecção individual
- Controlo de substâncias tóxicas, irritantes ou perigosas
- Protecção colectiva dos equipamentos
- Automatização de operações perigosas
- Prevenção e redução do ruído
- Auditorias ambientais periódicas  
(ex: água, ar, resíduos sólidos)
- Prevenção e redução dos acidentes de trabalho
- Sistema de sinalização de SH&ST
- Melhoria da iluminação
- Melhoria do conforto térmico/climatização
- Melhoria dos espaços de trabalho individuais
- Melhoria da ordem e limpeza
- Avaliação periódica das condições físicas de trabalho
- Formação/treino em SH&ST

### **2. Avaliação da saúde / Vigilância médica / Prestação de cuidados de saúde**

- Exames de vigilância médica periódica
- Exames iniciais e ocasionais  
(ex: selecção, alta, mudança de categoria)
- Tratamento e reabilitação de doenças relacionadas com o trabalho
- Consultas regulares de clínica geral
- Consultas regulares de outras especialidades médicas
- Apoio do pessoal de enfermagem
- Apoio de outros profissionais de saúde  
(ex: fisioterapia, psiquiatria, dietista)
- Vacinação (ex: gripe, hepatite, tétano)

### **3. Prevenção de comportamentos de risco / Promoção de estilos de vida saudáveis**

- Consumo de álcool
- Consumo de tabaco
- Consumo de droga
- Actividade física

- Informação/educação (ex: posters, placard)
- Formação/ensino de grupos
- Nutrição
- Acidentes de trajecto
- Controlo da tensão arterial
- Controlo de peso

**4. Intervenções a nível organizacional / Melhoria do ambiente psicossocial de trabalho**

- Reestruturação do trabalho (trabalho em equipas)
- Flexibilização do tempo de trabalho (pausas, horários)
- Reestruturação dos turnos/trabalho nocturno
- Política de absentismo orientada p/a a prevenção
- Sistemas participativos como a gestão da qualidade total (TQM)
- Formação/Treino em comportamento organizacional
- Formação/Treino em gestão de recursos humanos
- Ergonomia do posto de trabalho

**5. Actividades e programas sociais e de bem-estar**

- Infra-estrutura p/a prática de actividade física no local de trabalho
- Instalações p/a os técnicos (sala repouso/convívio/refeitório)
- Programas de assistência não clínica/grupos de auto-ajuda (ex: Alcoólicos Anónimos)
- Transportes fornecidos pelo hospital
- Formação/treino em gestão do stress
- Apoio a actividades recreativas e culturais/festas
- Protecção social complementar (ex: seguro de saúde)
- Outras formas de acção social complementar (ex: creche)
- Aconselhamento psicológico/assistência sociofamiliar
- Boletim/outras formas de comunicação

■ Estas políticas, programas e actividades visam exclusivamente a saúde dos trabalhadores ou são ditadas por outras razões extrínsecas?

(Admite-se que algumas destas iniciativas possam ser ditadas exclusivamente por preocupações com a saúde, a segurança e o bem-estar, outras poderão também ter em consideração, para além da saúde, preocupações com o aumento da produtividade, da qualidade e da competitividade; finalmente, poderá haver um terceiro grupo de iniciativas que nada tenham a ver com a saúde, só em pequena parte)

**1. Segurança e Higiene no Trabalho / Melhoria do ambiente físico do trabalho**

- De modo nenhum visam a saúde
- Só em pequena parte
- Em parte
- Em grande parte
- Visam exclusivamente a saúde

**2. Avaliação da saúde / Vigilância médica / Prestação de cuidados de saúde**

- De modo nenhum visam a saúde
- Só em pequena parte
- Em parte
- Em grande parte
- Visam exclusivamente a saúde

**3. Prevenção de comportamentos de risco / Promoção de estilos de vida saudáveis**

- De modo nenhum visam a saúde
- Só em pequena parte
- Em parte

- Em grande parte
- Visam exclusivamente a saúde

**4. Intervenções a nível organizacional / Melhoria do ambiente psicossocial de trabalho**

- De modo nenhum visam a saúde
- Só em pequena parte
- Em parte
- Em grande parte
- Visam exclusivamente a saúde

**5. Actividades e programas sociais e de bem-estar**

- De modo nenhum visam a saúde
- Só em pequena parte
- Em parte
- Em grande parte
- Visam exclusivamente a saúde

**Planeamento, implementação e avaliação das actividades**

*Nesta secção, importa saber o seguinte: (i) as razões por que este hospital/centro de saúde investe na saúde e segurança dos seus profissionais; (ii) a metodologia de acção que está a ser utilizada; e, nomeadamente, qual o grau de participação dos diferentes actores nas diferentes fases do processo; (iii) os obstáculos que se deparam neste domínio, bem como (iv) os benefícios obtidos e esperados.*

**11** Enumere os *três principais motivos ou problemas* que levam a direcção a tomar iniciativas que têm por objectivo (não só mas também) a melhoria da saúde dos profissionais?

- Absentismo em geral
- Baixas por doença
- Frequência/gravidade dos acidentes
- Clima organizacional
- Normativo legal e convencional
- Rotação de pessoal (ou saída)
- Aumento dos custos com o pessoal
- Produtividade/Qualidade/Competitividade
- Melhoria explícita da saúde
- Filosofia/cultura da empresa
- Imagem externa/Prestígio
- Reestruturação/Reconversão

**12** A *participação dos trabalhadores* nas fases de planeamento e implementação deste tipo de actividades, pode assumir diferentes níveis:

**Na fase de planeamento, em geral os Técnicos de Radiologia**

- São os principais responsáveis
- Participam na negociação e decisão
- São consultados
- São apenas informados
- Sem qualquer participação



***Na fase de implementação, em geral os Técnicos de Radiologia***

- São os principais responsáveis
- Participam na negociação e decisão
- São consultados
- São apenas informados
- Sem qualquer participação

■ De acordo com a sua opinião, quais são os ***três principais obstáculos*** para que a implementação destas iniciativas tenham êxito:

- Falta de tempo
- Dificuldade de financiamento
- Falta de equipamento/instalações
- Falta de empenho da direcção
- Falta de empenho do pessoal
- Falta de apoio externo
- Falta de enquadramento legal
- Falta de especialistas nestas áreas
- Falta de empenho do serviço de SH&ST
- Problemas de articulação/comunicação
- Conflito com a produção

■ De acordo com a sua opinião, quais são os ***três principais factores que facilitam*** a realização destes programas e actividades?

- Política de SH&ST
- Orçamento específico para SH&ST
- Sentido de responsabilidade social
- Existência de um serviço interno de SH&ST
- Equipa multidisciplinar
- Informação sobre os custos de não qualidade
- Empenho do Conselho de Administração
- Empenho das chefias directas
- Empenho de todos os profissionais
- Empenho do médico do trabalho

■ De acordo com a sua opinião, quais são os ***três principais benefícios*** que se obtém ao se adoptar medidas com vista a melhorar a saúde dos profissionais?

- Melhoria da saúde
- Cumprimento da legislação
- Redução com os custos com a doença/acidentes
- Melhoria da imagem externa
- Melhoria das relações colectivas
- Melhoria do ambiente de trabalho
- Melhoria do nível de participação
- Reforço da motivação e satisfação
- Redução do absentismo (nº de baixas)
- Melhoria da produtividade
- Melhoria da competitividade
- Melhoria da qualidade
- Nenhum benefício em especial

## Planos e prioridades. Questões finais

Nesta última secção, gostaria de saber que prioridade deveria ser atribuída à melhoria da saúde dos profissionais. (por ex: em relação a outros objectivos de gestão como a qualidade, a produtividade, a protecção ambiental, etc.)

■ Numa escala de 1 (Mínimo) a 7 (Máximo), que *prioridade* é que deveria ser atribuída, no futuro, à melhoria da saúde dos profissionais?

1 2 3 4 5 6 7  
Minima prioridade OOOOOOO Máxima prioridade

■ E presentemente, que prioridade é que o *seu hospital/centro de saúde* atribui, em sua opinião, à melhoria da saúde dos profissionais?

1 2 3 4 5 6 7  
Minima prioridade OOOOOOO Máxima prioridade

■ Pensando na generalidade das *instituições de saúde do Ministério da Saúde*, em seu entender, que prioridade é que elas atribuem à melhoria da saúde dos profissionais?

1 2 3 4 5 6 7  
Minima prioridade OOOOOOO Máxima prioridade

■ Estão em curso ou estão previstos *novos programas, actividades no dominio da saúde*, que não tenham sido mencionados na Secção C? (lista das principais áreas)

Sim Não

- Segurança e Higiene no Trabalho / Melhoria do ambiente físico do trabalho
- Avaliação de saúde / Vigilância médica / Prestação de cuidados de saúde
- Prevenção de comportamentos de risco / Promoção de estilos de vida saudáveis
- Intervenções a nível organizacional / Melhoria do ambiente psicossocial de trabalho
- Actividades e programas sociais e de bem-estar

■ Responda, por favor, às questões finais:

Sim Não

- Tem interesse pessoal em adquirir mais informação nesta temática da SH&ST e Promoção da saúde no trabalho
- Estará, receptivo à formação nesta temática da SH&ST e Promoção da saúde no trabalho
- Gostaria de ter um papel activo e mais participativo nas actividades de Promoção de saúde no trabalho

*Fim do questionário.*

*Fico-lhe muito grato pelo tempo e atenção que me dispensou, respondendo a este questionário. Em meu nome e da Universidade de Évora / Escola Superior da Tecnologia da Saúde de Lisboa, desejo-lhe os maiores sucessos para si como Técnico de Radiologia e para o seu Hospital/Centro de Saúde.*

*Paulo Pereira*

## **ANEXO 2. Pedido para utilização do questionário**

Exmo. Sr. Prof. Doutor  
Luís Manuel da Graça Henriques

**ASSUNTO: Pedido de autorização para utilizar o questionário da sua tese de doutoramento.**

Paula Cristina Matos Moreira Maia Pereira, Técnica de Radiologia do quadro do Hospital Nossa Senhora da Graça - Tomar do Centro Hospitalar Médio Tejo – SA a frequentar na Universidade de Évora / ESTeSL o Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde com a especialização em Política e Gestão de Serviços da Saúde, vem por este meio solicitar a V. Ex.<sup>a</sup> a autorização para utilizar o questionário “Questionário sobre Política da Saúde no Local de Trabalho” da sua tese de candidatura ao grau de Doutor em Saúde Pública na especialidade de Saúde Ocupacional pela Universidade Nova de Lisboa.

Sem outro assunto, agradecendo desde já a disponibilidade, encontrando-me ao dispor para qualquer esclarecimento com o Tel. 919580978 ou Hospital de Tomar Serviço de Radiologia com o Tel. 249 320100 Extensão 2811 e Fax nº 249320122.

Com os meus cumprimentos,

Tomar, 03 de Agosto de 2005

---

(Paula Cristina Pereira)

Dra. Paula Pereira:

Serve este meio para confirmar, formalmente, a minha autorização para o devido uso do questionário da minha autoria, a que se refere no seu anexo (Política de saúde no local de trabalho). Essa autorização já tinha sido dada por mim por via telefónica. Gostaria depois de conhecer um resumo do seu trabalho. Com os meus melhores cumprimentos pessoais. Luís Graça

---

**From:** paulammpereira@iol.pt [mailto:paulammpereira@iol.pt]

**Sent:** quarta-feira, 14 de Setembro de 2005 14:30

**To:** Luís Graça

**Subject:** Autorização para autorização do Questionário

### **ANEXO 3. Pedido para aplicação dos questionários**

Exmo. Sr. Director do Centro  
Hospitalar de Caldas da Rainha

**ASSUNTO: Pedido de autorização para entrevistar os Técnicos de Radiologia por meio de um questionário.**

Paula Cristina Matos Moreira Maia Pereira, Técnica de Radiologia do quadro do Hospital Nossa Senhora da Graça - Tomar do Centro Hospitalar Médio Tejo – SA a frequentar o Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde com a especialização em Política e Gestão de Serviços da Saúde, vem por este meio solicitar a V. Ex.<sup>a</sup> a autorização para entrevistar os Técnicos de Radiologia por meio de um questionário e se possível disponibilizar a informação do número de Técnicos de Radiologia.

Sem outro assunto, agradecendo desde já a disponibilidade, encontrando-me ao dispor para qualquer esclarecimento com o Tel. 919580978 ou Hospital de Tomar Serviço de Radiologia com o Tel. 249 320100 Extensão 2811 e Fax nº 249320122.

Com os meus cumprimentos,

Tomar, 06 de Janeiro de 2005

Exmo. Sr. Director do  
Centro Hospitalar Médio Tejo

**ASSUNTO: Pedido de autorização para entrevistar os Técnicos de Radiologia por meio de um questionário.**

Paula Cristina Matos Moreira Maia Pereira, Técnica de Radiologia do quadro do Hospital Nossa Senhora da Graça - Tomar do Centro Hospitalar Médio Tejo – SA a frequentar o Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde com a especialização em Política e Gestão de Serviços da Saúde, vem por este meio solicitar a V. Ex.<sup>a</sup> a autorização para entrevistar os Técnicos de Radiologia por meio de um questionário e se possível disponibilizar a informação do número de Técnicos de Radiologia.

Sem outro assunto, agradecendo desde já a disponibilidade, encontrando-me ao dispor para qualquer esclarecimento com o Tel. 919580978 ou Hospital de Tomar Serviço de Radiologia com o Tel. 249 320100 Extensão 2811 e Fax nº 249320122.

Com os meus cumprimentos,

Tomar, 06 de Janeiro de 2005



sem prejuizo de autorizaçao posterior,  
que pode ser conferido de  
de acordo com o 01/01/10  
11/01/10

Exmo. Sr. Director do  
Centro Hospitalar Médio Tejo

**ASSUNTO: Pedido de autorização para entrevistar os Técnicos de Radiologia por meio de um questionário.**

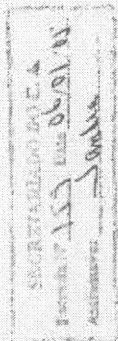
Paula Cristina Matos Moreira Maia Pereira, Técnica de Radiologia do quadro do Hospital Nossa Senhora da Graça - Tomar do Centro Hospitalar Médio Tejo - SA a frequentar o Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde com a especialização em Política e Gestão de Serviços da Saúde, vem por este meio solicitar a V. Ex.ª a autorização para entrevistar os Técnicos de Radiologia por meio de um questionário e se possível disponibilizar a informação do número de Técnicos de Radiologia.

Sem outro assunto, agradecendo desde já a disponibilidade, encontrando-me ao dispor para qualquer esclarecimento com o Tel. 919580978 ou Hospital de Tomar Serviço de Radiologia com o Tel. 249 320100 Extensão 2811 e Fax nº 249320122.

Com os meus cumprimentos,

Tomar, 06 de Janeiro de 2005

*Paula Cristina Pereira*



CENTRO HOSPITALAR M.º MÉDIO TEJO  
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA GRAÇA - TOMAR  
SECRETARIATO  
RECEBIDO EM 10 01 2005  
POR: *Uesha* 1713

Autização e aplicação de  
Quitação, de acordo com a  
previsão do art. 215  
Três cursos concluídos  
de cada Unidade. // acm.

Exmo. Sr. Coordenador da  
Sub-região de Saúde de Leiria

**ASSUNTO: Informação sobre o número de Técnicos de Radiologia a exercer funções nos Centros de Saúde e Hospitais do Distrito de Leiria.**

Paula Cristina Matos Moreira Maia Pereira, Técnica de Radiologia do quadro do Hospital Nossa Senhora da Graça - Tomar do Centro Hospitalar Médio Tejo – SA a frequentar o Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde com a especialização em Política e Gestão de Serviços da Saúde, vem por este meio solicitar a V. Ex.<sup>a</sup> algumas informações e a autorização para entrevistar os Técnicos de Radiologia por meio de um questionário.

As informações pretendidas, caso seja possível, são as seguintes:

- A listagem dos Centros de Saúde e Hospitais do distrito;
- O número de Técnicos de Radiologia existentes nos centros de saúde e hospitais do distrito de Leiria e a sua distribuição;
- Quais os centros de saúde com Radiologia.

Sem outro assunto, agradecendo desde já a disponibilidade, encontrando-me ao dispor para qualquer esclarecimento com o Tel. 969002118 ou Hospital de Tomar Serviço de Radiologia com o Tel. 249 320100 Extensão 2811 e Fax nº 249320122.

Com os meus cumprimentos,

Tomar, 17 de Dezembro de 2004



ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO

SUB-REGIÃO DE SAÚDE DE LEIRIA

Av. Heróis de Angola, n.º 59  
Apartado 3000  
Telef. 812200  
Telex 43962 ARSI. P. - Telefax 811758  
2403 LEIRIA CODEX

Telecópia n.º 25

DE : SUB-REGIÃO DE SAÚDE DE LEIRIA - DGRH  
PARA : PAULA CRISTINA MATOS MOREIRA MAIA PEREIRA - TÉCNICA DE  
RADIOLOGIA DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA GRACA - TOMAR

N.º Folhas

**Assunto: Pedido de elementos**

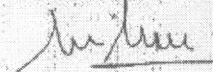
De acordo com o solicitado informamos V. Ex.ª que está autorizada a contactar os técnicos desta Instituição, pelo que anexamos lista de Centros de Saúde e Hóspitais existentes no Distrito, informando que apenas existe serviço de Radiologia nos Centros de Saúde a seguir indicados:

- > Centro de Saúde da Nazaré - 1 técnico
- > Centro de Saúde do Bombarral - 1 técnico
- > Centro de Saúde de Leiria - CPD - 1 técnico

Quanto aos hospitais desconhecemos quais os que têm esse Serviço, pelo que a informação concreta passará, salvo melhor opinião, pelo contacto directo com cada um, dada a sua autonomia.

Com os melhores cumprimentos,

O COORDENADOR

  
(Luis Morato, Dr.)

Anexo: 2 folhas

/BH

Exmo. Sr.

Presidente do Conselho de Administração  
do Hospital Bernardino Lopes de Oliveira  
Alcobaça

**ASSUNTO: Pedido de autorização para entrevistar os Técnicos de Radiologia por meio de um questionário.**

Paula Cristina Matos Moreira Maia Pereira, Técnica de Radiologia do quadro do Hospital Nossa Senhora da Graça - Tomar do Centro Hospitalar Médio Tejo – SA a frequentar o Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde com a especialização em Política e Gestão de Serviços da Saúde, vem por este meio solicitar a V. Ex.<sup>a</sup> a autorização para entrevistar os Técnicos de Radiologia por meio de um questionário e se possível disponibilizar a informação do número de Técnicos de Radiologia.

Sem outro assunto, agradecendo desde já a disponibilidade, encontrando-me ao dispor para qualquer esclarecimento com o Tel. 919580978 ou Hospital de Tomar Serviço de Radiologia com o Tel. 249 320100 Extensão 2811 e Fax nº 249320122.

Com os meus cumprimentos,

Tomar, 06 de Janeiro de 2005

Exmo. Sr.  
Presidente do Conselho de Administração  
do Hospital Distrital de Santarém

**ASSUNTO: Pedido de autorização para entrevistar os Técnicos de Radiologia por meio de um questionário.**

Paula Cristina Matos Moreira Maia Pereira, Técnica de Radiologia do quadro do Hospital Nossa Senhora da Graça - Tomar do Centro Hospitalar Médio Tejo – SA a frequentar o Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde com a especialização em Política e Gestão de Serviços da Saúde, vem por este meio solicitar a V. Ex.<sup>a</sup> a autorização para entrevistar os Técnicos de Radiologia por meio de um questionário e se possível disponibilizar a informação do número de Técnicos de Radiologia.

Sem outro assunto, agradecendo desde já a disponibilidade, encontrando-me ao dispor para qualquer esclarecimento com o Tel. 919580978 ou Hospital de Tomar Serviço de Radiologia com o Tel. 249 320100 Extensão 2811 e Fax nº 249320122.

Com os meus cumprimentos,

Tomar, 06 de Janeiro de 2005

Exmo. Sr.  
Presidente do Conselho de Administração  
do Hospital Stº André  
Leiria

**ASSUNTO: Pedido de autorização para entrevistar os Técnicos de Radiologia por meio de um questionário.**

Paula Cristina Matos Moreira Maia Pereira, Técnica de Radiologia do quadro do Hospital Nossa Senhora da Graça - Tomar do Centro Hospitalar Médio Tejo – SA a frequentar o Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde com a especialização em Política e Gestão de Serviços da Saúde, vem por este meio solicitar a V. Ex.<sup>a</sup> a autorização para entrevistar os Técnicos de Radiologia por meio de um questionário e se possível disponibilizar a informação do número de Técnicos de Radiologia.

Sem outro assunto, agradecendo desde já a disponibilidade, encontrando-me ao dispor para qualquer esclarecimento com o Tel. 919580978 ou Hospital de Tomar Serviço de Radiologia com o Tel. 249 320100 Extensão 2811 e Fax nº 249320122.

Com os meus cumprimentos,

Tomar, 06 de Janeiro de 2005

Exmo. Sr.  
Presidente do Conselho de Administração  
do Hospital de D. Pedro Gonçalo Telmo  
Peniche

**ASSUNTO: Pedido de autorização para entrevistar os Técnicos de Radiologia por meio de um questionário.**

Paula Cristina Matos Moreira Maia Pereira, Técnica de Radiologia do quadro do Hospital Nossa Senhora da Graça - Tomar do Centro Hospitalar Médio Tejo – SA a frequentar o Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde com a especialização em Política e Gestão de Serviços da Saúde, vem por este meio solicitar a V. Ex.<sup>a</sup> a autorização para entrevistar os Técnicos de Radiologia por meio de um questionário e se possível disponibilizar a informação do número de Técnicos de Radiologia.

Sem outro assunto, agradecendo desde já a disponibilidade, encontrando-me ao dispor para qualquer esclarecimento com o Tel. 919580978 ou Hospital de Tomar Serviço de Radiologia com o Tel. 249 320100 Extensão 2811 e Fax nº 249320122.

Com os meus cumprimentos,

Tomar, 06 de Janeiro de 2005



Exmo. Sr.  
Presidente do Conselho de Administração  
do Hospital Distrital de Pombal

**ASSUNTO: Pedido de autorização para entrevistar os Técnicos de Radiologia por meio de um questionário.**

Paula Cristina Matos Moreira Maia Pereira, Técnica de Radiologia do quadro do Hospital Nossa Senhora da Graça - Tomar do Centro Hospitalar Médio Tejo – SA a frequentar o Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde com a especialização em Política e Gestão de Serviços da Saúde, vem por este meio solicitar a V. Ex.<sup>a</sup> a autorização para entrevistar os Técnicos de Radiologia por meio de um questionário e se possível disponibilizar a informação do número de Técnicos de Radiologia.

Sem outro assunto, agradecendo desde já a disponibilidade, encontrando-me ao dispor para qualquer esclarecimento com o Tel. 919580978 ou Hospital de Tomar Serviço de Radiologia com o Tel. 249 320100 Extensão 2811 e Fax nº 249320122.

Com os meus cumprimentos,

Tomar, 06 de Janeiro de 2005

Exmo. Sr. Director do Departamento  
De Modernização e Recursos Humanos da Saúde

**ASSUNTO: Informação sobre o número de Técnicos de Radiologia a exercer funções nos Centros de Saúde e Hospitais do Distrito de Santarém.**

Paula Cristina Matos Moreira Maia Pereira, Técnica de Radiologia do quadro do Hospital Nossa Senhora da Graça - Tomar do Centro Hospitalar Médio Tejo – SA a frequentar o Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde com a especialização em Política e Gestão de Serviços da Saúde, vem por este meio solicitar a V. Ex.<sup>a</sup> algumas informações e a autorização para entrevistar os Técnicos de Radiologia por meio de um questionário.

As informações pretendidas, caso seja possível, são as seguintes:

- A listagem dos Centros de Saúde e Hospitais do distrito;
- O número de Técnicos de Radiologia existentes nos centros de saúde e hospitais do distrito de Santarém e a sua distribuição;
- Quais os centros de saúde com Radiologia.

Sem outro assunto, agradecendo desde já a disponibilidade, encontrando-me ao dispor para qualquer esclarecimento com o Tel. 969002118 ou Hospital de Tomar Serviço de Radiologia com o Tel. 249 320100 Extensão 2811 e Fax nº 249320122.

Com os meus cumprimentos,

Tomar, 17 de Dezembro de 2004

00446 10/01'05

Ex.ma Senhora  
Paula Cristina Matos Moreira Maia  
Pereira  
Hospital Nossa Senhora da Graça  
Tomar - Serviço de Radiologia  
Av. Maria de Lourdes de Melo e Castro  
Apartado - 118  
2304- 909 TOMAR

V.ª/REF.ª: Fax de 2004-12-17  
N.ª/REF.ª: Reg. 14526 de 2004-12-21

**Assunto:** Pedido de dados  
Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica - Área de Radiologia no  
Distrito de Santarém

Relativamente ao assunto em epígrafe, junto enviamos os dados solicitados.

Mais se informa que a autorização para entrevistar os Técnicos de Radiologia,  
por meio de um questionário, deverá ser obtida junto do responsável de cada  
uma das instituições visadas.

Com os melhores cumprimentos,

O DIRECTOR GERAL



( Pedro Portugal )

**Instituições de Saúde do Distrito de Santarém  
Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica - Radiologia**

Hospitais	N.º Técnicos
Centro Hospitalar Médio Tejo, S.A.	28
Hospital Distrital de Santarém, S.A.	17
<b>Total</b>	<b>45</b>

Centros de Saúde	N.º Técnicos
Centro de Saúde de Abrantes	
Centro de Saúde de Alcanena	1
Centro de Saúde de Almeirim	
Centro de Saúde de Alpiarça	
Centro de Saúde de Benavente	2
Centro de Saúde de Cartaxo	2
Centro de Saúde de Chamusca	2
Centro de Saúde de Constância	
Centro de Saúde de Coruche	2
Centro de Saúde de Entroncamento	
Centro de Saúde de Fátima	
Centro de Saúde de Ferreira do Zézere	
Centro de Saúde de Golegã	
Centro de Saúde de Mação	
Centro de Saúde de Ourém	2
Centro de Saúde de Rio Maior	3
Centro de Saúde de Santarém	1
Centro de Saúde de Sardoal	
Centro de Saúde de Savaterra de Magos	
Centro de Saúde de Tomar	
Centro de Saúde de Torres Novas	
Centro de Saúde de Vila Nova da Barquinha	
<b>Total</b>	<b>15</b>

Fonte: DMRS - Dados reportados a 2003-12-31

## **ANEXO 4. Plano de Formação para Técnicos Coordenadores**

Acção de formação:

Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho para chefias directas

Fundamentação:

Os hospitais “empresas humanas” com particularidades quer a nível técnico quer a nível organizacional que os distinguem de outras empresas, têm igualmente problemas específicos de Saúde, Higiene e Segurança no Trabalho, problemas que se prendem com as repercussões do trabalho, na saúde dos trabalhadores. Com a presente acção de formação pretende-se introduzir os profissionais nesta problemática para ulterior criação de um serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho.

Objectivos:

Sensibilizar o conselho de administração e outro pessoal com funções de direcção ou chefia para os problemas de segurança, higiene e saúde no trabalho, por forma a permitir melhorar as condições de trabalho e proteger a saúde dos profissionais de saúde.

Destinatários:

Pessoal dirigente, directores de serviço, chefias intermédias, enfermeiros chefes e técnicos coordenadores.

Programa:

1. Segurança, Higiene e Saúde
  - a) Introdução (Conceitos, objectivos, campo de acção)
  - b) Natureza dos riscos e factores de risco
  - c) Acidentes de trabalho
  - d) Doenças profissionais
  - e) Metodologia geral de avaliação e prevenção dos riscos profissionais. Alguns aspectos genéricos sobre reparação dos danos para a saúde resultantes de acidentes de trabalho e doenças profissionais.
2. Ergonomia
  - a) Introdução (Definição e objectivos)
  - b) Principais critérios utilizados em Ergonomia
  - c) Noções elementares de metodologia ergonómica
  - d) A Ergonomia Hospitalar: justificação, origens, evolução e situação actual
  - e) O trabalho dos Profissionais de saúde (ex: médicos, técnicos e enfermeiros) encarado numa perspectiva ergonómica; exigências (físicas e ambientais), condições inerentes à organização do trabalho e suas consequências para os trabalhadores e para o funcionamento do sistema “homem-trabalho” (absentismo).
3. Patologia profissional em meio hospitalar
  - a) Alguns aspectos particulares sobre as condições de trabalho e os riscos para a saúde nas diversas categorias profissionais.
  - b) Acidentes de trabalho e doenças profissionais propriamente ditas (dermatoses, intoxicações, doenças causadas por radiações ionizantes e doenças devidas a agentes animados). As doenças não profissionais e o trabalho em meio hospitalar.
4. A organização de serviços de SH&ST em hospitais: modelos e perspectivas

Horário: Duração de 40 horas.

Avaliação:

Realização de uma ficha de trabalho que permita avaliar os conhecimentos adquiridos durante a formação.

Fonte: Carlos Silva Santos e António Sousa Uva (1998)

## **ANEXO 5. Plano de Formação para Técnicos de Radiologia**

**Acção de formação:**

Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho para Técnicos de Radiologia

**Fundamentação:**

Dotar os técnicos de radiologia de conhecimentos adequados para poderem cumprir as regras genéricas de SH&ST e as específicas do serviço de radiologia.

Munir os técnicos de radiologia de hábitos de segurança para o desempenho da profissão.

**Objectivos:**

Sensibilizar os TR para os problemas de segurança, higiene e saúde no trabalho, por forma a permitir melhorar as condições de trabalho e proteger a sua saúde.

**Destinatários:**

Técnicos de radiologia

**Programa:**

1. Introdução à Segurança, Higiene e Saúde no local de trabalho
2. Identificação de factores de risco potencial no local de trabalho
3. Controlo dos riscos potenciais ligados à radiologia
4. Prevenção de acidentes e doenças profissionais
5. Relação "trabalho-saúde"
6. Equipamentos de protecção individual
7. Sinalização de segurança
8. Manuseamento de cargas e postura
9. Perigo de incêndio
10. Situações de emergência
11. Legislação aplicável

**Horário:**

A formação será em horário laboral.

Das 9.30H às 12.30H e das 14.00H às 17H

**Duração:**

Os grupos de matérias constantes do programa serão apresentados em sete sessões de 6 horas cada, o que perfaz uma carga horária global de 42 horas.

**Avaliação:**

Realização de uma ficha de trabalho que permita avaliar os conhecimentos adquiridos durante a formação.