

Mónica Sofia Cândido da Silva

**A PERCEÇÃO DO RISCO OCUPACIONAL EM
AJUDANTES DE AÇÃO DIRETA NUM LAR DA
REGIÃO CENTRO**

**Dissertação no âmbito do Mestrado de Saúde Ocupacional, orientada pelo Professor
Doutor António Jorge Correia Gouveia Ferreira e apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de Coimbra.**

Junho de 2020

AGRADECIMENTOS

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

Um agradecimento especial ao orientador desta dissertação, Sr. Professor Doutor António Jorge Correia Gouveia Ferreira pela orientação, disponibilidade, incentivo e apoio para a realização deste trabalho, possibilitando o desenvolvimento do processo de aprendizagem que me permitiu crescer profissional e pessoalmente.

A todos os colaboradores que aceitaram participar neste estudo e prontamente preencheram os questionários distribuídos, permitindo a realização deste trabalho.

Aos meus colegas e amigos, pelo companheirismo durante esta jornada.

À minha família, pelo apoio de sempre. Um agradecimento especial ao meu marido, por estar sempre presente, pela ajuda incondicional durante toda a realização deste trabalho e por me fazer acreditar que a sua concretização era possível!

Por fim, a todos os que de alguma forma contribuíram para a concretização deste trabalho, que por serem de tal modo importantes, ficarão para sempre lembrados...

O meu muito obrigado!

RESUMO

Os lares de idosos são espaços com características específicas, onde a garantia de condições de trabalho saudáveis é fundamental para o bem-estar dos trabalhadores e dos idosos.

Os profissionais que exercem a sua função em lares estão cada vez mais expostos a diversos riscos ocupacionais. Por isso importa refletir acerca dos fundamentos teóricos e dos métodos relacionados com a avaliação dos riscos ocupacionais, bem como os meios utilizados na implementação de medidas efetivas que resultem numa estratégia preventiva ocupacional.

Tendo em conta esta premissa, pretendeu-se realizar um estudo que contribua para o desenvolvimento da temática “perceção do risco ocupacional em ajudantes de ação direta num Lar, na Região Centro” relativamente a diversas dimensões do risco ocupacional. O objetivo geral deste estudo é avaliar a perceção dos riscos ocupacionais destes profissionais. Pretendeu-se ainda conhecer os fatores que poderão estar associados à sua perceção dos riscos ocupacionais.

Para obtenção desses dados foi criado, como instrumento de investigação, um questionário com objetivo de fazer a caracterização sociodemográfica da população em estudo, a caracterização do contexto de trabalho, identificar e analisar os fatores de risco relacionados com a profissão, bem como recolher dados sobre a perceção dos riscos destes profissionais. Os dados foram tratados através do software estatístico IBM SPSS versão 25.0. A interpretação dos testes estatísticos foi realizada com base no nível de significância de $p=0,05$, com intervalo de confiança de 95%.

A amostra é constituída por 39 participantes, a sua totalidade mulheres, maioritariamente casadas, tendo mais de 10 anos de experiência profissional e trabalhando 40 horas semanais. A maioria dos participantes tem entre os 7 e 9 anos de escolaridade. Neste trabalho, podemos concluir que os fatores sociodemográficos não influenciaram a perceção dos riscos ocupacionais a que os profissionais em estudo estão expostos durante a sua atividade laboral.

As 39 participantes já frequentaram ações de formação sobre higiene, saúde e segurança no trabalho e apenas 12,8% dos intervenientes refere ter sofrido um acidente de trabalho.

Após análise das respostas, comprova-se que os colaboradores reconhecem a existência de perigos no desempenho das suas funções. Afirmam saber quais os comportamentos adequados para determinadas situações de trabalho, reconhecendo que a formação em saúde e segurança no trabalho, é fundamental para se sentirem confiantes na sua atividade profissional.

PALAVRAS-CHAVE: Riscos ocupacionais; Perceção do risco; Ajudantes de Ação Direta.

ABSTRACT

Nursing homes are spaces with specific characteristics, where the assurance of healthy working conditions is essential for the well-being of workers and the elderly.

Individuals who work in nursing homes are increasingly exposed to various occupational risks. That is why it is important to think about the theoretical foundations and methods related to the assessment of occupational risks, as well as the means used to implement effective measures that result in an occupational preventive strategy.

Bearing this in mind, we intended to carry out a study hopefully contributing to the development of the topic "perception of occupational risk concerning care providers in a nursing home located in the central region" in relation to several dimensions of occupational risk. The general objective of this study is to assess the perception of these professionals' occupational risks. It was also intended to know the factors that may be associated with their perception of occupational risks.

In order to obtain these data, a questionnaire was created as a research tool in order to make the sociodemographic characterization of the study population, the characterization of the work context, the identification and analysis of risk factors related to the profession, as well as the data collection on the risk perception of these professionals. Data were processed using the statistical software IBM SPSS version 25.0. Statistical tests were interpreted based on the significance level of $p = 0.05$, with a 95% confidence interval.

The sample consists of 39 participants, all women, most of them married, with more than 10 years of professional experience and working 40 hours a week. Most participants have between 7 and 9 years of schooling. In this work, we can conclude that the sociodemographic factors did not influence the perception of occupational risks to which the individuals under study are exposed during their work activity.

The 39 participants have already attended training courses on hygiene, health and safety at work and only 12.8% of them reported having suffered an accident at work.

After analyzing the responses, it is proven that workers recognize the existence of dangers in the performance of their duties. They claim to know what behaviors are appropriate for certain work situations, recognizing that training in health and safety at work is essential to feel confident in their professional activity.

KEYWORDS: Occupational risks; Risk perception; Care Providers.

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS	6
ÍNDICE DE FIGURAS	10
INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
1) AJUDANTES DE AÇÃO DIRETA	15
1.1) CARREIRA DE AJUDANTES DE AÇÃO DIRETA	16
2) SAÚDE OCUPACIONAL	18
2.1) DEFINIÇÃO DE SAÚDE OCUPACIONAL	19
2.2) DEFINIÇÃO DOS CONCEITOS: RISCO E PERIGO	22
2.3) RISCOS OCUPACIONAIS E OS SEUS EFEITOS NA SAÚDE DOS TRABALHADORES	23
2.3.1) Riscos Químicos	23
2.3.2) Riscos Físicos.....	25
2.3.3) Riscos Biológicos.....	29
2.3.4) Riscos Ergonómicos.....	30
2.3.5) Riscos Psicossociais	32
2.3.6) Riscos Organizacionais	33
2.3.7) Riscos Individuais	34
3) PERCEÇÃO DO RISCO.....	34
4) PREVENÇÃO DOS RISCOS OCUPACIONAIS.....	36
4.1) MEDIDAS GLOBAIS	37
4.2) EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL	40
CAPÍTULO II- METODOLOGIA	41
1)MATERIAIS E MÉTODOS.....	41

1.1.) PROBLEMÁTICA DA INVESTIGAÇÃO.....	41
1.2) OBJETIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	42
1.3) INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	44
1.3.1) ESTRUTURA DO QUESTIONÁRIO	45
1.3.2) PRÉ-TESTE.....	46
1.4) PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS.....	46
1.4.1) CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA	47
1.5) VARIÁVEIS EM ESTUDO.....	48
1.5.1) VARIÁVEL DEPENDENTE.....	48
1.5.2) VARIÁVEL INDEPENDENTE	48
1.6) PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS	49
CAPÍTULO III- APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	50
CAPÍTULO IV- DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS DADOS	92
CONCLUSÃO	110
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	112
ANEXOS	122
ANEXO I- TABELA DE ESPECIFICAÇÕES DAS QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO, SUBQUESTÕES E RESPETIVAS QUESTÕES DO QUESTIONÁRIO.....	123
ANEXO II- QUESTIONÁRIO PERCEÇÃO DOS RISCOS OCUPACIONAIS DE AJUDANTES DE AÇÃO DIRETA DE UM LAR	127
ANEXO III- CONSENTIMENTO INFORMADO	134
ANEXO IV- PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA	136
ANEXO V- AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZOU O ESTUDO	137
ANEXO VI- CRONOGRAMA.....	138
ANEXO VII- MATRIZ DAS SITUAÇÕES DE PERIGO POR TIPOLOGIA DE RISCO REFERENTES A AJUDANTES DE LAR	139

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Sexo.....	50
Tabela 2- Idade.....	51
Tabela 3- Habilitações Literárias/ Grau de Ensino.	52
Tabela 4- Estado Civil.....	53
Tabela 5- Situação Profissional Atual.	54
Tabela 6- Tempo de exercício profissional.....	55
Tabela 7- Medidas referentes ao tempo de exercício profissional.	55
Tabela 8- Tempo de exercício profissional (faixa de idades até 10 anos e mais de 10 anos).	56
Tabela 9- Horas de Trabalho Semanal.....	58
Tabela 10- Horário realizado no posto de trabalho.....	59
Tabela 11- Frequência em ações de formação sobre higiene e segurança no trabalho.....	60
Tabela 12- Ano da última formação sobre higiene e segurança no trabalho.	61
Tabela 13- Avaliação da formação sobre perigos profissionais.	62
Tabela 14- Acidente de trabalho sofrido.....	63
Tabela 15- Tipo de acidente sofrido no local de trabalho.	64
Tabela 16- Mudança da conduta face aos procedimentos de segurança após um acidente de trabalho.	65
Tabela 17- Situação em que a conduta se modificou após o acidente de trabalho.	66
Tabela 18- Conhecimento acerca dos perigos inerentes à profissão.	67
Tabela 19- Nível de risco atribuído à própria profissão.	68
Tabela 20- Primeiro perigo mais grave considerado na atividade profissional.	69
Tabela 21- Segundo perigo mais grave considerado na atividade profissional.	70
Tabela 22- Terceiro perigo mais grave considerado na atividade profissional.	71
Tabela 23- Medidas preventivas referidas para o risco biológico.....	72
Tabela 24- Medidas preventivas referidas para o risco ergonómico.	73

Tabela 25- Medidas preventivas referidas para o risco físico.	74
Tabela 26- Medidas preventivas referidas para o risco químico.	75
Tabela 27- Medidas preventivas referidas para o risco psicossocial.	76
Tabela 28- Aplicação das medidas preventivas para cada um dos riscos referidos anteriormente.	77
Tabela 29- Comportamento perante uma situação de risco ocupacional.	78
Tabela 30- Preparação dos trabalhadores para gerir riscos ocupacionais a que estão expostos.	79
Tabela 31- Comportamento da entidade empregadora perante uma situação de risco ocupacional.	80
Tabela 32- Contacto com doentes/portadores de doença.	81
Tabela 33- Administração de terapêutica ou outras atividades onde possa haver contacto com fluídos orgânicos.	81
Tabela 34- Contacto com resíduos hospitalares/ lixos contaminados.	82
Tabela 35- Contacto com roupas e outros materiais potencialmente contaminados e em operações de recolha, transporte, lavagem, esterilização, entre outras.	82
Tabela 36- Manipulação de produtos químicos e seus compostos.	82
Tabela 37- Utilização de detergentes, desinfetantes e antissépticos.	83
Tabela 38- Exposição cutânea ao látex e /ou ao pó de luvas.	83
Tabela 39- Ambientes térmicos fora da área de conforto (muito quente ou muito frio).	83
Tabela 40- Exposição ao Ruído.	84
Tabela 41- Ambientes Exposição a vibrações.	84
Tabela 42- Equipamento elétrico em mau estado de conservação/ funcionamento e/ou por inadequada utilização.	84
Tabela 43- Renovação de ar insuficiente/inadequada.	85
Tabela 44- Ambiente com iluminação inadequada.	85
Tabela 45- Movimentação manual de cargas.	85
Tabela 46- Sobrecarga e sobre esforço.	86
Tabela 47- Posturas de trabalho inadequadas/ incorretas.	86

Tabela 48- Desenho inadequado do posto de trabalho.....	86
Tabela 49- Trabalho monótono e repetitivo.....	87
Tabela 50- Trabalho por turnos, horário rotativo.....	87
Tabela 51- Assédio.....	87
Tabela 52- Violência.....	88
Tabela 53- Insegurança no trabalho.....	88
Tabela 54- Monotonia.....	88
Tabela 55- Stress.....	89
Tabela 56- Situações de desgaste emocional.....	89
Tabela 57- Percentagem de respostas positivas à exposição das diferentes situações de perigo, por tipologia do risco.....	90
Tabela 58- Perceção do risco dos AAD conforme a faixa etária.....	93
Tabela 59- Correlação entre a idade e o nível de risco considerado na atividade profissional exercida.....	94
Tabela 60- Perceção do risco dos AAD conforme o grau de ensino.....	95
Tabela 61- Correlação entre o grau de ensino e o nível de risco considerado na atividade profissional exercida.....	95
Tabela 62- Perceção do risco dos AAD conforme o grau o seu estado civil.....	96
Tabela 63- Correlação entre o estado civil e o nível de risco considerado na atividade profissional exercida.....	97
Tabela 64- Perceção do risco dos AAD conforme o seu tipo de contrato de trabalho.....	98
Tabela 65- Correlação entre o tipo de contrato de trabalho e o nível de risco considerado na atividade profissional exercida.....	98
Tabela 66- Perceção do risco dos AAD conforme o número de anos de serviço.....	99
Tabela 67- Correlação entre o número de anos de serviço e o nível de risco considerado na atividade profissional exercida.....	100
Tabela 68- Perceção do risco dos AAD conforme o número de horas de trabalho semanal.....	101

Tabela 69- Correlação entre o número de horas de trabalho semanal e o nível de risco considerado na atividade profissional exercida.	101
Tabela 70- Percepção do risco dos AAD conforme o seu tipo de horário de trabalho.....	102
Tabela 71- Correlação entre o tipo de horário de trabalho e o nível de risco considerado na atividade profissional exercida.	103

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Distribuição da amostra segundo o “Sexo”	50
Figura 2- Distribuição da frequência de AAD por idades.....	51
Figura 3- Distribuição da amostra por “Habilitações Literárias/ Grau de Ensino”.	52
Figura 4- Distribuição da amostra por “Estado Civil”	53
Figura 5- Distribuição da frequência dos AAD por “Situação Profissional Atual”.	54
Figura 6- Distribuição da amostra por “Tempo de exercício profissional na área”.	56
Figura 7- Distribuição da amostra por “Tempo de exercício profissional (faixa de idades até 10 anos e mais de 10 anos)”	57
Figura 8- Distribuição da amostra segundo as “Horas de Trabalho realizadas por semana”.	58
Figura 9- Distribuição da amostra segundo o “Horário” realizado no posto de trabalho.	59
Figura 10- Distribuição da amostra segundo a “Frequência em ações de formação sobre higiene e segurança no trabalho”.	60
Figura 11- Distribuição da amostra segundo a “Ano da última formação sobre higiene e segurança no trabalho”	61
Figura 12- Distribuição da amostra segundo a “Avaliação da formação no âmbito da higiene e segurança no trabalho, sobre os perigos profissionais”.	62
Figura 13- Distribuição da amostra relativamente à pergunta “Já sofreu algum acidente de trabalho?”	63
Figura 14- Distribuição da amostra sobre o tipo de acidente de trabalho sofrido.	64
Figura 15- Distribuição da amostra relativamente à mudança da conduta face aos procedimentos de segurança após um acidente de trabalho.	65
Figura 16- Distribuição da frequência dos AAD relativamente à situação em que a conduta se modificou após um acidente de trabalho.	66
Figura 17- Distribuição da amostra segundo o conhecimento acerca dos perigos inerentes à profissão.....	67

Figura 18- Distribuição da amostra quanto à percepção do nível de risco atribuído à própria profissão.....	68
Figura 19- Distribuição da frequência de AAD quanto ao primeiro perigo considerado mais grave.	69
Figura 20- Distribuição da frequência de AAD quanto ao segundo perigo considerado mais grave.	70
Figura 21- Distribuição da frequência de AAD quanto ao terceiro perigo considerado mais grave.	71
Figura 22- Distribuição da amostra quanto às medidas preventivas referidas para o risco biológico.	72
Figura 23- Distribuição da amostra quanto às medidas preventivas referidas para o risco ergonómico.	73
Figura 24- Distribuição da amostra quanto às medidas preventivas referidas para o risco físico.	74
Figura 25- Distribuição da amostra quanto às medidas preventivas referidas para o risco químico.	75
Figura 26- Distribuição da amostra quanto às medidas preventivas referidas para o risco psicossocial.	76
Figura 27- Distribuição da frequência de AAD de acordo com a aplicação das medidas preventivas descritas anteriormente.....	77
Figura 28- Distribuição da amostra segundo o comportamento perante uma situação de risco ocupacional.	78
Figura 29- Distribuição da amostra de acordo com a preparação dos trabalhadores para gerir riscos ocupacionais a que estão expostos.	79
Figura 30- Distribuição da amostra segundo o comportamento da entidade patronal perante uma situação de risco ocupacional.	80

LISTA DE SIGLAS

AAD- Ajudante(s) de Ação Direta

a.C.- Antes de Cristo

ACT- Autoridade para as Condições de Trabalho

CD- Centro de Dia

CEE- Comissão Económica Europeia

DGS- Direção Geral da Saúde

EPI's- Equipamentos de Proteção Individual

ERPI- Estrutura Residencial para Idosos

H0- Hipótese Nula

nº- número

OIT- Organização Internacional do Trabalho

OMS- Organização Mundial de Saúde

PNSOC- Plano Nacional de Saúde Ocupacional

SAD- Serviço de Apoio Domiciliário

UE- União Europeia

UGT- União Geral dos Trabalhadores

INTRODUÇÃO

O aumento da esperança de vida, e conseqüentemente o aumento da população envelhecida, as inerentes dependências ao nível da saúde do idoso e as alterações na estrutura familiar, levam as famílias a procurarem respostas de apoio para cuidar dos seus idosos, o que leva à necessidade crescente de respostas sociais, como é o exemplo das instituições de apoio e cuidados a idosos (lares de idosos). Assim, o exercício desta atividade potencia o crescimento de profissionais associados a esta realidade. Os profissionais que prestam os cuidados a idosos, designam-se de Ajudantes de Ação Direta (AAD). Segundo a legislação portuguesa, a sua presença é obrigatória durante as 24 horas do dia.

Estes profissionais estão expostos a inúmeros riscos laborais, onde se podem considerar os fatores químicos, físicos, biológicos, ergonómicos e psicossociais, os quais podem originar doenças profissionais e acidentes de trabalho. Os trabalhadores são os mais interessados na sua saúde e segurança, por isso é importante que façam parte das estratégias ativas da prevenção de acidentes de trabalho e doenças profissionais, ou seja na sua saúde laboral. É importante o papel teórico e técnico desenvolvido na determinação dos perigos existentes no seu posto de trabalho, mas é de extrema importância acrescentarmos a parte mais “subjetiva” na equação, sendo ela a perceção dos trabalhadores, só assim, conseguiremos resultados satisfatórios na adoção de estratégias eficazes na prevenção e promoção da saúde ocupacional, bem como na definição de políticas de gestão de risco ocupacional.

Posto isto, é importante refletir sobre fundamentos teóricos e métodos relacionados com a avaliação dos riscos ocupacionais e os meios necessários na implementação de medidas efetivas com base numa estratégia ocupacional preventiva. Assim, definiu-se como objetivo geral deste estudo avaliar a perceção dos riscos ocupacionais dos Ajudantes de Ação Direta de um Lar, da Região Centro.

Também se pretende avaliar se outros fatores (como por exemplo, género, idade, tempo de serviço, escolaridade e ocorrência de acidentes de trabalho) influenciam a perceção e / ou comportamento perante os riscos ocupacionais a que os Ajudantes de Ação Direta estão sujeitos. A pesquisa teve por base três questões gerais de investigação:

- *Que fatores poderão estar associados à perceção dos riscos ocupacionais pelos AAD (Ajudantes de Ação Direta) de um Lar da Região Centro?*
- *O comportamento dos AAD de um Lar da Região Centro altera-se após a ocorrência de acidentes de trabalho?*
- *Qual a perceção geral dos riscos ocupacionais dos AAD de um Lar da Região Centro?*

As subquestões, as respetivas dimensões e subdimensões serão desenvolvidas a partir destas questões gerais e encontram-se descritas no capítulo II- *Metodologia*.

A presente dissertação está estruturada em quatro capítulos, que resumiremos de seguida.

No Capítulo I intitulado de “*Enquadramento Teórico*”, é efetuada a revisão bibliográfica de temas e conceitos relevantes para este trabalho ajudando a enquadrar a investigação realizada. Neste capítulo iniciaremos com uma breve abordagem à carreira de Ajudantes de Ação Direta. De seguida, trataremos brevemente o tema saúde ocupacional, onde se destaca os conceitos de saúde ocupacional, risco e perigo. Serão focados os conteúdos sobre os principais riscos ocupacionais e os seus efeitos na saúde dos profissionais em estudo. Apresentaremos ainda, o tema perceção do risco e por fim, a prevenção dos riscos ocupacionais, onde abordaremos as medidas globais e os equipamentos de proteção individual.

Quanto ao Capítulo II- “*Metodologia*”, são abordados os procedimentos metodológicos relativos à implementação do trabalho efetuado. Primeiramente apresentaremos a temática em estudo, de seguida são expostos os objetivos do trabalho, bem como as questões e subquestões que orientaram a nossa pesquisa. Posteriormente é exibido e fundamentado o instrumento de investigação de recolha de dados que permitiu a efetivação do estudo, nomeadamente o questionário, bem como a descrição do procedimento para a colheita de dados. Define-se de seguida, as variáveis em estudo (variável dependente e independente). O capítulo termina com a descrição dos procedimentos adotados para o tratamento e análise dos dados.

Quanto ao Capítulo III- “*Apresentação dos Resultados*”, são apresentados os dados obtidos através dos instrumentos de investigação, seguindo a lógica da tabela de especificações (ANEXO I) e respetivo questionário (ANEXO II) colocando em evidência as dimensões do risco.

Relativamente ao Capítulo IV- “*Discussão e Análise dos Dados*”, serão confrontados e revistos os principais resultados que merecem maior relevância e os contributos decorrentes da revisão bibliográfica, tendo como referência o desenvolvimento do estudo. Neste capítulo tentou-se responder às respetivas questões de investigação colocadas inicialmente, confrontando-as com a literatura existente.

Por fim, serão aludidas as principais conclusões do estudo num resumo breve e serão enumeradas linhas orientadoras futuras e possíveis sugestões de melhoria e desenvolvimento de futuros trabalhos. De ressaltar que o projeto desta dissertação foi apresentado ao Conselho Científico da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, bem como à direção da instituição onde se realizou o estudo, tendo sido aprovado por ambos, sem alterações.

CAPÍTULO I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo serão abordados alguns conceitos fundamentais para a compreensão desta temática. Inicia-se com a descrição da carreira de Ajudante de Ação Direta. Posteriormente irá ser apresentado um breve resumo histórico sobre a saúde ocupacional. De seguida, será exposto a definição de conceitos como saúde ocupacional, risco e perigo, desenvolvimento do conceito dos vários fatores de risco ocupacionais (químicos, físicos, biológicos, ergonómicos, psicossociais, organizacionais e individuais), bem como relacionar estes com os seus efeitos na saúde dos trabalhadores em estudo. Segue-se o desenvolvimento da temática da perceção do risco. No final do capítulo irá ser abordada a prevenção dos riscos ocupacionais, quer a nível das medidas globais/coletivas quer a nível individual (através dos equipamentos de proteção individual).

1) AJUDANTES DE AÇÃO DIRETA

Apesar das funções serem as mesmas, o profissional objeto do presente estudo detém diferentes designações profissionais para o mesmo posto de trabalho, dependendo da entidade patronal a que se encontre vinculado. Quando ligado ao serviço de uma organização associada à União das Misericórdias Portuguesas, o trabalhador pertence à categoria profissional de Ajudante de Lar e Centro de Dia¹. Se o trabalhador estiver vinculado a uma Instituição Particular de Solidariedade Social é classificado com a profissão de Ajudante de Ação Direta². O trabalhador se estiver sujeito ao regime do contrato de trabalho em funções públicas, ou seja, se pertencer aos quadros da função pública é designado de Assistente Operacional³.

De referir que segundo a Classificação Portuguesa das Profissões de 2010, o profissional será designado de Auxiliar de Saúde (codificação atribuída: 5321.0) (“Grande Grupo 5 – Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores”, mais concretamente no “Subgrupo dos Trabalhadores de cuidados pessoais nos serviços de saúde”)⁴.

1.1) CARREIRA DE AJUDANTES DE AÇÃO DIRETA

De acordo com o Decreto-Lei n.º 414/99, a carreira de Ajudante de Ação Direta refere-se⁵:

“1 - Ao ajudante de ação direta compete trabalhar diretamente com idosos, quer individualmente, quer em grupo, tendo em vista o seu bem-estar, pelo que, de acordo com a programação previamente determinada, executa a totalidade ou parte das seguintes tarefas:

a) Recebe os utentes e faz a sua integração ao longo dos primeiros dias de estada, indicando-lhes os locais que estarão ao seu dispor na sua vivência diária (quarto, enfermaria, salas de estar, refeitório, espaços livres, jardins, etc.);

b) Executa tarefas várias relacionadas com a alimentação, quer nos quartos, quer nas salas de refeição, recebendo os carros que previamente enviou para a cozinha, com as marmitas e outros apetrechos, empratando os alimentos segundo as dietas prescritas pelo dietista e tendo em atenção as quantidades face aos hábitos alimentares dos utentes;

c) Assegura a sua alimentação regular, auxiliando-os nos seus movimentos, incentivando-os diretamente quando necessário, tendo em atenção fatores vários, como a mobilidade e o cansaço;

d) Após a refeição, recolhe as marmitas e outros utensílios e, eventualmente, lava-os na copa de modo a manter as melhores condições de higiene e evitar transmissão de doenças;

e) Presta cuidados de higiene e conforto aos utentes, lavando-os, quer deitados, quer nas casas de banho, tendo em atenção o seu estado físico/psíquico e outras características individuais e sociais, podendo, eventualmente, aplicar cremes medicinais, pó de talco e executar pensos simples;

f) Substitui as roupas de cama e o vestuário, acondicionando-os para posterior transporte em carro para a lavandaria;

g) Controla e entrega na lavandaria as roupas sujas;

h) Faz a gestão dos stocks das roupas de cama e da casa de banho dos utentes, requisitando-as com a devida antecedência, tendo em atenção as características destes, o tempo e outros fatores;

i) Recebe e controla na rouparia as roupas lavadas de acordo com a requisição e arruma-as devidamente nos roupeiros da respetiva enfermaria;

j) Requisita, recebe, controla e distribui os artigos de higiene e conforto dos utentes;

k) Procede ao acompanhamento diurno e noturno dos utentes, dentro e fora dos serviços e estabelecimentos, guiando-os, auxiliando-os, estimulando-os através da conversação, detetando os seus interesses e motivações e participando na ocupação de tempos livres;

l) Acompanha-os nas idas e vindas aos hospitais ou outros centros de tratamento;

m) Colabora na montagem das exposições dos trabalhos dos utentes, na venda dos respetivos trabalhos, bem como nas decorações aquando de festas;

n) Colabora na compra de vestuário, calçado e outros utensílios de uso, escolhendo ou dando informações sobre as características dos utentes (físicas, psíquicas e sociais);

o) Ajuda a fazer as malas, cuidando que detenham roupas e utensílios pessoais nas quantidades necessárias para o período de ausência;

p) Providencia pela manutenção das condições de higiene e salubridade dos quartos, corredores e salas de lazer;

q) Mantém em bom estado de conservação o material a seu cargo;

r) Pode, por vezes, administrar medicamentos, nas horas prescritas e segundo instruções recebidas.

2 - As tarefas mencionadas no número anterior devem ser executadas no domicílio dos utentes, nos casos em que o estabelecimento assegura o apoio domiciliário”⁵.

Durante o presente trabalho, optámos por utilizar a definição de Ajudante de Ação Direta aos profissionais da área de apoio social, pois estão vinculados uma Instituição Particular de Solidariedade Social (o local em estudo). Estes trabalhadores são considerados como profissões de risco devido ao seu conteúdo funcional, expondo-se diariamente a riscos de ordem biológica, química, ergonómica e psicossocial, contribuindo para um elevado número de acidentes de serviço e doenças profissionais ^{6,7}.

2) SAÚDE OCUPACIONAL

Ao longo da história da Humanidade, o Homem demonstrou preocupação com a saúde e segurança dos trabalhadores. O código de Hamurabi (1792-1750 a.C.) é o primeiro repositório de preceitos legais conhecido. Nele constam medidas penais aplicáveis aos responsáveis por alguns acidentes de trabalho ⁸.

É possível reconhecer relatos e abordagens na área laboral num documento realizado por Hipócrates (pai da medicina moderna) em 400 a. C., dando ênfase ao papel do trabalho, a par com a alimentação e do clima na origem de algumas doenças. Hipócrates definiu “cólica do mineiro” caracterizadas por contrações do estômago, endurecimento do abdómen e dores do joelho (crise aguda) devido ao envenenamento por chumbo nos trabalhadores de extração de metais ⁸.

Plínio (23-79 a. C.) descreveu as condições de trabalho nas minas, dando importância a agentes nocivos como o chumbo, mercúrio e as poeiras, apontando a necessidade da utilização de equipamentos de proteção, como por exemplo, máscaras feitas de tecidos ou bexigas de animais para diminuir a inalação de agentes nocivos ⁹.

Nas civilizações gregas e romanas houve também necessidade de assegurar condições mínimas de trabalho, nomeadamente na indústria extrativa. Os romanos no século I, divulgavam regras de segurança na abertura de galerias na tentativa de eliminar os acidentes de trabalho⁸.

Na idade média, Georgius Agricola e Paracelsus, no século XV e XVI publicaram estudos relacionando doenças emergentes com a indústria extrativa, onde descrevem a asma do mineiro e recomendam o uso de máscaras, sistemas de ventilação para minimizar as doenças pulmonares e diminuir o impacto dos contaminantes. Descrevem ainda, a intoxicação por mercúrio em minas⁹.

O ano de 1700 foi marcado pela obra de Bernardino Ramazzini que publicou um livro intitulado de *De Morbis Artificum Diatriba*, onde apresenta o estudo de doenças relacionadas com o trabalho, onde indicava a existência de riscos provocados por produtos químicos irritantes, pelo pó, metais e outros agentes. Estes estudos resultaram da observação de várias profissões da época, ficando assim conhecido como o pai da medicina do trabalho. Os seus estudos consistiam ainda, na sistematização de doenças profissionais e medidas de proteção para que houvesse adoção de leis para proteção no trabalho e indemnização dos trabalhadores ⁸⁻¹⁰.

Entre 1713-1788, o médico inglês Pott estudou o número de horas de trabalho e determinadas doenças profissionais. Também é autor do estudo que relaciona o cancro do escroto com trabalhadores limpa-chaminés ⁸.

A revolução industrial (século XVIII) teve consequências profundas na sociedade e saúde do Homem. Houve deterioração das condições de trabalho, aumento da sinistralidade laboral e surgimento de novas doenças. Assim, os Estados mais desenvolvidos dão conta da necessidade de aprofundar a dimensão desta problemática criando medidas de prevenção e proteção na área da saúde e segurança no trabalho¹¹.

Em 1802, foi criada a primeira lei de proteção aos trabalhadores, em Inglaterra, designada de Lei da Saúde e Moral dos Aprendizes, onde constava a limitação a 12 horas da jornada diária de trabalho, a lavagem obrigatória das paredes das instalações duas vezes por ano e a ventilação dos ambientes de trabalho⁸.

Em 1830, o governo britânico nomeou Robert Baker como Inspetor Médico de Fábricas na Grã-Bretanha, onde teria que visitar diariamente os locais de trabalho e estabelecer ligação do tipo de trabalho e a saúde dos trabalhadores, dando origem ao primeiro corpo de inspeção conhecido, *os visitors*. Em 1833, foi aprovada a lei das Fábricas, onde proibia o trabalho noturno para crianças. Esta lei foi considerada a primeira legislação realmente eficiente no campo da proteção ao trabalhador, sendo a base para legislação da saúde do trabalho¹⁰.

Em 1919, após a Primeira Guerra Mundial, na conferência da Paz, foi criada a Organização Internacional do Trabalho (OIT), tendo como objetivo a melhoria das condições de trabalho⁸.

Após a Segunda Guerra Mundial, em 1946, foram criados os primeiros serviços de medicina do trabalho obrigatórios, em França, tendo como objetivo prevenir as incapacidades profissionais e a promoção de saúde⁸.

Outro marco histórico foi a criação da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, instituição importante a par da OIT, no desenvolvimento de conhecimento e emanação de normativas relacionadas com esta temática¹².

Desde então, têm sido publicadas e emanadas inúmeras normas, recomendações, leis onde a saúde, segurança e higiene do trabalho tem sido uma constante nestes anos ⁸⁻¹¹.

2.1) DEFINIÇÃO DE SAÚDE OCUPACIONAL

O conceito de Saúde Ocupacional tem vindo a evoluir ao longo dos tempos. A Saúde Ocupacional por vezes também denominada por Segurança e Saúde do Trabalho tem como objetivos a prevenção dos riscos profissionais e a proteção e promoção da saúde do trabalhador ¹³.

A Saúde Ocupacional visa garantir ambientes de trabalho saudáveis que evitem ou minimizem a exposição profissional a fatores de risco, assegurem a qualidade de vida no trabalho e permitam

alcançar elevados níveis de conforto, saúde e bem-estar físico, mental e social a todos os trabalhadores. Estes objetivos são garantidos através de estratégias de identificação, avaliação e controlo dos riscos associados ao local de trabalho, ações de vigilância e promoção de saúde dos trabalhadores no local de trabalho¹³.

A Saúde Ocupacional é definida pela OMS e pela OIT como *“a área que se dedica à promoção e manutenção do mais elevado padrão de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores de todos os setores de atividade; à prevenção das alterações de saúde provocadas pelas suas condições de trabalho; à proteção dos trabalhadores contra os riscos resultantes de fatores adversos, no seu local de trabalho; a proporcionar ao trabalhador, um ambiente de trabalho adaptado ao seu equilíbrio fisiológico e psicológico”*¹².

Importa compreender alguns conceitos nesta área, descritos de seguida:

-Trabalhador- *“a pessoa singular que, mediante retribuição, se obriga a prestar um serviço a um empregador e, bem assim, o tirocinante, o estagiário e o aprendiz que estejam na dependência económica do empregador em razão dos meios de trabalho e do resultado da sua atividade”*¹⁴;

- Empregador- *“a pessoa singular ou coletiva com um ou mais trabalhadores ao seu serviço e responsável pela empresa ou estabelecimento ou, quando se trate de organismos sem fins lucrativos, que detenha competência para a contratação de trabalhadores”*¹⁴;

- Local de trabalho- *“o lugar em que o trabalhador se encontra ou deva dirigir-se em virtude do seu trabalho, no qual esteja direta ou indiretamente sujeito ao controlo do empregador”*¹⁴;

-Acidente de trabalho- *“aquele que se verifique no local e no tempo de trabalho e produza direta ou indiretamente lesão corporal, perturbação funcional ou doença de que resulte redução na capacidade de trabalho ou de ganho ou a morte”*¹⁵.

Considera-se também acidente de trabalho o ocorrido:

a) No trajeto de ida para o local de trabalho ou de regresso deste:

- Entre qualquer dos seus locais de trabalho, no caso de ter mais de um emprego;

- Entre a sua residência habitual ou ocasional e as instalações que constituem o seu local de trabalho;

- Entre qualquer dos locais referidos na alínea precedente e o local do pagamento da retribuição;

- Entre qualquer dos locais referidos na alínea anterior e o local onde ao trabalhador deva ser prestada qualquer forma de assistência ou tratamento por virtude de anterior acidente;

- Entre o local de trabalho e o local da refeição;

- Entre o local onde por determinação do empregador presta qualquer serviço relacionado com o seu trabalho e as instalações que constituem o seu local de trabalho habitual ou a sua residência habitual ou ocasional.

b) Na execução de serviços espontaneamente prestados e de que possa resultar proveito económico para o empregador;

c) No local de trabalho e fora deste, quando no exercício do direito de reunião ou de atividade de representante dos trabalhadores, nos termos previstos no Código do Trabalho;

d) No local de trabalho, quando em frequência de curso de formação profissional ou, fora do local de trabalho, quando exista autorização expressa do empregador para tal frequência;

e) No local de pagamento da retribuição, enquanto o trabalhador aí permanecer para tal efeito;

f) No local onde o trabalhador deva receber qualquer forma de assistência ou tratamento em virtude de anterior acidente e enquanto aí permanecer para esse efeito;

g) Em atividade de procura de emprego durante o crédito de horas para tal concedido por lei aos trabalhadores com processo de cessação do contrato de trabalho em curso;

h) Fora do local ou tempo de trabalho, quando verificado na execução de serviços determinados pelo empregador ou por ele consentidos”¹⁵.

- **Doença Profissional**- “Doença incluída na Lista das Doenças Profissionais e que afeta um trabalhador que, devido à natureza da sua atividade, às condições de trabalho ou às técnicas usadas no seu trabalho habitual), tenha estado exposto aos fatores de risco também indicados na lista. Pode também ser considerada doença profissional uma lesão corporal, uma perturbação funcional ou uma doença que não esteja incluída na Lista, desde que se prove que é consequência necessária e direta da atividade exercida pelo trabalhador (e não resultado do desgaste normal do organismo)”¹⁶.

Do ponto de vista da saúde ocupacional, os estabelecimentos de apoio social (Instituições Particulares de Solidariedade Social, Santas Casas da Misericórdia, Lares, Residências Comunitárias, Unidades de Cuidados Continuados, Acolhimento familiar) são estruturas complexas, exibindo características peculiares que conduzem a riscos elevados para os seus profissionais quando comparados com a generalidade de outros sectores de atividade, relativamente às características tipológicas e funcionais das instalações e às atividades desenvolvidas pelos seus trabalhadores⁶.

2.2) DEFINIÇÃO DOS CONCEITOS: RISCO E PERIGO

O risco e o perigo são entidades omnipresentes nos locais de trabalho. São entidades que todos os trabalhadores têm de enfrentar diariamente no seu quotidiano laboral ¹⁷.

Importa assim, clarificar os seguintes conceitos:

O conceito de **Perigo** é a *“propriedade intrínseca de uma instalação, atividade, equipamento, um agente ou outro componente material do trabalho com potencial para provocar dano”* ¹⁴.

Também de acordo com a mesma lei (Lei 102/2009, artigo 4º), **Risco** é *“a probabilidade de concretização do dano em função das condições de utilização, exposição ou interação do componente material do trabalho que apresente perigo”*¹⁴.

A Autoridade para as Condições de Trabalho (ACT) define ainda **Risco Profissional** como a *“possibilidade de que um trabalhador sofra um dano provocado pelo trabalho. Para quantificar um risco valorizam-se conjuntamente a probabilidade de ocorrência do dano e a sua gravidade”*¹⁸.

A definição de perigo e risco faz referência a um dano, a um efeito negativo com uma certa gravidade. Segundo a ACT, **Dano (provocado pelo trabalho)** *“é a lesão corporal, perturbação funcional ou doença que determine redução na capacidade de trabalho ou de ganho ou a morte do trabalhador resultante, direta ou indiretamente, de acidente de trabalho”*¹⁸.

Os trabalhadores do sector social, incluindo a área da saúde e no apoio aos idosos, perante a diversidade de atividades e ambientes laborais, apresentam-se como uma ameaça para a sua saúde, colocando-os em risco de desenvolver doenças profissionais ou de acidentes de trabalho^{19,20}.

A natureza do seu trabalho (prestação de cuidados de primeira linha a pessoas com problemas físicos ou mentais; envolvimento com os idosos doentes; serviços de limpeza; alimentação, entre outros), torna imprescindível que a segurança se torne uma prioridade ^{7,20}.

2.3) RISCOS OCUPACIONAIS E OS SEUS EFEITOS NA SAÚDE DOS TRABALHADORES

O estudo dos fatores de risco ocupacionais é fundamental para compreender a problemática dos acidentes de trabalho e doenças profissionais e o modo como estes afetam a *performance* das organizações e da sociedade em geral²¹.

A prevenção dos riscos profissionais deve assentar numa correta e permanente avaliação dos riscos (Lei 102/2009 artigo 5º e artigo 15º), sendo necessário a integração da avaliação dos riscos para a segurança e saúde (...) adotar medidas adequadas de proteção para os trabalhadores¹⁴.

Segundo Sousa Uva (2010), os fatores de risco profissionais são classificados de acordo com a sua natureza (físicos, químicos, biológicos, psicossociais) e a sua atividade (ergonómicos e organizacionais)²².

De acordo com o documento, emitido pelo ministério da saúde (2010), intitulado “Orientação Técnica nº1-DSP Gestão de Riscos Profissionais em Estabelecimentos de Saúde”, os profissionais em estudo estão sujeitos a todos os riscos profissionais referidos anteriormente ²³.

2.3.1) Riscos Químicos

Nos processos produtivos de certos produtos, ou para obtenção de um determinado resultado, são utilizadas substâncias químicas que são lançadas para o ambiente de trabalho através de processos de pulverização, fragmentação ou emanações gasosas. Estas substâncias são designadas por contaminantes ou poluentes químicos. Poderão ser substâncias orgânicas, inorgânicas, naturais ou sintéticas que se incorporam no ambiente durante a fabricação, manuseamento ou o seu uso e que poderão lesionar a saúde das pessoas que entram em contacto com elas ²¹.

Segundo o mesmo autor, as substâncias químicas podem ser absorvidas pelo organismo em doses elevadas, podendo ultrapassar os valores limites de exposição, provocando danos nos trabalhadores. Os efeitos no organismo dependem da dose absorvida e do seu tempo de exposição. As principais vias pelas quais os agentes químicos podem entrar no organismo do trabalhador podem ser²¹:

- Via respiratória: principal entrada de contaminantes químicos quando se respira continuamente, acabando por passar nos pulmões;

- Via dérmica: via de penetração mais difícil, mas caso haja deposição no corpo serão absorvidas pela pele;

- Via digestiva: caso o trabalhador coma ou beba com as mãos sujas, ou se estiverem muito tempo expostas a produtos químicos, serão ingeridas com o alimento, atingindo o estômago;

- Via parenteral: entrada de substâncias químicas no organismo através da corrente sanguínea, tendo origem uma ulceração na pele do trabalhador;

- Via ocular: alguns contaminantes podem permanecer no ar e penetrar através dos olhos (exemplo, irritação dos olhos e conjuntivites).

Estas substâncias podem provocar diversas lesões e doenças, nomeadamente, anemias, queimaduras, ulceração cutânea, encefalopatias, perturbações cutâneas, asbestose, cancro pulmonar, entre outras²¹.

Para proteção dos trabalhadores é necessário identificar o contaminante e recorrer-se a Equipamentos de Proteção Individual sempre que possível. De relembrar que existe legislação específica (internacional e nacional) associada a agentes químicos gerais e com elevado grau de perigosidade para o ser humano (chumbo, amianto, substâncias cancerígenas ...) onde existe regulamentação para Valor Limite de Exposição e medidas de prevenção a implementar. Exemplo disso é o Decreto-Lei número 24/2012, artigo 3º, onde podemos encontrar várias definições, entre elas a de ²⁴:

Agente químico, designado por *“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 atividade laboral, incluindo sob a forma de resíduo, seja ou não intencionalmente produzido ou comercializado”*, ou até mesmo o conceito de **Agente químico perigoso**, onde é subdividido por duas categorias²⁴:

- *“qualquer agente químico classificado como substância ou mistura perigosa de acordo com os critérios estabelecidos na legislação aplicável sobre classificação, embalagem e rotulagem de substâncias e misturas perigosas, esteja ou não a substância ou mistura classificada nessa legislação, salvo tratando-se de substâncias ou misturas que só preenchem os critérios de classificação como perigosas para o ambiente”*²⁴;

- *“qualquer agente químico que, embora não preencha os critérios de classificação como perigoso nos termos da subalínea anterior, possa implicar riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores devido às suas propriedades físico-químicas ou toxicológicas e à forma como é utilizado ou se apresenta no local de trabalho”*²⁴.

No que diz respeito aos riscos químicos, os profissionais em estudo entram em contacto com o pó e o látex das luvas, originando urticária, dermatite de contacto alérgica (mãos, pulsos e

antebraços) e reações alérgicas sistémicas. A ocorrência de queimaduras, irritações, perturbações neurológicas, lesões hepáticas e renais, alergias e intoxicações de contacto relacionados com o manuseamento e armazenamento de produtos químicos (exemplo desinfetantes, detergentes...) ²³.

Os enfermeiros, auxiliares de ação médica, profissionais de laboratório, entre outros, estão em contacto com químicos, medicamentos, anestésicos e antissépticos, uso de desinfetantes e detergentes ²⁵, utilização de luvas protetoras, bem como a constante lavagem das mãos. Estes profissionais estão mais expostos a substâncias perigosas no trabalho podendo provocar problemas de pele de origem profissional. ²⁶ As mãos e antebraços são as zonas mais suscetíveis a desenvolver estas reações, no entanto, podem alastrar-se para outras partes do corpo ^{20,27}.

Para este tipo de risco sugeridas algumas medidas preventivas, nomeadamente a utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) nos procedimentos que envolvam agentes químicos e orientação quanto ao seu uso ²⁸, avaliação das condições de armazenamento, rotulagem, fichas de segurança e toxicológicas das substâncias utilizadas ²³, vigilância médica, procedimentos individuais de saúde, formação e informação dos trabalhadores ²⁹.

Relativamente à reação ao látex ou pó das luvas pode apostar-se na substituição do tipo de equipamentos de proteção individual e reorganização do trabalho ²³.

2.3.2) Riscos Físicos

Riscos físicos são fatores ou agentes físicos do ambiente do trabalho que influenciam diretamente o desempenho do trabalhador e na produção obtida, podendo contribuir para o aparecimento de doenças ou provocar acidentes no trabalho. Podemos genericamente dividir estes agentes em: ruído, vibrações, ambiente térmico e radiações (ionizantes e não ionizantes) ²¹.

RUÍDO

Um dos agentes físicos que podem afetar a qualidade de vida do trabalhador é o ruído. As perdas de audição resultam da frequência e intensidade do ruído, transmitidas por ondas sonoras. Quanto maior for a densidade do meio condutor menor será a velocidade da propagação do ruído ²¹.

A exposição ao ruído pode causar várias perturbações na audição. Pode ocorrer perda de audição temporária ou permanente. Na perda temporária de audição pode haver uma recuperação gradual a partir do momento que se cessa a exposição ao agente. No entanto, pode haver perda permanente

de audição (uma das consequências mais graves) resultantes da exposição contínua ao ruído e tempos de exposição que ultrapassam os limites saudáveis do organismo³⁰.

As sequelas resultantes da exposição excessiva ao ruído têm impacto a vários níveis no trabalhador, nomeadamente, no relacionamento com colegas e família, dificuldades em se aperceber das alterações no ambiente de trabalho (exemplo, movimentações de veículos, máquinas...) ²¹.

Segundo o Decreto-Lei 182/2006, a surdez ocupacional é das doenças profissionais mais conhecidas e representa um terço da totalidade das doenças profissionais. A eliminação ou a redução do ruído excessivo é uma obrigação legal importante para o empregador e trabalhador, pois quanto mais seguro e saudável for o ambiente de trabalho menor são as probabilidades de acidentes de trabalho, de absentismo e diminuição de rendimento no trabalho³⁰.

A prevenção de riscos para a saúde dos trabalhadores passam por avaliar os riscos, adotar medidas destinadas a prevenir e/ou a controlar os riscos, informar, a formar e permitir a participação ativa dos trabalhadores, acompanhar regularmente os riscos e as medidas de controlo e vigiar eficazmente a saúde dos trabalhadores, utilização de barreiras acústicas, montagem de elementos absorventes de som, utilizar protetores de ouvidos³⁰...

No que toca ao ruído, os profissionais em estudo podem frequentar locais ruidosos decorrente do funcionamento de determinados equipamentos ou devido à execução de atividades de trabalho, podendo originar desconforto, dificuldade na comunicação, irritabilidade, diminuição da atenção, surdez profissional²³...

Medidas preventivas apontadas no combate deste risco são avaliação do ruído no local de trabalho, vigilância em saúde (realização de exames complementares de diagnóstico), apostas nos equipamentos de proteção coletiva sempre que possível de modo a diminuir a exposição do trabalhador, utilização de EPI's e facultar ações de formação e informação aos trabalhadores²³.

VIBRAÇÕES

As vibrações pertencem à classe de agentes físicos nocivos que podem afetar os trabalhadores. Podem ser provenientes de ferramentas portáteis a motor, de máquinas ou resultantes de postos de trabalho³¹.

Os efeitos das vibrações mecânicas nos trabalhadores são variados, podendo resultar de perturbações musculoesqueléticas, neurológicas e vasculares²¹...

A prevenção dos riscos para a saúde dos trabalhadores passam por alteração dos métodos de trabalho, escolha de máquinas, ferramentas e outros equipamentos, de forma a reduzir a vibração para o nível mais baixo possível, a manutenção e conservação desses equipamentos, vigilância eficaz da saúde dos trabalhadores, informação e formação adequada dos trabalhadores, limitação da duração e intensidade de exposição ^{21,31}.

As vibrações são pouco frequentes a nível das instituições de saúde. Os seus efeitos prejudiciais podem atingir os funcionários da instituição, os doentes, a estrutura do edifício e determinados equipamentos sensível, impedindo o seu adequado funcionamento³².

AMBIENTE TÉRMICO

O ambiente térmico é definido pelas características que condicionam o intercâmbio térmico do corpo humano com o ambiente relativamente à atividade da pessoa e do isolamento da sua roupa, afetando a sensação de bem-estar dos trabalhadores de um determinado espaço. Alguns elementos que influenciam a sensação térmica são o tipo de atividade desenvolvida, o vestuário utilizado, a temperatura, a velocidade do ar, a humidade, a incidência solar³³...

Os ambientes térmicos podem ser classificados como ambientes quentes, frios ou neutros. As mudanças bruscas de temperatura de um ambiente frio para um ambiente quente e vice-versa provocam alterações no desempenho dos trabalhadores, podendo ser prejudicial para a sua saúde²¹.

No ambiente quente, onde há uso de equipamentos como fornos, maçaricos... podem gerar-se temperaturas elevadas e prejudiciais à saúde. A sensação de calor que os trabalhadores sentem devido à temperatura existente no local de trabalho e do esforço físico com que executam uma tarefa pode provocar stress térmico (conceito relacionado com o desconforto do trabalho). Os sintomas da exposição a ambientes térmicos quentes podem ser: aumento da temperatura superficial da pele, sudorese, tonturas e desmaio, mal-estar generalizados, esgotamento e morte²¹.

Algumas medidas para minimizar estes efeitos são dieta alimentar equilibrada e adequada, ingestão hídrica adequada, implementação de sistemas de ventilação, adoção de medidas de proteção coletivas (enclausuramento ou arrefecimento de máquinas) ou de proteção individual (vestuário térmico, viseiras...)²¹.

Relativamente ao ambiente térmico frio, também existem efeitos prejudiciais à saúde dos trabalhadores, nomeadamente frieiras localizadas nos dedos das mãos e pés; alterações circulatórias do sangue, enregelamento (congelamento dos tecidos devido à exposição ao frio)²¹.

As medidas preventivas e para minimizar os efeitos dos ambientes frios são bastante semelhantes ao que foi descrito anteriormente no ambiente térmico quente, com as devidas adaptações técnicas²¹.

Os ajudantes de ação direta/ auxiliares de ação médica podem frequentar locais com temperatura e humidade desadequadas, provocando desconforto térmico, sudação, irritabilidade, secura da pele e mucosas, alergias respiratórias, conjuntivites, desidratação, tonturas e desmaios, stress térmico... A avaliação do local de trabalho, avaliação da temperatura ambiente; adoção de procedimentos/ práticas de trabalho ou revisão dos mesmos são medidas apontadas para gestão deste risco profissional²³.

VENTILAÇÃO

A ventilação inadequada é outro problema que se verifica nos serviços de saúde. Uma ventilação adequada deveria renovar o ar na totalidade e distribuir ar fresco por todo o edifício, com uma temperatura e humidade controladas. Nos edifícios onde estão presentes os utentes, os sistemas de ventilação são, por vezes, ineficazes e as janelas não se podem abrir. A ausência de humidificadores do ar contribui para que as mucosas sequem, sendo também responsável por problemas respiratórios. No entanto, nem sempre há uma verificação periódica da água dos sistemas de ventilação e dos filtros do ar condicionado, o que pode originar graves problemas à saúde ³⁴.

Medidas preventivas para combater este risco são a avaliação do local de trabalho, avaliação da qualidade do ar; reforço de ventilação, adequação dos sistemas de climatização, adoção de procedimentos/ práticas de trabalho ou revisão dos mesmos²³.

ILUMINAÇÃO

Segundo a Portaria n.º 987/93, 6 de outubro, deve dar-se prioridade à iluminação natural em relação à iluminação artificial. Deve existir iluminação de emergência no caso de avarias. A iluminação não deve também afetar a visão dos colaboradores, provocar encadeamento ou fadiga visual ³⁵.

Para o desenvolvimento de uma boa prestação de serviços, para a segurança dos utentes e profissionais é necessário existirem boas condições de iluminação, uma vez que maior parte dos estímulos sensoriais são de natureza ótica e a maioria das tarefas realizadas são essencialmente

sob controlo visual. Se a iluminação for insuficiente podem ocorrer erros, quedas e outros incidentes, e até cefaleias e cansaço visual ³⁴.

Relativamente à iluminação inadequada, os profissionais em estudo podem frequentar locais onde a iluminação pode ser deficiente ou insuficiente de acordo com a tarefa a desempenhar, originando fadiga ocular, dores de cabeça, posturas incorretas, doenças oculares ²³...

A avaliação do local de trabalho, avaliação do grau de luminância; reforço de sistemas de iluminação artificial, pausas periódicas no trabalho, adoção de procedimentos/ práticas de trabalho ou revisão dos mesmos são medidas preventivas assinaladas para minimização deste risco profissional²³.

2.3.3) Riscos Biológicos

Os riscos biológicos caracterizam-se pela presença de microorganismos (vírus, bactérias, fungos, parasitas) no ambiente de trabalho. Estes microorganismos podem entrar no organismo através da via digestiva, respiratória, ocular, cutânea, podendo originar doenças profissionais²¹.

No Decreto Lei número 84/97, artigo 3º, também define o conceito de agentes biológicos como “microorganismos, incluindo os geneticamente modificados, as culturas de células e endoparasitas humanos suscetíveis de provocar infeções, alergias ou intoxicações” ³⁶.

Os agentes biológicos podem ser divididos de acordo com o seu nível de risco infeccioso em quatro grupos, pertencendo ao grupo 1- agentes biológicos com baixa probabilidade de causar doença; grupo 2- agentes biológicos que podem causar doenças no ser humano constituindo perigo para os trabalhadores mas com pouca probabilidade de se propagarem na coletividade, havendo, em regra, tratamentos e meios de profilaxia eficazes; grupo 3- agentes biológicos que podem causar doenças graves no ser humano, constituindo um risco grave para os trabalhadores, sendo suscetível de se propagarem na coletividade mesmo existindo tratamentos e meios de profilaxia eficazes; grupo 4: agentes biológicos que causam doenças graves no ser humano e constituem um risco grave para os trabalhadores, sendo suscetível de apresentar um elevado nível de propagação na coletividade e não existindo, em regra, tratamentos e meios de profilaxia eficazes³⁶.

Algumas medidas preventivas a tomar estão relacionadas com a rigorosa higiene dos locais de trabalho, destruição destes agentes através da esterilização ou uso de cloro, uso de EPI's para evitar o contacto direto com microorganismos, ventilação adequada, manutenção e limpeza de equipamentos de trabalho, vacinação se possível, formação e informação dos trabalhadores, sinalização de segurança²¹...

Os agentes biológicos podem afetar os profissionais de saúde, como também pode afetar os visitantes das unidades de saúde e familiares que coabitam no domicílio dos doentes³⁷.

As principais e potenciais fontes de risco biológico são o contacto direto com os doentes e o manuseamento de produtos biológicos: sangue e seus componentes, fezes, exsudados, secreções e vômitos, bem como os materiais contaminados por estes^{7,38}.

De acordo com o documento intitulado “*Gestão dos Riscos Profissionais em Estabelecimentos de Saúde*”, os profissionais em estudo entram potencialmente em contacto com vários microorganismos (vírus da hepatite B e C, da SIDA, influenza, salmonelas, listéria, bacilos de Koch, herpes vírus...) durante a sua atividade laboral, exemplo, no manuseamento dos resíduos, situações de corte picada ou salpico de instrumentos contaminados com fluído orgânico onde haja soluções de continuidade da pele ou mucosas; contacto interpessoal com pessoas portadoras dos microorganismos referidos anteriormente, através da saliva, tosse ou espirro ou secreções infetadas²³.

São exemplo de medidas preventivas apontadas no combate deste risco, a educação permanente sobre este tópico, aumentar a atenção durante os procedimentos, utilização de EPI's, vacinação dos trabalhadores, realização de exames periódicos aos trabalhadores²⁸. Estas medidas vão de encontro com o Decreto Lei 84/97 que refere, entre outros pontos, a importância da vigilância em saúde dos trabalhadores (artigo 11), a vacinação dos profissionais (artigo 13) e a formação dos trabalhadores (artigo 18)³⁶.

2.3.4) Riscos Ergonómicos

Os fatores de risco ergonómico estão muitas vezes ligados aos fatores de risco físico (aos quais não os podemos separar), no entanto, maioritariamente decorrem da organização e gestão de situações de trabalho. Alguns fatores que podemos associar a estes riscos ergonómicos são o esforço físico, posturas adotadas, manipulação de cargas, movimentos repetitivos, atividades monótonas... Destacamos de seguida²¹:

- Esforço físico e posturas adotadas- resultado das funções e atividades físicas e manuais dos trabalhadores que produzem efeitos negativos e problemas graves musculoesqueléticos, como por exemplo lesão do menisco, tendinites, lombalgias de esforço²¹.

- Manipulação de cargas- qualquer operação de levantamento, deslocação e transporte de cargas. Os riscos presentes na manipulação manual de cargas são adoção de posturas inadequadas, diminuição das áreas disponíveis de ação e manipulação de cargas volumosas e pesadas. As

principais lesões associadas à manipulação de cargas são problemas relacionados com a coluna vertebral e problemas musculares²¹.

Entende-se por movimentação manual de cargas “qualquer operação de transporte e sustentação de uma carga, por um ou mais trabalhadores, que, devido às suas características ou condições ergonômicas desfavoráveis, comporte riscos para os mesmos, nomeadamente na região dorso-lombar”³⁹.

Entre as medidas preventivas para reduzir o risco inerente a estes fatores cita-se a adoção de medidas de automação e reorganização do trabalho adequadas (de forma a reduzir a movimentação manual de cargas) ou mesmo a utilização de instrumentos/ ferramentas (equipamentos mecânicos) que evitem ou ajudem nessa manipulação de uma forma adequada e segura^{21,39}.

Os riscos ergonômicos são os mais frequentes e os que afetam com diferente gravidade os trabalhadores, por exemplo, os que interagem com os idosos com pouca mobilidade são obrigados a movimentar os doentes diversas vezes ao dia ⁴⁰, para os levantar, deslocar, sentar ou deitar, dar banho, apoiar, representando uma carga considerável para os sistemas músculo-esqueléticos dos trabalhadores, podendo mesmo dar origem a lesões músculo-esqueléticas^{41,42}.

Os trabalhadores em causa, devido ao transporte e mobilização de cargas (exemplo de pessoas), podem sofrer lesões músculo-esqueléticas, acidentes resultantes da mobilização de doentes, da receção, manipulação e armazenamento de cargas. No que diz respeito às posturas extremas e esforço físico, a repetição de movimentos e a permanência em posições desconfortáveis, podem originar dores e lesões músculo-esqueléticas, cansaço e fadiga precoce, diminuição da concentração²³...

O levantamento de cargas com esforço, a movimentação manual, as posturas de trabalho penosas são tarefas frequentes no tratamento diário dos utentes, essencialmente junto das Ajudantes de Ação Direta. No entanto, ocorrem também no desempenho de outras tarefas tais como, a movimentação de roupas, de mercadorias, de materiais, no empurrar de carrinhos, camas, contentores de lixo, assim como na execução de serviços de limpeza ⁴³.

Os riscos ergonômicos foram identificados com maior regularidade, sendo os mais frequentes num lar de idosos e os que afetam com diferente gravidade a totalidade dos trabalhadores. As posturas incorretas adotadas e o levantamento manual de cargas inerente aos cuidados prestados aos utentes são os principais causadores de lesões músculo-esqueléticas dos trabalhadores. Estes riscos são os mais estudados e referidos por vários trabalhos científicos⁴⁴⁻⁴⁹.

Medidas preventivas descritas para colmatar estes riscos são a realização de formações teórico-práticas sobre temas inerentes a este assunto (exemplo, manipulação adequada de pessoas, manuseamento de carga...), realização de pausas durante a atividade laboral, organização de procedimentos de trabalho, ginástica laboral²⁸, utilização de ajudas técnicas ou mecânicas (exemplo, pranchas de transferência, disco giratório no pavimento, estruturas de transferência)⁶. Deve ainda haver uma correta avaliação ergonómica do local de trabalho, reorganização do espaço laboral e possível substituição de equipamento²³.

2.3.5) Riscos Psicossociais

Fatores psicossociais são características inerentes às condições e organização do trabalho que afetam a saúde dos indivíduos, através de processos psicológicos e fisiológicos. Estes fatores resultam da interação do indivíduo, das condições de vida e de trabalho⁵⁰.

Os riscos psicossociais aparecem quando ocorre um desequilíbrio entre as interações do trabalho (o seu ambiente, satisfação do trabalho, as suas condições e organizações)⁵¹.

São muitos os fatores psicossociais de risco e, apesar de todos estarem relacionados entre si, podemos agrupá-los em várias categorias nomeadamente, fatores ligados à tarefa, onde se destaca a monotonia, repetitividade, relação entre o volume de trabalho e o tempo disponível, interrupções nas tarefas, o trabalho cognitivo, o trabalho emocional..., fatores associados à organização do tempo de trabalho, onde se salienta a duração e distribuição dos tempos no horário de trabalho, trabalho noturno e por turnos..., fatores relacionados com a estrutura da organização, onde se realça o apoio social de colegas e superiores hierárquicos, práticas de formação e informação, salário... e por último outros fatores psicossociais, como é o exemplo das características da empresa e do posto de trabalho⁵¹.

Complementarmente, para outros autores, os vários fatores de risco associados ao nível psicossocial são a violência no trabalho⁵², intimidação ou assédio moral, discriminação (por género, idade, etnia, nacionalidade, deficiência, orientação sexual, etc.), relações hierárquicas, fatores relacionados com o stress, consumo de álcool e drogas no local de trabalho, satisfação profissional, exigências muito altas ou muito baixas em relação às competências, etc²¹.

Os fatores de risco acima mencionados podem ter efeitos negativos no trabalhador como efeitos psicológicos (sentimentos de insegurança, ansiedade, medo, fobias, apatia, depressão, alterações de memória, atenção e pensamento...); reações de comportamento (reclamações, greves, atrasos, absentismo, falta de participação, infelicidade, resignação...); consequências psicofisiológicas

(transtornos cardiovasculares: enfartes; respiratórios: asma; base imunológica: artrite reumatoide; gastrointestinais: dispepsia, úlcera péptica, doença de Crohn; dermatológica: psoríase e alergias; endocrinológicos, musculoesqueléticos: contraturas, dores; distúrbios da saúde mental), bem como acidentes e incidentes de trabalho (devido às distrações, comportamentos inseguros...) ⁵¹.

O stress profissional e a organização do trabalho inadequada são fatores de riscos psicossociais, associados aos auxiliares de ação médica/ ajudantes de ação direta ⁵³.

Os fatores adicionais de stress, presentes nos lares de idosos, destaca-se a confrontação com a dor e morte de utentes, a falta de autonomia, a monotonia de algumas tarefas e a falta de apoio e de feedback por parte das chefias ⁴³.

O apoio diário de utentes que apresentam fragilidades, que necessitam de cuidados específicos (indivíduos muitas vezes dependentes física e emocionalmente das pessoas que trabalham num lar), o contacto com a dor, com a doença e com a morte são elementos que podem gerar situações de stress ⁴³.

Doenças ou sintomas apontados para estes fatores são alterações de comportamento, irritabilidade,, cansaço, alterações metabólicas, desconcentração, stress, problemas familiares e com colegas, alterações do ritmo sono-vigília... Algumas atividades estão na base de o trabalho por turno, trabalho prolongado ou o elevado ritmo de trabalho, trabalho em domínio desconhecido, atividades sem recursos inadequados, mudanças tecnológicas rápidas, insegurança no trabalho, horários rotativos, situações de desgaste emotivo ²³...

São medidas indicadas no combate deste risco, o reforço da vigilância em saúde dos trabalhadores, reorganização do trabalho, reforço de grupos de apoio e ajuda e realização de ações de promoção da saúde ²³.

2.3.6) Riscos Organizacionais

Os fatores de risco organizacionais conjugam-se com a maioria dos domínios e contextos da atividade organizacional. Pode-se enumerar os principais fatores de risco organizacionais como a organização de trabalho; a precariedade dos vínculos contratuais; o grau de controlo sobre o próprio trabalho; o ritmo de trabalho; a rotatividade dos postos de trabalho; as novas tecnologias da informação e comunicação; a dimensão da empresa; o sistema de pagamento; as exigências de produtividade ou obrigação de resultados; a impossibilidade de discutir condições de trabalho e mudanças organizacionais ^{21,23}.

2.3.7) Riscos Individuais

Os fatores de risco pessoais/individuais são descritos como por exemplo o género, a idade e o tempo de trabalho. São fatores sempre presentes no contexto de trabalho e na atividade profissional, difícil de isolar de outras variáveis e determinantes nas posturas assumidas pelos trabalhadores no seu desempenho profissional²¹.

Nas estruturas residenciais para idosos, a maioria dos trabalhadores são mulheres²⁰.

3) PERCEÇÃO DO RISCO

Perceção do risco é a forma como um indivíduo ou grupo de pessoas interpreta e valoriza um determinado risco. O risco pode ter diferentes significados dependendo do indivíduo em causa e do contexto ⁵⁴.

Relativamente à perceção do risco, há que considerar um grande número de fatores na decisão de um indivíduo aceitar ou não um risco. Os indivíduos classificam os riscos como negligenciáveis, toleráveis, aceitáveis e inaceitáveis; comparando com os benefícios. Estas apreciações dependem da idade, do sexo, da cultura e dos antecedentes educacionais (compreensão científica sobre o tema) dos indivíduos. A perceção do risco também pode ser influenciada pelo facto da exposição ser ou não voluntária, assim como a falta de controlo individual da situação⁵⁵.

A perceção do risco é um conjunto de crenças, atitudes, avaliações e sentimentos das pessoas relativo às situações de perigo e dos riscos associados. A perceção do risco é um conceito subjetivo que é influenciado por uma multiplicidade de fatores ⁵⁶.

As perceções de riscos laborais indicam a visão dos trabalhadores sobre os riscos a que estão expostos durante a sua atividade laboral. Este processo é interpretativo de uma certa realidade organizacional, tendo um certo nível de subjetividade. As perceções de riscos no trabalho são o reflexo das ameaças laborais, no entanto podem não ser o retrato fíável e autêntico da realidade organizacional, uma vez que podem representar uma forma deformada de capturar o mundo exterior. Para os trabalhadores, essas perceções de riscos são completamente reais e objetivas, atuando em consonância com essas mesmas perceções ¹⁷.

Os fatores que influenciam as perceções de riscos, nos locais de trabalho, são fatores individuais (condição física e psíquica do trabalhador, fadiga, doença, stress, consumo de álcool ou

drogas...), riscos compreendidos pelos sentidos humanos (riscos visíveis), riscos não percebidos pelos sentidos humanos (riscos invisíveis), ambiente ocupacional (ruído, iluminação, qualidade do ar...), fatores organizacionais (trabalho monótono e cadenciado, trabalho noturno...)¹⁷,⁵⁷.

A reduzida percepção de riscos no trabalho é um fator desencadeante para a ocorrência de acidentes de trabalho. Deste modo, uma percepção enviesada dos riscos laborais é uma das possíveis causas para a sinistralidade laboral⁵⁸.

A percepção de riscos no trabalho varia de trabalhador para trabalhador; esta percepção está ligada à sua história de vida pessoal, à idade, aos seus interesses individuais, ao lugar que ocupa nas relações de poder formal e informal dentro da organização, à satisfação perante o trabalho, à antiguidade na empresa ou no posto de trabalho e ao seu próprio estatuto social. Ou seja, a percepção de riscos laborais depende da história de vida de cada pessoa, da sensibilidade pessoal e da posição que ocupa no meio social onde está inserido⁵⁹.

Resumindo, a percepção dos riscos profissionais é afetada pelos seguintes fatores: idade, gênero, habilitações (formais e informais), experiência profissional e na função, estado de saúde, pressão do grupo, tipos e efeitos dos riscos, sensação de exposição e do controle sobre os riscos, normas, regras, legislação, crenças, atitudes e estereótipos, avaliações de riscos dos especialistas e performance de segurança na empresa, cultura e clima de segurança e/ou organizacional, memória dos acidentes anteriores (causas, consequências e custos), sinalização de segurança e obrigatoriedade de utilização de EPI, personalidade, hábitos, poder, estatuto, valores e culturas profissionais, medo, ansiedade, stress e sensação de vulnerabilidade socioprofissional, influências primárias (amigos e família) e secundárias (mídia e figuras públicas)¹⁷,⁵⁷,⁶⁰.

4) PREVENÇÃO DOS RISCOS OCUPACIONAIS

O direito ao trabalho e o direito dos trabalhadores usufruírem de um trabalho digno e em “condições de higiene, segurança e saúde”, com “retribuição” justa e em “condições socialmente dignificantes” que ajudem à “realização profissional” permitindo a “conciliação da vida profissional com a vida familiar” são direitos contemplados na Constituição da República Portuguesa (artigo 58º e 59º)⁶¹.

Complementarmente, o Código do Trabalho estabelece um capítulo específico para a prevenção e reparação dos acidentes de trabalho e doenças profissionais (artigo 281º a 284º), destacando-se a lei 102/2009 de 10 de setembro, que descreve a legislação específica referente à prevenção dos riscos ocupacionais, intitulada de “Regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho”, destacando-se o ponto do artigo 5º na “promoção e vigilância de saúde dos trabalhadores, na sensibilização da sociedade e criação de uma cultura de prevenção”¹⁴.

A segurança dos locais de trabalho constitui a primeira preocupação social que levou à criação da legislação laboral. O foco da prevenção do ponto de vista da proteção dos trabalhadores em muito se deve à atuação da OIT que desde a sua origem em 1919, tem desenvolvido temas de Higiene e Segurança, quer medidas genéricas quer em condições específicas por profissões, atividades e produtos utilizados ou fabricados^{13,62}.

Em Portugal, uma das normas legais mais importantes é a Lei 3/2014, que procedeu à segunda alteração à Lei 102/2009 onde aprova o regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho⁶³.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC), extensão 2018-2020, um dos princípios estratégicos do plano, que visam reforçar a capacidade organizativa, planeamento e intervenção e a instituição de boas práticas em saúde do trabalho é a prevenção dos riscos profissionais onde refere que é através do combate aos fatores de risco (assegurando condições de trabalho que evitem efeitos adversos na saúde dos trabalhadores), com o apoio da incrementação do processo de identificação, avaliação e gestão de riscos profissionais, dando ênfase ao controlo de riscos no local de trabalho, sempre que possível na origem¹³.

Ainda segundo este documento, a Saúde Ocupacional intervém em diversas áreas da saúde (vacinação, tuberculose, doenças respiratórias, saúde mental...), colocando o foco na prevenção dos riscos profissionais e vigilância/promoção da saúde dos trabalhadores. Esta reação pode contribuir para o reforço e implementação das orientações de saúde, aquando a prestação dos cuidados de saúde dos trabalhadores¹³.

Um ambiente de trabalho seguro e saudável é um direito fundamental. Para que tal aconteça é necessário adotar medidas preventivas que garantam a segurança e saúde de todos os trabalhadores, incluindo a prevenção de todos os riscos profissionais tornando os ambientes de trabalho saudáveis, tendo a Saúde Ocupacional um papel fundamental^{13,23}.

A prevenção de riscos profissionais constitui um dos fatores de desenvolvimento das instituições, pois contribui para a sua competitividade e para a qualidade de vida dos trabalhadores. Se os índices de sinistralidade e os casos de doenças profissionais diminuírem, o absentismo dos trabalhadores e os tempos de paragem diminuem na mesma proporção, fortalecendo a imagem das instituições, ajudando na fixação de trabalhadores qualificados e atraindo utentes, famílias que sigam a sua atividade laboral²⁰.

4.1) MEDIDAS GLOBAIS

Quanto à hierarquização de medidas preventivas/corretivas, no âmbito do controlo de riscos profissionais, de acordo com a ACT, deve-se considerar o seguinte⁶⁴:

“1 - Eliminar o fator de risco profissional – Esta deve ser a primeira atitude a tomar em termos de prevenção. Sempre que não se consiga eliminar o fator de risco, avaliar a forma de diminuir o risco a ele associado.

2- Substituir o fator de risco profissional – como por exemplo substituir um agente/material perigoso por outro menos perigoso.

3 - Implementar medidas de engenharia – como por exemplo a instalação de proteções nas máquinas e equipamentos perigosos, a instalação de sistemas de ventilação geral ou localizada para captação de poeiras, fumos ou gases, entre outros.

4 - Implementar medidas administrativas e organizativas – como por exemplo formação aos trabalhadores, rotatividade dos postos de trabalho de forma a repartir a carga de tarefas mais penosas, ajuste de horários, pausas.

5 - Implementar medidas de proteção individual – utilização EPI, adequados à tarefa a desempenhar.”

Neste sentido, os Princípios Gerais de Prevenção constituem-se como obrigações derivadas da obrigação principal dos empregadores de assegurar aos trabalhadores condições de segurança e saúde em todos os aspetos relacionados com o trabalho. A UGT, num documento intitulado de “*Directiva 89/391/CEE, de 12 de Junho*”, também define a hierarquia dos Princípios Gerais de Prevenção apresentadas a seguir⁶⁵:

1º Evitar ou eliminar os riscos;

2º Avaliar os riscos que não podem ser evitados ou eliminados;

3º Combater os riscos, na origem;

4º Adaptar o trabalho ao homem, agindo sobre a conceção, a organização e os métodos de trabalho e de produção;

5º Realizar todos estes objetivos tendo em conta o estado de evolução da técnica;

6º Substituir o que é perigoso pelo que é isento de perigo ou pelo que se assuma como menos perigoso;

7º Integrar a prevenção dos riscos num sistema coerente que abranja a produção, a organização, as condições de trabalho e o diálogo social;

8º Adotar prioritariamente as medidas de proteção coletiva, recorrendo às medidas de proteção individual unicamente no caso de a situação impossibilitar qualquer outra alternativa;

9º Formar e informar os trabalhadores.”

Em termos legais, o regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho, presente na Lei nº 102/2009, no seu artigo 15º- Obrigações gerais do empregador – refere como um dos princípios gerais de prevenção, que devem ser priorizadas as medidas de proteção coletiva em relação às medidas de proteção individual¹⁴.

Existem algumas recomendações/ Precauções Universais ou Padrão para o combate dos diversos riscos ocupacionais presentes no dia-a-dia laboral, em unidades de saúde, que permitem reduzir ou eliminar os riscos biológicos, químicos, físicos... sendo eles^{29,36,66,67}:

- Vacinação: os trabalhadores devem ter o plano individual de vacinação atualizado³⁶;
- Normas de higiene pessoal: devem-se observar as feridas/ lesões nas mãos e ser cobertas com apósitos impermeáveis; cumprir as normas da Direção Geral da Saúde (DGS) sobre a correta lavagem das mãos⁶⁶; não sendo permitido comer, beber ou fumar nos locais de trabalho ³⁶;
- Barreiras de Proteção^{36,66,67}:

- Luvas: uso obrigatório, devendo ser mudadas entre utentes e retiradas imediatamente após a sua utilização;
- Máscaras, proteções oculares e ecrãs de proteção: estes dispositivos devem ser selecionados de acordo com as patologias e o tipo de filtragem necessária;
- Batas/ Farda: devem ser utilizadas sempre que os profissionais de saúde permaneçam nas instalações e sempre haja a possibilidade de ocorrer derrames de líquidos orgânicos.
- Aventais de plástico: devem ser utilizados para proteger a bata durante procedimentos que envolvam salpicos de líquidos orgânicos.
- Isolamento: Seleção do tipo de isolamento dos doentes de acordo com as patologias, a cadeia epidemiológica da infeção e as vias de transmissão⁶⁷;
- Cuidados a ter com objetos cortantes e perfurantes⁶⁷;
- Desinfecção e esterilização corretas dos instrumentos e superfícies: Estes produtos poderão ter características de toxicidade para o homem pelo que se deve adotar as medidas de proteção apropriadas e seguir as instruções de utilização da ficha de segurança na sua utilização^{29,67};
- Medidas de controlo ambiental (Implementação de medidas gerais de controlo)⁶⁷:
 - da higienização do ambiente e alimentação;
 - circuito das roupas e dos resíduos,
 - transporte de doentes.

As ações ou medidas de prevenção e proteção coletiva ou organizacional podem não ser suficientes para reduzir os riscos profissionais. Assim, para combater essa insuficiência deve-se implementar uma política de sensibilização e utilização de EPI para proteção do trabalhador aos riscos a que está exposto, contribuindo para a melhoria das condições de segurança no trabalho^{14,64,68-70}.

4.2) EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

No que concerne ao Regulamento (EU) 2016/425 do Parlamento Europeu e do Conselho de 9 de março de 2016, relativo aos equipamentos de proteção individual e que revoga a Diretiva 89/686/CEE (Comissão Económica Europeia) do Conselho, no artigo 3º, entende-se por equipamentos de proteção individual⁶⁸:

“a) Equipamentos concebidos e fabricados para serem envergados ou manejados por uma pessoa para sua proteção contra um ou mais riscos para a sua saúde ou segurança;

b) Componentes intermutáveis para os equipamentos referidos na alínea a) que sejam essenciais para a sua função protetora;

c) Sistemas de ligação para os equipamentos referidos na alínea a), que não sejam manejados ou envergados por uma pessoa, que sejam concebidos para ligar esses equipamentos a um dispositivo externo ou a um ponto de fixação seguro, que não sejam concebidos para serem fixados de modo permanente e que não exijam uma ação de fixação antes de serem utilizados.”

Ainda em termos legais, de acordo com o Decreto-Lei n.º 348/93, de 1 de outubro, equipamentos de proteção individual é *“todo o equipamento, bem como qualquer complemento ou acessório, destinado a ser utilizado pelo trabalhador para se proteger dos riscos para a sua segurança e para a sua saúde”*⁶⁹.

Alguns exemplos de EPI são o capacete de segurança, as luvas de proteção, os protetores auditivos, os óculos de proteção, os aparelhos de proteção respiratória, o calçado de proteção, o vestuário de proteção, e equipamentos de proteção individual para trabalhos em altura, entre outros⁷⁰.

Como descrito anteriormente, segundo os princípios gerais de prevenção dos riscos profissionais, deve-se dar prioridade à utilização de medidas de proteção coletivas e organizacionais enquanto que a utilização de EPI deve ser aplicada em último recurso⁶⁴.

Os EPI devem ser concedidos aos trabalhadores gratuitamente e devem ser adequados aos riscos a que o profissional está exposto durante a sua atividade laboral. Para que haja uma correta utilização e manutenção dos EPI, os trabalhadores devem possuir informação e formação sobre esses equipamentos que permita o desenvolvimento da sua tarefa de forma segura e responsável^{33,70}.

CAPÍTULO II- METODOLOGIA

No capítulo da metodologia vamos abordar inicialmente a problemática do estudo, em seguida os objetivos e questões de investigação. Posteriormente abordaremos os instrumentos de investigação, onde se insere a estrutura do questionário, o procedimento de recolha de dados, as variáveis dependentes e independentes. Para terminar, especificaremos os procedimentos de análise dos dados.

1)MATERIAIS E MÉTODOS

1.1.) PROBLEMÁTICA DA INVESTIGAÇÃO

O aumento da esperança de vida, e conseqüentemente o aumento da população envelhecida, as inerentes dependências ao nível da saúde do idoso e as alterações na estrutura familiar, levam as famílias a procurarem respostas de apoio para cuidar dos seus idosos, o que leva à necessidade crescente de respostas sociais, como é o exemplo das instituições de apoio e cuidados a idosos (lares de idosos). Assim, o exercício desta atividade potencia o crescimento de profissionais associados a esta realidade. Os profissionais que prestam os cuidados a idosos, designam-se de ajudantes de ação direta. Segundo a legislação portuguesa, a sua presença é obrigatória durante as 24 horas do dia.

Estes profissionais estão expostos a inúmeros riscos laborais onde se podem considerar os fatores químicos, físicos, biológicos, ergonómicos e psicossociais, os quais podem originar doenças profissionais e acidentes de trabalho.

Posto isto, é imprescindível realizar um estudo relacionado com este tema, de forma a conhecermos os riscos profissionais a que estão sujeitos, bem como a sua perceção desses riscos por forma a podermos minimizar os seus efeitos na saúde dos trabalhadores, uma vez que a sua ocorrência gera transtornos pessoais, familiares e prejuízos às instituições patronais.

Tendo em conta este pressuposto, foi objetivo geral deste trabalho contribuir para o estudo da temática “Perceção do risco ocupacional em Ajudantes de Ação Direta, num Lar, na Região Centro”.

O estudo foi realizado num Lar na Região Centro do país onde existem as valências de ERPI (Estrutura Residencial Para Idosos), SAD (Serviço de Apoio Domiciliário) e CD (Centro de Dia).

O Lar em estudo foi selecionado por conveniência e por nele se prestar assistência a pessoas em várias valências e situações diversas do dia-a-dia.

De seguida apresentaremos os objetivos gerais e específicos, bem como as questões de investigação inerentes ao presente estudo.

1.2) OBJETIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Este estudo tem como objetivos:

Objetivo Geral:

- Avaliar a perceção dos riscos ocupacionais dos Ajudantes de Ação Direta de um Lar, da Região Centro.

Objetivos Específicos:

- Avaliar que fatores (sociodemográficos, profissionais...) poderão estar associados à perceção e/ou comportamento perante os riscos ocupacionais a que os AAD estão sujeitos;
- Contribuir para o estudo dos riscos ocupacionais a que os profissionais estão expostos e quais as suas fontes;
- Cooperar para melhorar condições de trabalho dos profissionais estudados.

Questões de investigação

A investigação deste estudo teve por base três questões gerais, sendo elas:

- **Questão 1:** *Que fatores poderão estar associados à perceção dos riscos ocupacionais pelos AAD (Ajudantes de Ação Direta) de um Lar da Região Centro?*
- **Questão 2:** *O comportamento dos AAD de um Lar da Região Centro altera-se após a ocorrência de acidentes de trabalho?*
- **Questão 3:** *Qual a perceção dos riscos ocupacionais dos AAD de um Lar da Região Centro?*

Após delinear estas questões gerais, várias subquestões foram criadas de forma a especificar e elaborar as perguntas do instrumento de colheita de dados.

Relativamente à **Questão 1:** “*Que fatores poderão estar associados à perceção dos riscos ocupacionais pelos AAD (Ajudantes de Ação Direta) de um Lar da Região Centro?*” estão relacionadas as seguintes subquestões:

- **Subquestão 1.1-** Há diferenças na percepção do risco dos AAD conforme o sexo?
- **Subquestão 1.2-** Há diferenças na percepção do risco dos AAD conforme a faixa etária?
- **Subquestão 1.3-** Há diferenças na percepção do risco dos AAD conforme as habilitações literárias/ grau de ensino?
- **Subquestão 1.4-** Há diferenças na percepção do risco dos AAD conforme o estado civil?
- **Subquestão 1.5-** Há diferenças na percepção do risco dos AAD conforme o tipo de contrato de trabalho?
- **Subquestão 1.6-** Há diferenças na percepção do risco dos AAD em função do número de anos em serviço?
- **Subquestão 1.7-** Há diferenças na percepção do risco dos AAD em função do número de horas de trabalho semanal?
- **Subquestão 1.8-** Há diferenças na percepção do risco dos AAD conforme o tipo de horário de trabalho?

Este conjunto de subquestões relaciona a percepção do risco com as dimensões “Caraterização Sociodemográfica” e “Caraterização Profissional”.

A **Questão 2:** “*O comportamento dos AAD de um Lar da Região Centro altera-se após a ocorrência de acidentes de trabalho?*” não contém subquestões. A esta questão está associada a dimensão “Comportamento perante os acidentes de trabalho” e respetivamente à subdimensão “Comportamento após ocorrência de acidentes de trabalho”.

Quanto à **Questão 3:** *Qual a percepção dos riscos ocupacionais dos AAD de um Lar da Região Centro?* Estão articuladas as seguintes subquestões:

- **Subquestão 3.1-** Qual o nível de conhecimento dos AAD acerca dos riscos ocupacionais a que estão sujeitos?
- **Subquestão 3.2-** Os AAD consideram exercer uma profissão de risco?
- **Subquestão 3.3-** Como é que os AAD encaram a gravidade do risco associado à sua profissão?
- **Subquestão 3.4-** Quais os tipos de risco a que os AAD atribuem maior gravidade relativamente à sua atividade profissional?
- **Subquestão 3.5-** Que controlo os AAD consideram ter sobre a fonte de risco?
- **Subquestão 3.6-** O que é que os AAD realizam para enfrentar (minimizar/ eliminar) os riscos ocupacionais
- **Subquestão 3.7-** Quais as tipologias de risco que os AAD se consideram mais expostos?

- **Subquestão 3.8-** Como consideram os AAD a sua formação técnica em relação aos riscos ocupacionais a que estão expostos?

Este conjunto de subquestões está associado à dimensão “Conhecimento acerca do risco” (subdimensão: “Perceção do nível de conhecimento acerca dos riscos ocupacionais”), “Gravidade do risco” (subdimensões: “Perceção do nível de risco atribuído à própria profissão” e “Perceção do nível de gravidade dos riscos ocupacionais”), “Controlabilidade do risco” (subdimensão: “Controlo dos riscos ocupacionais), “Comportamento perante o risco” (subdimensões: “Gestão dos profissionais em estudo” e “Gestão da Entidade Empregadora”), “Vulnerabilidade ao risco (físico)” (subdimensão: “Perceção do nível de exposição aos riscos ocupacionais”) e “Vulnerabilidade ao risco (social)” (subdimensões: “Realização de Formação contínua”, “Perceção da adequação da formação contínua” e “Perceção do estado geral da preparação dos profissionais”).

O esquema referente às questões de investigação, subquestões e respetivas questões do questionário será apresentado em Anexo I, resumindo em tabela, o que foi mencionado neste texto.

1.3) INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

O instrumento selecionado para a recolha de dados para o projeto de investigação desta dissertação foi um questionário (Anexo II). A sua construção teve por base estudos de investigação semelhantes: “Perceção dos Riscos Ocupacionais pelos Técnico de Radiologia da Região Autónoma dos Açores”⁷¹, “Perceção dos Riscos Ocupacionais dos Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública da Região Autónoma dos Açores”⁷² e “Perceção do Risco Ocupacional em Enfermeiros e Assistentes Operacionais dos Serviços de Ortopedia de um Hospital Central”⁷³. Também recebeu *inputs* provenientes da consulta da bibliografia sobre riscos ocupacionais, perceção dos riscos, documentos legislativos, procedimentos e normas técnicas sobre este tema.

Como referido anteriormente, de forma a estruturar um questionário específico e dirigido para as AAD, foi criada uma tabela de especificações, para responder às questões gerais da investigação, onde se descrevem os principais domínios a serem investigados e as respetivas questões de investigação (Anexo I).

1.3.1) ESTRUTURA DO QUESTIONÁRIO

A estrutura do questionário utilizado para o projeto de investigação é composta por perguntas fechadas e abertas e construído com os seguintes objetivos/dimensões:

-Caracterização da população a nível sociodemográfico:

- Sexo;
- Idade;
- Habilitações Literárias/ Grau de Ensino;
- Estado Civil.

-Caracterização da população a nível profissional:

- Situação profissional atual;
- Anos de exercício profissional na área;
- Carga horária semanal;
- Horário (turno fixo ou rotativo).

-Caracterização da população a nível da formação sobre higiene e segurança no trabalho:

- Frequência em formações sobre o tema;
- Em que ano as realizou;
- Adequação dessas formações.

-Caracterização da população relativa a acidentes de trabalho

- Sofreram algum acidente de trabalho no serviço;
- Que tipo de acidente sofreram;
- Comportamento face aos procedimentos de segurança.

- Caracterização da população relativa a perceção do risco:

- Conhecimento dos perigos inerentes à própria atividade profissional;
- Nível de risco que comporta a própria atividade profissional;
- Listagem dos perigos e situações mais graves relacionadas com a profissão;
- Descrição de medidas preventivas para cada perigo indicado;
- Aplicação das medidas preventivas;
- Perceção dos trabalhadores sobre a criação de condições, pela sua entidade empregadora, para minimizar riscos ocupacionais;

- Tipos de riscos a que o trabalhador em estudo está exposto no seu local de trabalho (conjunto de situações de perigo previamente selecionadas).

Salienta-se que a primeira página do questionário, bem como o consentimento informado (Anexo III), folha que acompanha o questionário, destaca o âmbito do estudo, os seus objetivos, bem como a total confidencialidade e anonimato a que os participantes estiveram sujeitos.

1.3.2) PRÉ-TESTE

A validação dos questionários passou por um pré-teste, com o objetivo de verificar a compreensão, clareza e objetividade do questionário aplicado, bem como apurar o tempo de preenchimento. Assim, o questionário foi aplicado a quatro AAD de outras instituições com características semelhantes ao serviço em estudo, na mesma área geográfica da instituição em estudo.

Esta etapa foi realizada em janeiro 2020. Os AAD foram pessoalmente convidados a participar no estudo. No pré-teste os AAD indicam lacunas na escrita, havendo necessidade de correção e alteração do português. O tempo médio de preenchimento foi de dez a quinze minutos.

1.4) PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Antes de iniciar a colheita de dados foi necessário o pedido de autorizações dos responsáveis de cada instituição envolvente (da Comissão de Ética da Faculdade Medicina da Universidade de Coimbra, bem como da Instituição em estudo). Este processo demonstrou-se complexo e algo demorado.

A Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra emitiu “Parecer Favorável” para a realização do estudo, após análise do projeto de investigação. (Anexo IV)

Foi, ainda, solicitado por escrito a autorização ao presidente da Instituição em estudo para a realização da investigação (Anexo V). No pedido foram destacados o âmbito do estudo, os objetivos do estudo, bem como o instrumento/método de colheita de dados a utilizar.

Após a obtenção das respetivas autorizações, descritas anteriormente, iniciamos a recolha de dados entre o dia 1 de fevereiro e 29 de fevereiro de 2020 (como podemos verificar em Anexo VI, o cronograma). Os questionários foram entregues aos participantes após explicado ao grupo

os objetivos do estudo e o instrumento a utilizar. Sempre que possível foi pedido aos participantes que respondessem na hora.

Dos 42 AAD da instituição, foi possível reunir 39 questionários válidos. A adesão foi de aproximadamente 92% relativamente à população com critérios de inclusão no estudo. A adesão não corresponde a 100%, uma vez que houve uma AAD que não mostrou interesse em participar no estudo, outra AAD que esteve de férias durante o mês de fevereiro (período correspondente à colheita de dados) e outra AAD que estava de baixa médica prolongada, não podendo participar no estudo.

1.4.1) CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

Face ao exposto anteriormente, a população participante neste estudo é constituída por 42 AAD (pertencentes às valências de ERPI, SAD e CD) da instituição em estudo. Apenas 39 participaram no estudo. Considerando os objetivos propostos, as questões levantadas e as variáveis utilizadas designamos que se trata de um estudo quantitativo, descritivo, correlacional.

Neste contexto, definimos como critérios de inclusão:

- Concordar em participar no estudo;
- Trabalhar na assistência direta aos utentes.

Como critérios de exclusão:

- Trabalhadores ausentes por longos períodos (como por exemplo férias prolongadas, licença de maternidade, ausência por doença...).

Assim, foram distribuídos os questionários a todos os elementos da população (42 AAD). Existiram não-respondentes (três casos). Após a recolha de respostas, obtivemos 39 questionários válidos que constituíram a nossa amostra.

1.5) VARIÁVEIS EM ESTUDO

Para realizar um estudo de investigação é necessário definir quais as variáveis em estudo pois são a base de qualquer estudo. Assim, consideramos dois tipos de variáveis.

1.5.1) VARIÁVEL DEPENDENTE

No presente estudo a variável dependente é definida por:

- **Riscos ocupacionais dos Ajudantes de Ação Direta;**

De forma a operacionalizar a variável dependente, utilizaram-se indicadores para torna os conceitos mensuráveis. Como indicador para medir os Riscos ocupacionais considerámos a utilização de medidas de proteção adequadas e implementadas nos serviços face aos diferentes tipos de riscos. Necessidade de dar formação aos trabalhadores destes serviços sobre a segurança e saúde no trabalho e a ocorrência de acidentes de trabalho.

1.5.2) VARIÁVEL INDEPENDENTE

Como variáveis independentes, no nosso estudo, definimos as seguintes:

- **Variáveis sociodemográficas**
 - Sexo;
 - Idade;
 - Habilitações Literárias/ Grau de Ensino;
 - Estado Civil.
- **Variáveis socioprofissionais**
 - Situação profissional atual;
 - Anos de exercício profissional na área;
 - Carga horária semanal;
 - Horário (turno fixo ou rotativo);

1.6) PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

O software usado no tratamento de dados foi o IBM® SPSS® v.25.0, cuja licença foi fornecida pela Universidade de Coimbra, com recurso ao Microsoft Excel em algumas circunstâncias específicas de tratamento descritivo de dados.

As respostas dos questionários foram introduzidas diretamente na matriz do SPSS, pois estas foram propositadamente codificadas no próprio questionário de forma a facilitar a sua introdução.

Os resultados obtidos foram inicialmente avaliados de forma descritiva, para a qual foram calculadas estatísticas adequadas, permitindo descrever e analisar a amostra e estudo recorrendo às medidas de localização e de tendência central e às medidas de dispersão. Para além desta análise, recorreu-se a testes estatísticos não paramétricos, devido ao número da amostra ser pequeno e devido à sua não normalidade. A avaliação da independência de variáveis qualitativas nominais ou tratadas como tais foi feita através do teste do Qui-Quadrado ou do teste de Fisher, quando os pressupostos do primeiro não foram cumpridos.

O nível de significância usado em toda a análise estatística foi de 5% ($p=0,05$) com intervalo de confiança de 95%. Para um p significativo ($\leq 0,05$) rejeita-se a hipótese nula (H_0), isto é, observam-se diferenças entre grupos. Para um $p > 0,05$ não se rejeita H_0 , ou seja, não se observam diferenças significativas entre os grupos.

CAPÍTULO III- APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados quantitativos obtidos após a aplicação do instrumento de colheita de dados e o respetivo tratamento estatístico. Será dividido em 5 tópicos (Caraterização Sociodemográfica, Caracterização Profissional, Formação, Acidentes de Trabalho e Perceção do Risco) seguindo a ordem do questionário utilizado que se encontra em anexo (Anexo II). Para melhor interpretação dos dados recorreu-se à utilização de tabelas e figuras.

1) CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

- Sexo

A amostra é composta por 39 AAD. Verifica-se através da análise da Tabela 1 e Figura 1 que a amostra é constituída 100% por mulheres. Profissão exercida maioritariamente por mulheres.

Tabela 1-Sexo.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Feminino	39	100,0	100,0	100,0

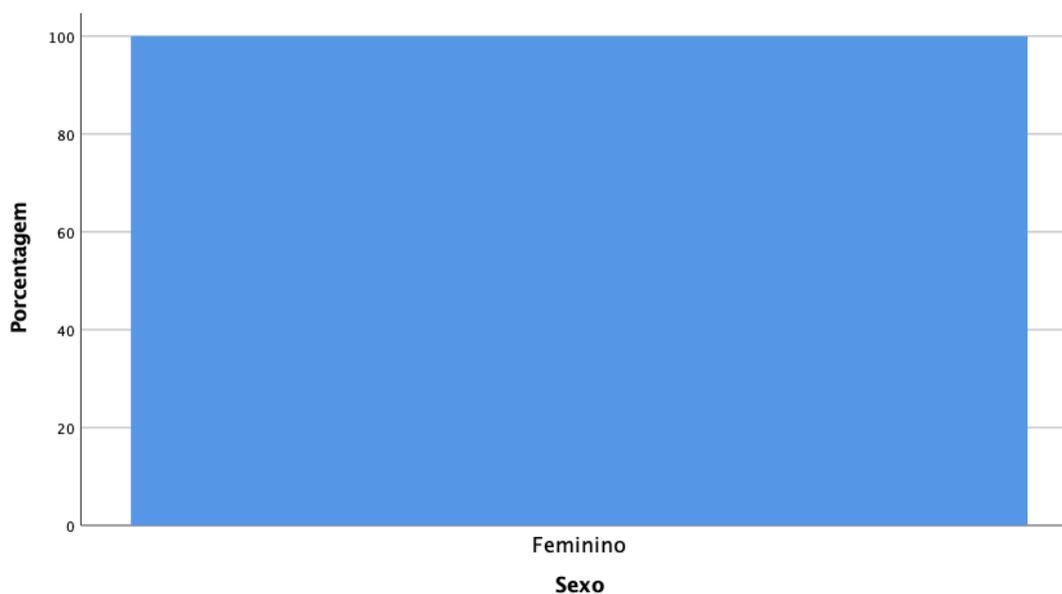


Figura 1-Distribuição da amostra segundo o "Sexo".

- **Idade**

Relativamente à faixa etária da amostra podemos constatar que a média de idades é de aproximadamente de 49 anos, com idade mínima de 27 anos e máxima de 65 anos. O desvio padrão é de 9,371 e a mediana de 51. (Tabela 2 e Figura 2).

Tabela 2- Idade.

		Idade
N	Válido	39
	Omisso	0
Média		49,85
Mediana		51,00
Erro Desvio		9,371
Mínimo		27
Máximo		65

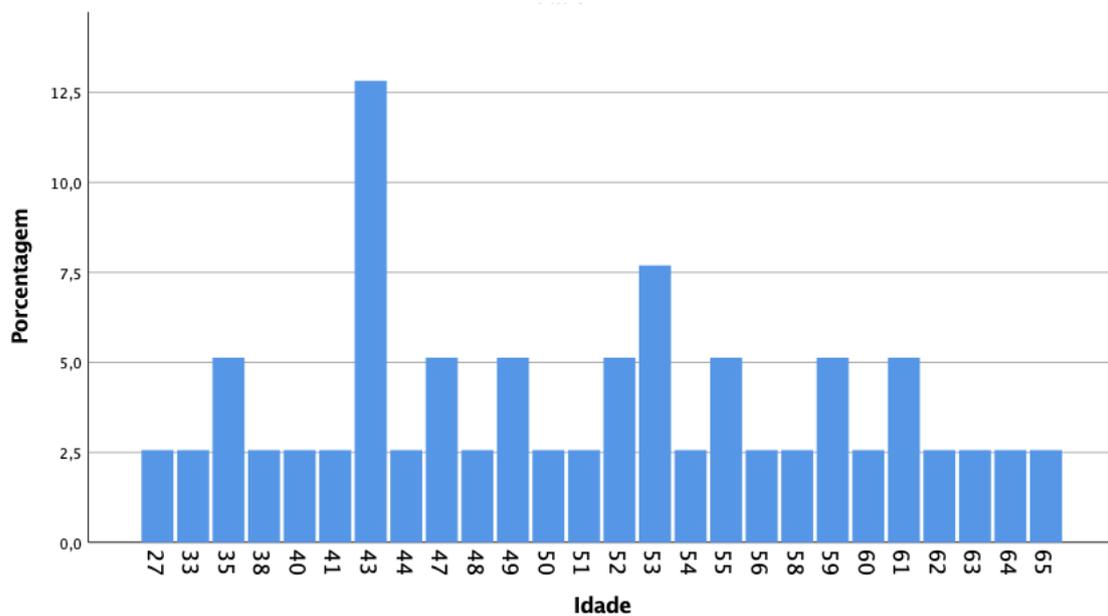


Figura 2- Distribuição da frequência de AAD por idades.

- **Habilitações Literárias/ Grau de Ensino**

No que diz respeito às habilitações literárias, a maioria das AAD tem entre os 7 e os 9 anos de escolaridade (51,3%). Cerca de 38,5% refere ter entre 10 a 12 anos de escolaridade. 2,6% refere ter até 4 anos de escolaridade e 7,7% entre 5 a 6 anos de escolaridade, como podemos constatar nas seguintes Tabela 3 e Figura 3.

Tabela 3- Habilitações Literárias/ Grau de Ensino.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	0 a 4 anos de escolaridade	1	2,6	2,6	2,6
	5 a 6 anos de escolaridade	3	7,7	7,7	10,3
	7 a 9 anos de escolaridade	20	51,3	51,3	61,5
	10 a 12 anos de escolaridade	15	38,5	38,5	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

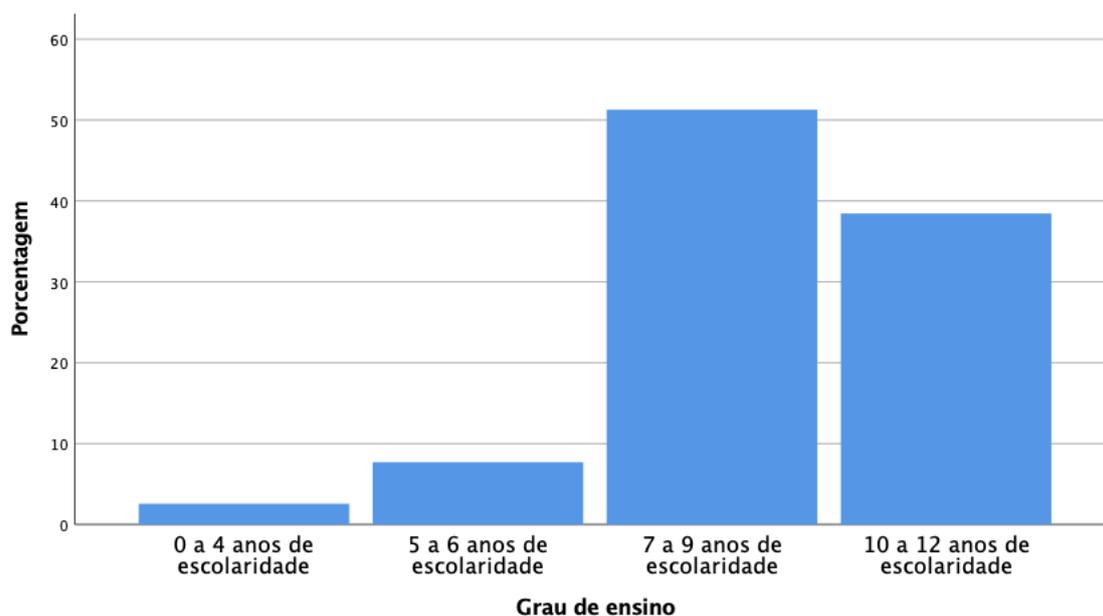


Figura 3- Distribuição da amostra por “Habilitações Literárias/ Grau de Ensino”.

- **Estado Civil**

Quanto ao Estado Civil, apresentamos a seguinte Tabela 4 e Figura 4.

Tabela 4- Estado Civil.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Solteira	3	7,7	7,7	7,7
	Casada	24	61,5	61,5	69,2
	União de Facto	3	7,7	7,7	76,9
	Divorciada	7	17,9	17,9	94,9
	Viúva	2	5,1	5,1	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

No que toca ao estado civil, a amostra é maioritariamente casada, apresentando 61,5%. 7 AAD referem ser divorciadas (17,9%), 3 AAD são solteiras (correspondendo a 7,7%), outras 3 profissionais estão em união de facto e 2 referem ser viúvas (5,1%).

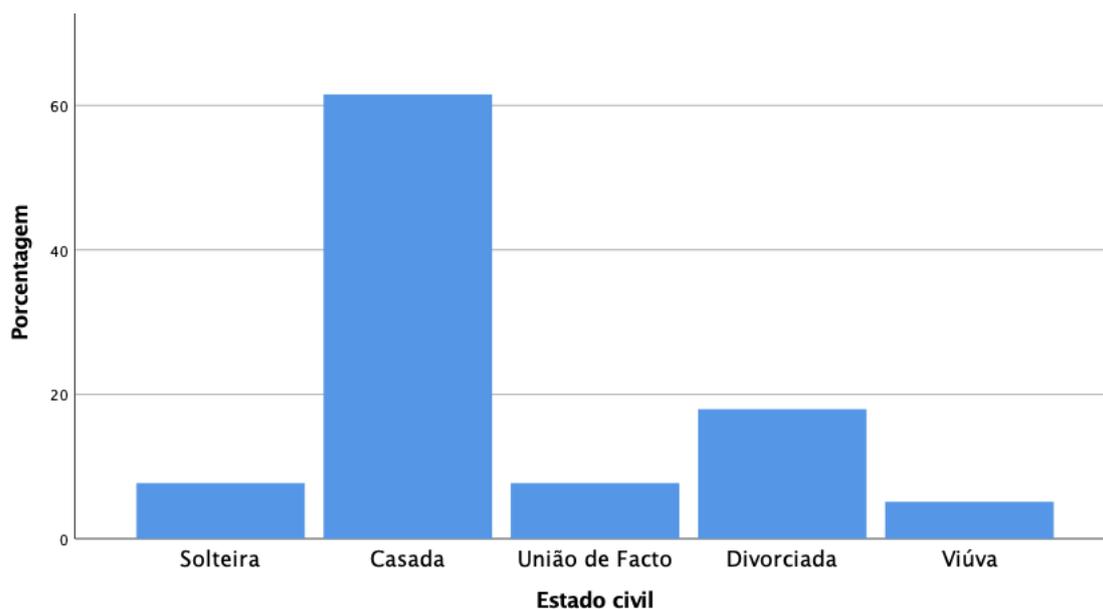


Figura 4- Distribuição da amostra por “Estado Civil”.

2) CARATERIZAÇÃO PROFISSIONAL

- Situação Profissional Atual

Relativamente à situação profissional (Tabela 5 e Figura 5), sublinhamos que 64,1% dos profissionais encontram-se em situação de contrato de trabalho sem termo (correspondendo a 25 participantes), 30,8% a contrato a termo certo (12 participantes) e 5,1% a termo incerto (2 participantes).

Tabela 5- Situação Profissional Atual.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Contrato sem termo	25	64,1	64,1	64,1
	Contrato a termo incerto	2	5,1	5,1	69,2
	Contrato a termo certo	12	30,8	30,8	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

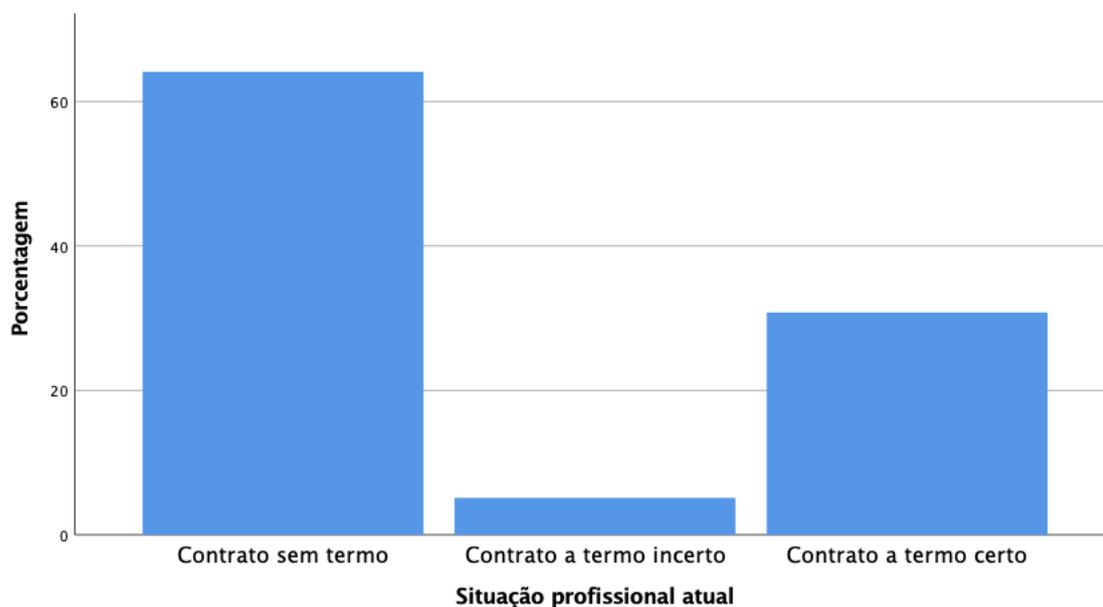


Figura 5- Distribuição da frequência dos AAD por “Situação Profissional Atual”.

- **Tempo de exercício profissional na área**

Quanto ao tempo de exercício profissional apresentamos os resultados nas Tabela 6, 7 e 8 e Figura 6 e 7. O tempo mínimo de serviço registado foi menos de 1 ano e o tempo máximo de 25 anos. O tempo médio de serviço é de aproximadamente de 12 anos.

Tabela 6- Tempo de exercício profissional.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	0	1	2,6	2,6	2,6
	1	2	5,1	5,3	7,9
	2	1	2,6	2,6	10,5
	3	2	5,1	5,3	15,8
	4	2	5,1	5,3	21,1
	7	2	5,1	5,3	26,3
	8	2	5,1	5,3	31,6
	9	2	5,1	5,3	36,8
	10	2	5,1	5,3	42,1
	12	3	7,7	7,9	50,0
	14	2	5,1	5,3	55,3
	15	2	5,1	5,3	60,5
	17	1	2,6	2,6	63,2
	18	3	7,7	7,9	71,1
	19	1	2,6	2,6	73,7
	20	5	12,8	13,2	86,8
	22	2	5,1	5,3	92,1
	24	2	5,1	5,3	97,4
	25	1	2,6	2,6	100,0
		Total	38	97,4	100,0
Omisso	Sistema	1	2,6		
	Total	39	100,0		

Tabela 7- Medidas referentes ao tempo de exercício profissional.

		Situação profissional atual	Tempo de exercício profissional
N	Válido	39	38
	Omisso	0	1
Média			12,82
Mediana			13,00
Erro Desvio			7,432
Mínimo			0
Máximo			25

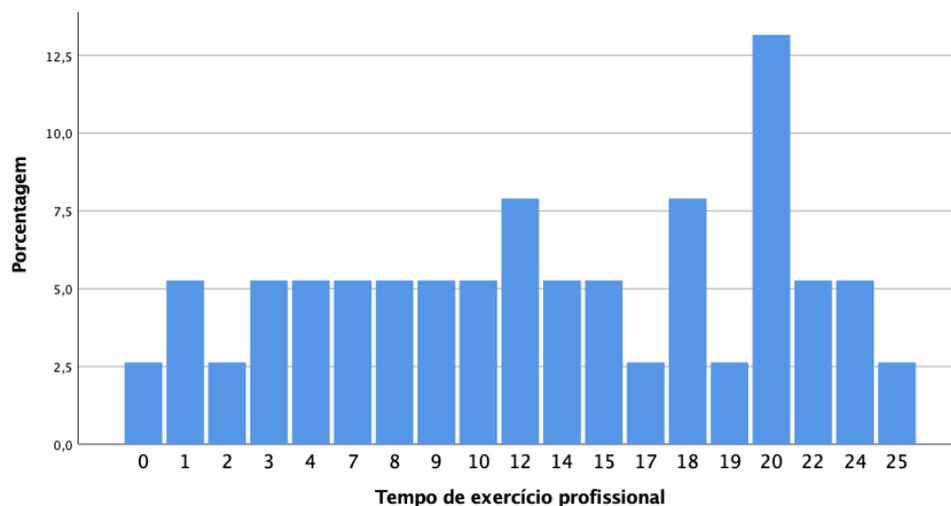


Figura 6- Distribuição da amostra por “Tempo de exercício profissional na área”.

Agrupando estes dados em duas categorias podemos observar nas seguintes Tabela 8 e Figura 7 que predominam os trabalhadores na faixa dos mais de 10 anos de tempo de exercício profissional (22 participantes), correspondendo a 56,4% da amostra.

Tabela 8- Tempo de exercício profissional (faixa de idades até 10 anos e mais de 10 anos).

		Tempo de exercício profissional			
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Até 10 anos	16	41,0	42,1	42,1
	Mais de 10 anos	22	56,4	57,9	100,0
	Total	38	97,4	100,0	
Omisso	Sistema	1	2,6		
Total		39	100,0		



Figura 7- Distribuição da amostra por “Tempo de exercício profissional (faixa de idades até 10 anos e mais de 10 anos)”.

- **Horas de Trabalho Semanal**

Quanto às horas realizadas semanalmente no seu posto de trabalho (Tabela 9 e Figura 8), podemos verificar que a maioria dos profissionais participantes realiza 40 horas semanais (64,1%), havendo ainda quem realize 35 horas por semana (5,1%), 37 horas por semana (5,1%) 37,5 horas semanais (5,1%), 38 horas por semana (2,6%), 38,5 horas semanais (2,6%) e 42 horas por semana (10,3%)

Tabela 9- Horas de Trabalho Semanal.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	35,0	2	5,1	5,4	5,4
	37,0	2	5,1	5,4	10,8
	37,5	2	5,1	5,4	16,2
	38,0	1	2,6	2,7	18,9
	38,5	1	2,6	2,7	21,6
	40,0	25	64,1	67,6	89,2
	42,0	4	10,3	10,8	100,0
	Total	37	94,9	100,0	
Omisso	Sistema	2	5,1		
Total		39	100,0		

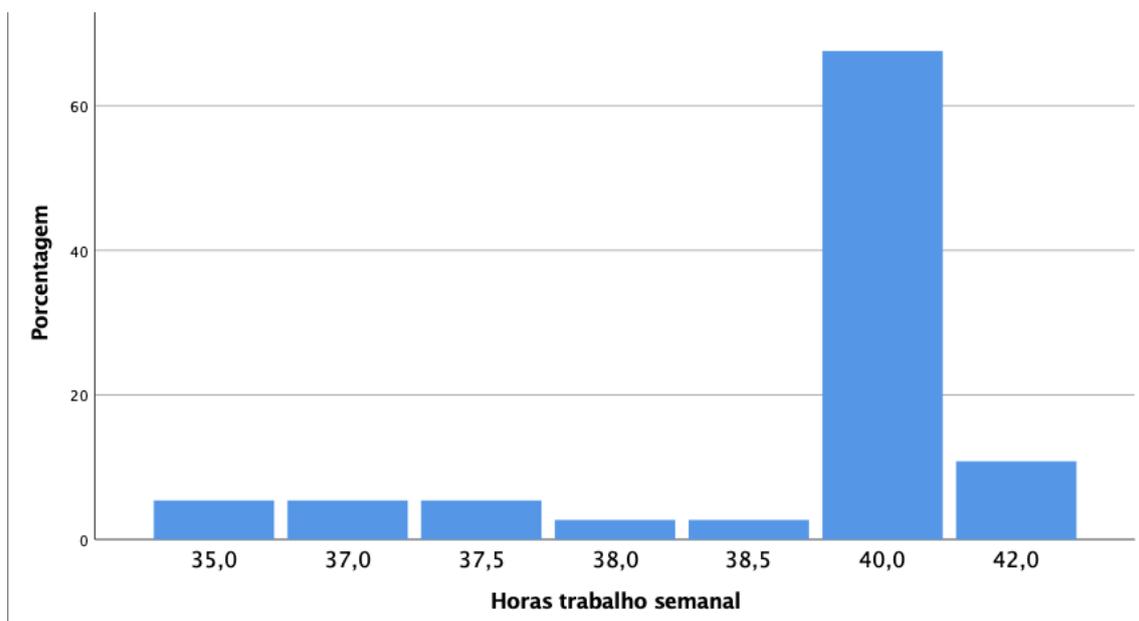


Figura 8- Distribuição da amostra segundo as “Horas de Trabalho realizadas por semana”.

- **Horário**

No que respeita ao horário realizado pelas participantes do estudo, apresentamos os dados na seguinte Tabela 10 e Figura 9.

Podemos verificar que 50% da amostra trabalha por horário fixo e 50% da amostra por turnos (horário rotativo).

Tabela 10- Horário realizado no posto de trabalho.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	turnos	19	48,7	50,0	50,0
	fixo	19	48,7	50,0	100,0
	Total	38	97,4	100,0	
Omisso	Sistema	1	2,6		
Total		39	100,0		

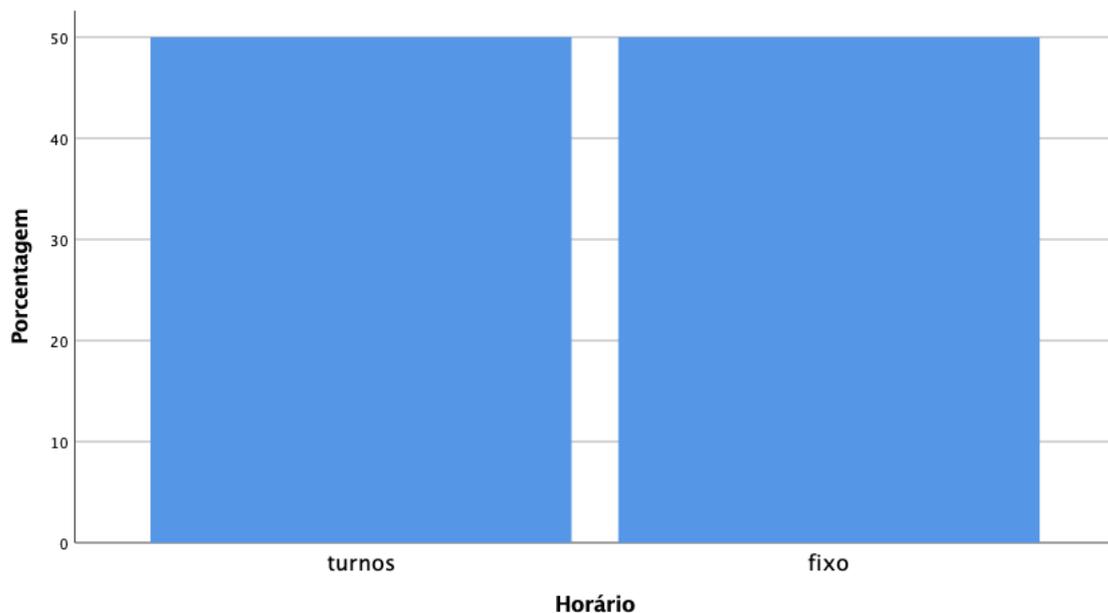


Figura 9- Distribuição da amostra segundo o “Horário” realizado no posto de trabalho.

3) FORMAÇÃO

- Frequência em ações de formação sobre higiene e segurança no trabalho

Em relação à frequência em ações de formação sobre higiene e segurança no trabalho, 100% dos participantes referem ter participado nas ações sobre o tema como verificamos na Tabela 11 e Figura 10.

Tabela 11- Frequência em ações de formação sobre higiene e segurança no trabalho.

Válido	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
sim	39	100,0	100,0	100,0

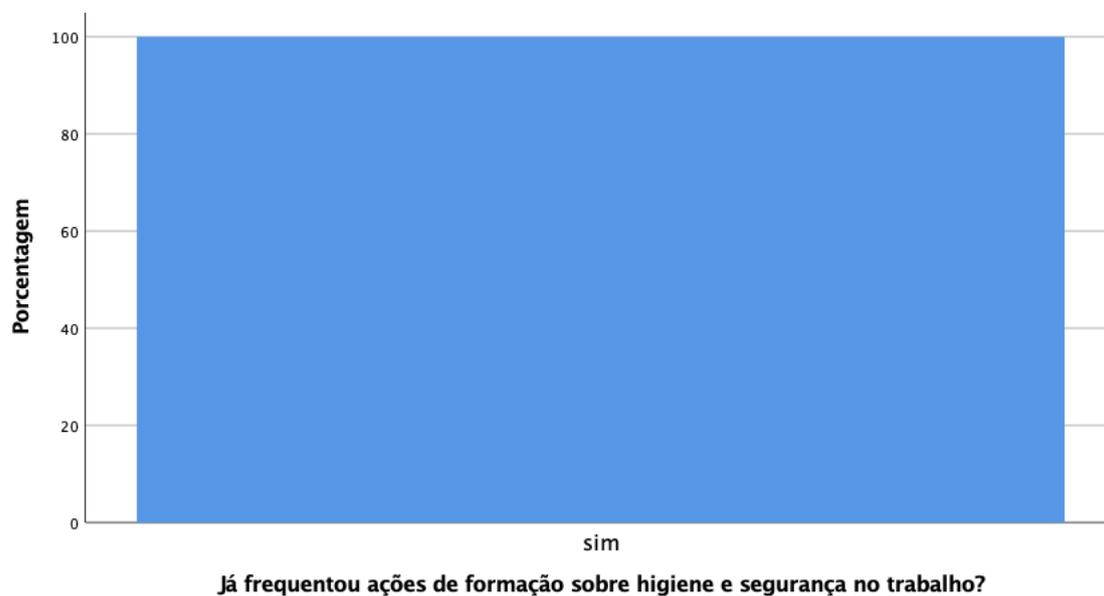


Figura 10- Distribuição da amostra segundo a “Frequência em ações de formação sobre higiene e segurança no trabalho”.

- **Ano da última formação sobre higiene e segurança no trabalho**

Relativamente ao ano da última formação no âmbito da higiene e segurança no trabalho, constatamos o que se pode observar na Tabela 12 e Figura 11.

Podemos destacar que no ano 2019, a percentagem de participantes nas formações é de 38,5% (15 respostas). No ano de 2018 houve uma participação de cerca de 23 % nas formações neste âmbito, equivalente a 9 respostas.

Tabela 12- Ano da última formação sobre higiene e segurança no trabalho.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	2008	2	5,1	5,7	5,7
	2013	2	5,1	5,7	11,4
	2015	1	2,6	2,9	14,3
	2016	4	10,3	11,4	25,7
	2017	2	5,1	5,7	31,4
	2018	9	23,1	25,7	57,1
	2019	15	38,5	42,9	100,0
	Total	35	89,7	100,0	
Omisso	Sistema	4	10,3		
Total		39	100,0		

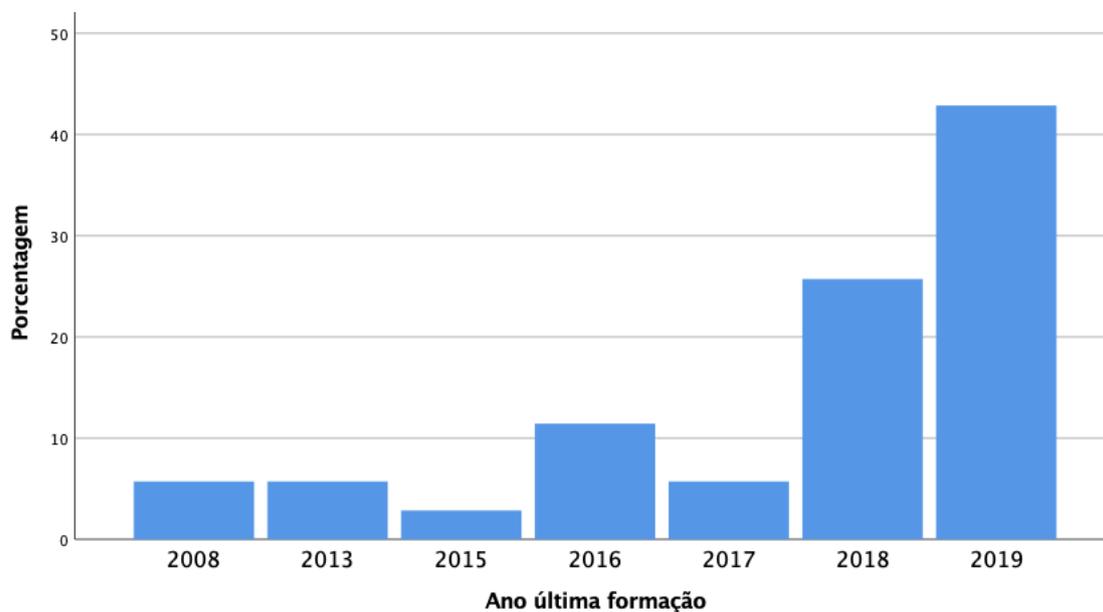


Figura 11- Distribuição da amostra segundo a “Ano da última formação sobre higiene e segurança no trabalho”.

- **Avaliação da formação relativamente aos perigos profissionais**

No que toca à avaliação da formação recebida no âmbito da higiene e segurança no trabalho, sobre perigos profissionais, podemos observar os seguintes dados (Tabela 13 e Figura 12).

48,7% dos profissionais consideram que a formação que receberam no âmbito deste tema é mais ou menos completa, 35,9% referiu ser completa e 5,1% muito completa. Apenas 2,6% dos participantes referiu que a formação foi muito incompleta.

Tabela 13- Avaliação da formação sobre perigos profissionais.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Muito incompleta	1	2,6	2,6	2,6
	Incompleta	3	7,7	7,7	10,3
	Mais ou menos completa	19	48,7	48,7	59,0
	Completa	14	35,9	35,9	94,9
	Muito completa	2	5,1	5,1	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

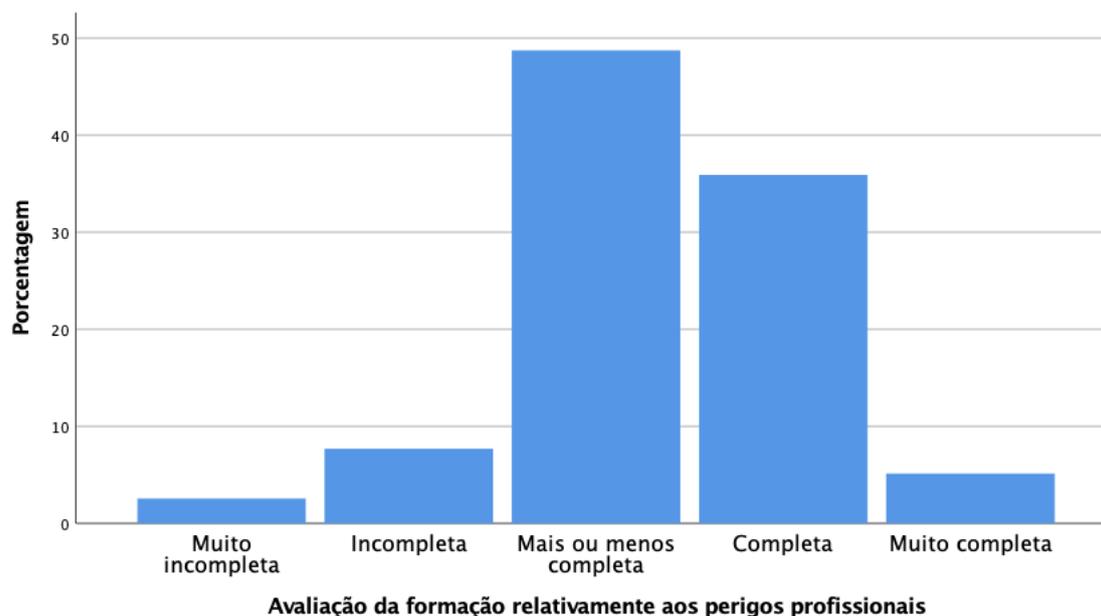


Figura 12- Distribuição da amostra segundo a “Avaliação da formação no âmbito da higiene e segurança no trabalho, sobre os perigos profissionais”.

4) ACIDENTES DE TRABALHO

- Já sofreu algum acidente de trabalho?

Segundo o tópico “Já sofreu algum acidente de trabalho?” apresentamos os dados nas seguintes Tabela 14 e Figura 13.

Podemos observar que 87,2% dos trabalhadores (34 respostas) referem não ter sofrido qualquer acidente de trabalho e 12,8% refere ter sofrido acidentes de trabalho.

Tabela 14- Acidente de trabalho sofrido.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	sim	5	12,8	12,8	12,8
	não	34	87,2	87,2	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

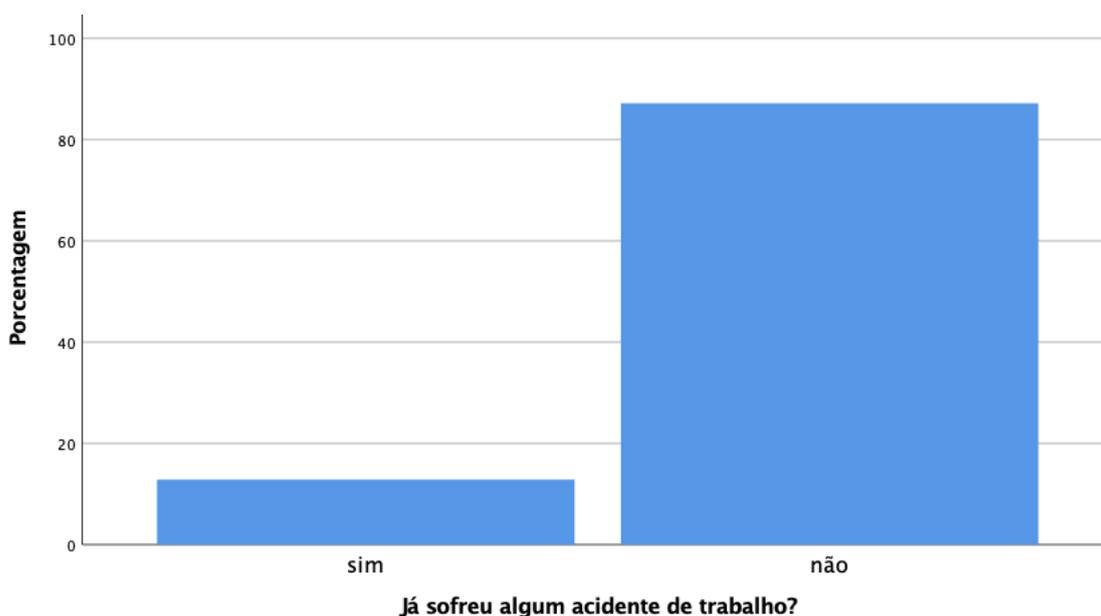


Figura 13- Distribuição da amostra relativamente à pergunta “Já sofreu algum acidente de trabalho?”.

Podemos ainda destacar o tipo de acidente ocorrido no local de trabalho nas seguintes Tabela 15 e Figura 14. Destaca-se os seguintes acontecimentos: entorse num pé, mão “entalada” no elevador da carrinha, queda em escadas e queimaduras.

Tabela 15- Tipo de acidente sofrido no local de trabalho.

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	35	89,7	89,7	89,7
Entorse num pé durante transporte de utente	1	2,6	2,6	92,3
Mão entalada no elevador de uma carrinha	1	2,6	2,6	94,9
Queda em escadas durante apoio domiciliário	1	2,6	2,6	97,4
queimaduras	1	2,6	2,6	100,0
Total	39	100,0	100,0	

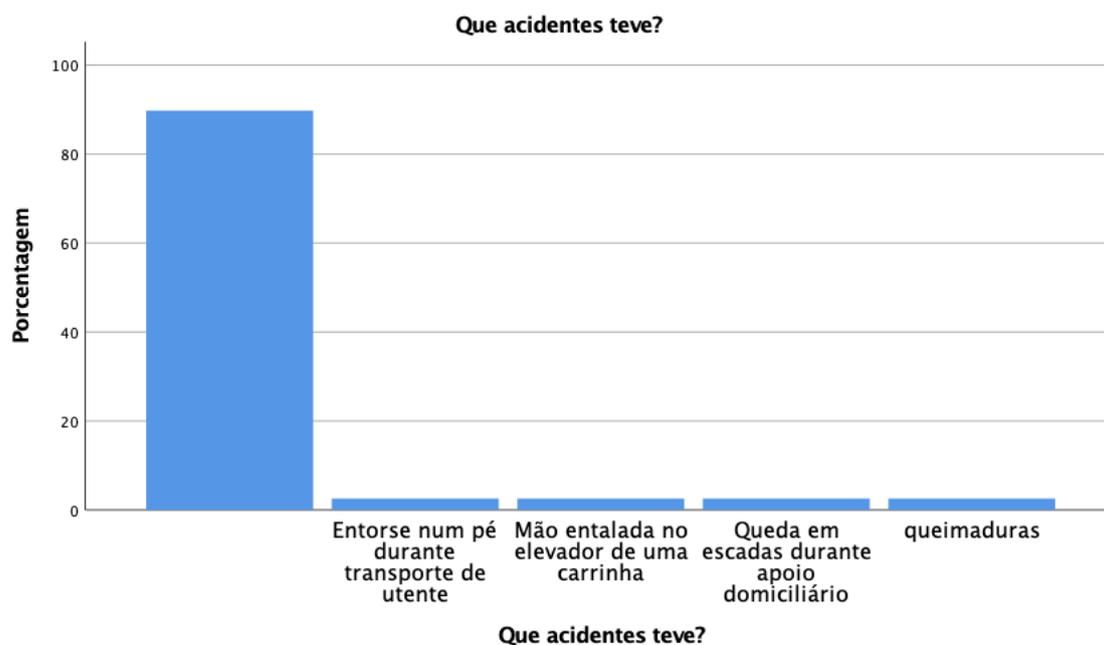


Figura 14- Distribuição da amostra sobre o tipo de acidente de trabalho sofrido.

- **Após o(s) acidente(s) de trabalho a conduta face aos procedimentos de segurança modificou-se?**

Em relação à pergunta “Após o(s) acidente(s) de trabalho a conduta face aos procedimentos de segurança modificou-se?” apresentamos os dados na Tabela 16 e Figura 15.

Podemos observar que 5,1% dos participantes refere que modificou totalmente, 5,1% muito pouco e 2,6% modificou parcialmente.

Tabela 16- Mudança da conduta face aos procedimentos de segurança após um acidente de trabalho.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Totalmente	2	5,1	40,0	40,0
	Parcialmente	1	2,6	20,0	60,0
	Muito pouco	2	5,1	40,0	100,0
	Total	5	12,8	100,0	
Omisso	Sistema	34	87,2		
Total		39	100,0		

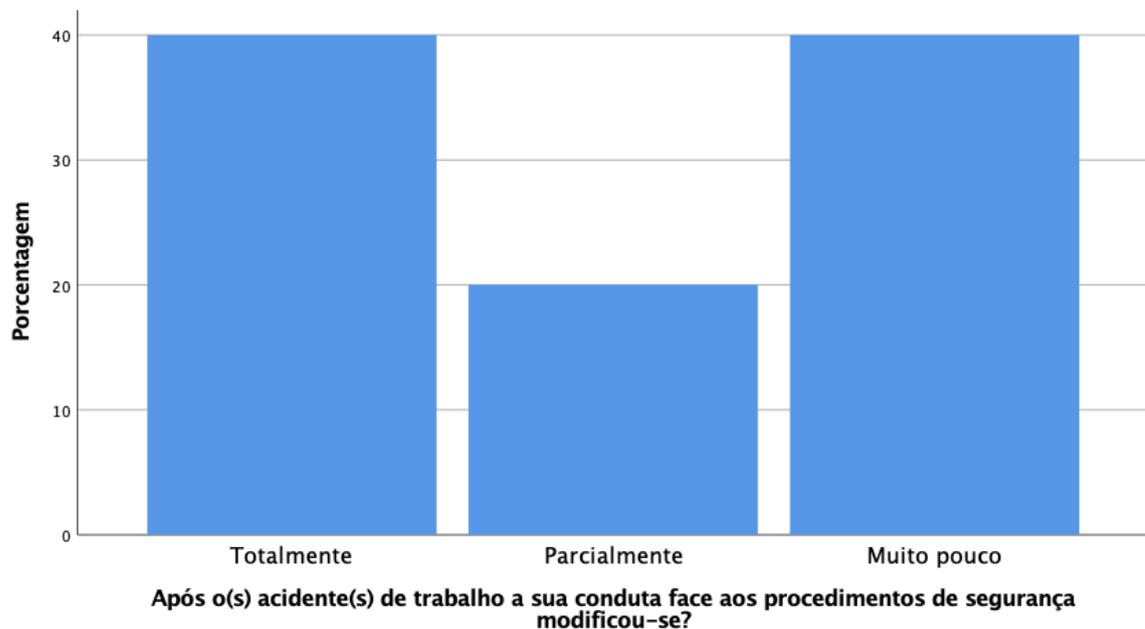


Figura 15- Distribuição da amostra relativamente à mudança da conduta face aos procedimentos de segurança após um acidente de trabalho.

- **Situação em que a sua conduta se modificou após o acidente de trabalho**

Quanto à situação onde se modificou a conduta após o acidente de trabalho, apresentamos de seguida os dados na Tabela 17 e Figura 16.

Tabela 17- Situação em que a conduta se modificou após o acidente de trabalho.

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	35	89,7	89,7	89,7
Mais cuidado	1	2,6	2,6	92,3
Mais cuidado com o piso quando desce de uma carrinha	1	2,6	2,6	94,9
Mais cuidado quando não conhece o espaço onde está	1	2,6	2,6	97,4
Passou a cumprir as normas de segurança relativas aos elevadores das carrinhas	1	2,6	2,6	100,0
Total	39	100,0	100,0	

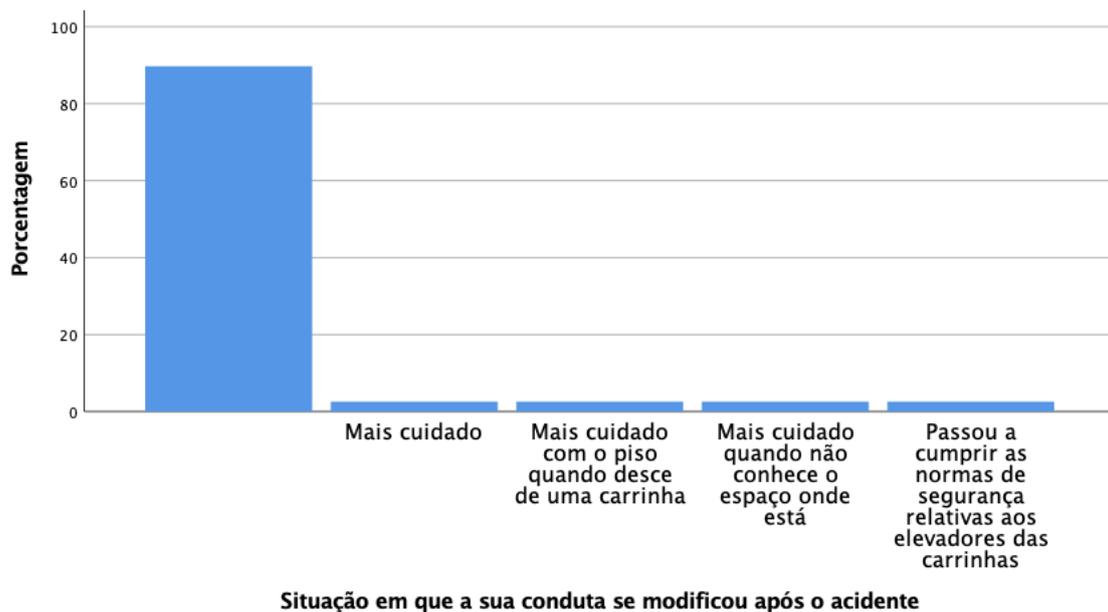


Figura 16- Distribuição da frequência dos AAD relativamente à situação em que a conduta se modificou após um acidente de trabalho.

5) PERCEÇÃO DO RISCO

- Conhecimento acerca dos perigos inerentes à atividade profissional

No que respeita ao conhecimento acerca dos perigos inerentes à atividade profissional, apresentamos os dados nas seguintes Tabela 18 e Figura 17.

Podemos destacar que 48,7% dos participantes considera ter conhecimento completo acerca dos perigos. 35,9% considera ter mais ou menos completo o conhecimento referente a este tópico, 7,7% muito completo, 5,1% incompleto e 2,6% muito incompleto.

Tabela 18- Conhecimento acerca dos perigos inerentes à profissão.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Muito incompleta	1	2,6	2,6	2,6
	Incompleta	2	5,1	5,1	7,7
	Mais ou menos completa	14	35,9	35,9	43,6
	Completa	19	48,7	48,7	92,3
	Muito completa	3	7,7	7,7	100,0
	Total		39	100,0	100,0

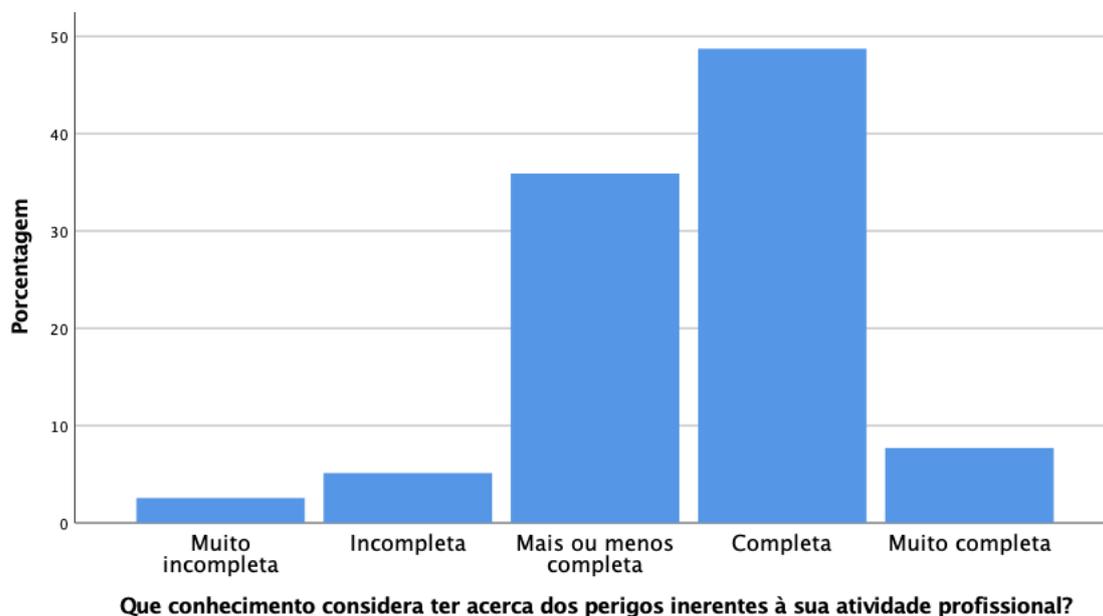


Figura 17- Distribuição da amostra segundo o conhecimento acerca dos perigos inerentes à profissão.

- **Que nível de risco considera que a sua atividade profissional comporta?**

Quanto à pergunta “Que nível de risco considera que a sua atividade profissional comporta?”, 61,5% dos inquiridos considera risco intermédio, 25,6% elevado, 7,7% muito elevado e apenas 5,1% apontou à profissão dos AAD um risco baixo. Dados que podemos observar na Tabela 19 e Figura 18.

Tabela 19- Nível de risco atribuído à própria profissão.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Baixo	2	5,1	5,1	5,1
	Intermédio	24	61,5	61,5	66,7
	Elevado	10	25,6	25,6	92,3
	Muito elevado	3	7,7	7,7	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

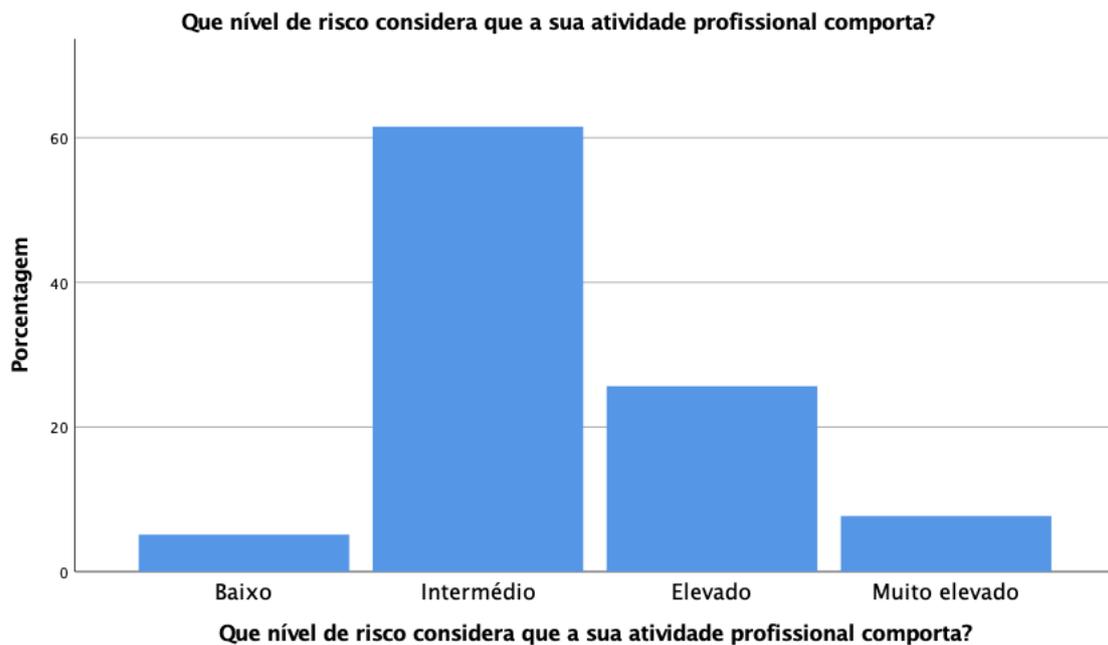


Figura 18- Distribuição da amostra quanto à percepção do nível de risco atribuído à própria profissão.

- **Percepção do nível da gravidade dos riscos ocupacionais**

Em relação a este parâmetro foi pedido aos participantes que colocassem por ordem decrescente de gravidade, os três perigos que considerassem mais graves na sua atividade profissional. A partir da análise das respostas foi possível extrair 4 categorias para o primeiro perigo mais grave (biológico, físico, ergonómico e psicossocial), e 5 categorias para o segundo e terceiros perigos mais graves (biológico, químico, físico, ergonómico e psicossocial).

Relativamente ao primeiro perigo mais grave, destaca-se a categoria biológico com 38,5% das respostas (sendo alguns exemplos das situações reportadas nos questionários como: “contacto com as doenças dos utentes”, “existências de vírus”, “contágio de doenças infecciosas”, “contacto com urina e sangue contaminado”). A categoria dos riscos ergonómicos apresentada com 35,9% das respostas aos questionários destacam-se os seguintes casos: “Esforço físico com os doentes”, “Manuseamento do peso dos utentes”, “Esforço na transferência dos utentes”. O risco físico foi definido com 12,8% das respostas tendo como exemplo: “Queimaduras” e “Quedas”. Quanto aos riscos psicossociais, com 7,7%, destaca-se o “Stress” como exemplo dado nos questionários desta categoria. Estes dados são apresentados nas seguintes Tabela 20 e Figura 19.

Tabela 20- Primeiro perigo mais grave considerado na atividade profissional.

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	2	5,1	5,1	5,1
Biológico	15	38,5	38,5	43,6
Físico	5	12,8	12,8	56,4
Ergonómico	14	35,9	35,9	92,3
Psicossocial	3	7,7	7,7	100,0
Total	39	100,0	100,0	

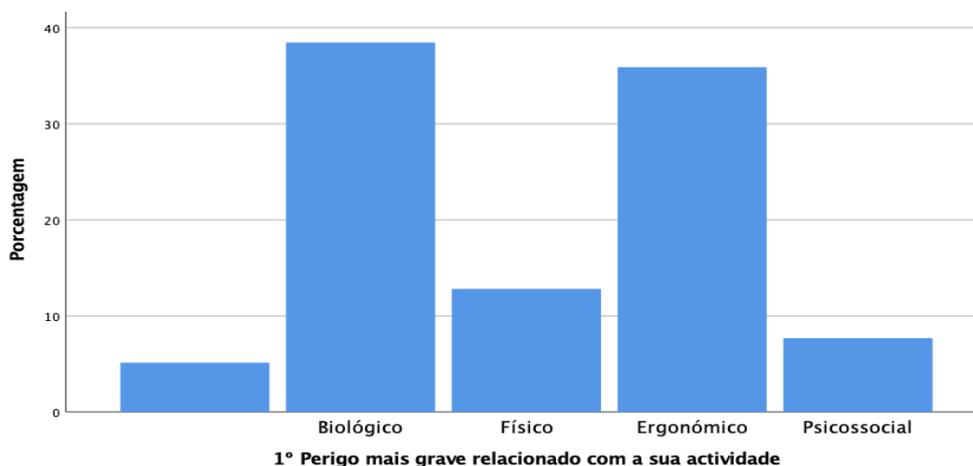


Figura 19- Distribuição da frequência de AAD quanto ao primeiro perigo considerado mais grave.

Quanto ao segundo perigo mais grave, a categoria do risco ergonómico foi o mais referido com 30,8% (os participantes deram como exemplos “Pegar numa pessoa pesada”, “Transferência de utentes pesados”, “Postura inadequada e sobrecarga”), seguido do risco físico com 28,2% (exemplo de respostas foram “quedas devido ao piso molhado, ou à falta de iluminação”). O risco biológico apresentou cerca de 15,4% (“contacto com doenças”, “contágios”), enquanto que o risco psicossocial (exemplo: “Stress”) e químico (exemplo “Intoxicação com produtos de limpeza”) com 12,8% e 2,6%, respetivamente (Tabela 21 e Figura 20).

Tabela 21- Segundo perigo mais grave considerado na atividade profissional.

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	4	10,3	10,3	10,3
Biológico	6	15,4	15,4	25,6
Físico	11	28,2	28,2	53,8
Ergonómico	12	30,8	30,8	84,6
Psicossocial	5	12,8	12,8	97,4
Químico	1	2,6	2,6	100,0
Total	39	100,0	100,0	

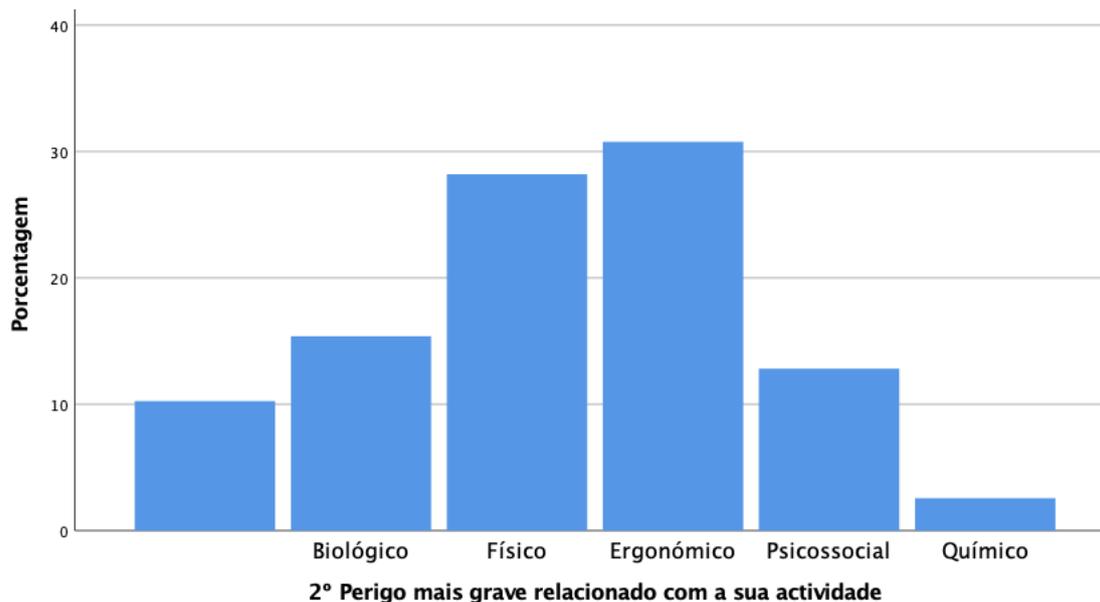


Figura 20- Distribuição da frequência de AAD quanto ao segundo perigo considerado mais grave.

No que diz respeito ao terceiro perigo mais grave, a categoria dos riscos biológicos foi a mais referida com cerca de 25,6% dos casos, seguida de categoria dos riscos psicossociais com 20,5% e o risco físico com 15,4%, entre outros (Tabela 22 e Figura 21).

Tabela 22- Terceiro perigo mais grave considerado na atividade profissional.

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	10	25,6	25,6	25,6
Biológico	10	25,6	25,6	51,3
Físico	6	15,4	15,4	66,7
Ergonómico	4	10,3	10,3	76,9
Psicossocial	8	20,5	20,5	97,4
Químico	1	2,6	2,6	100,0
Total	39	100,0	100,0	

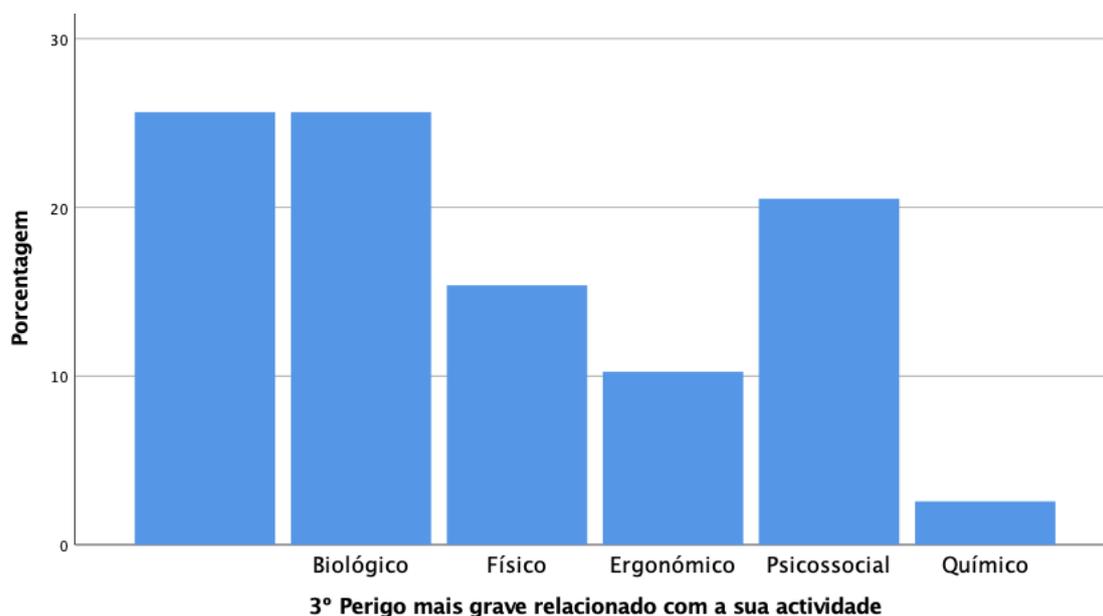


Figura 21- Distribuição da frequência de AAD quanto ao terceiro perigo considerado mais grave.

- **Medidas preventivas para cada um dos riscos referidos anteriormente**

Para cada perigo descrito pelas AAD neste estudo, foi pedido que indicassem as respectivas medidas preventivas.

Relativamente ao risco biológico descrito com o primeiro perigo mais grave assinalado pelas AAD, 87% das participantes identificaram como medida preventiva o uso de EPI's (abrangendo materiais de uso individual como exemplo as luvas, máscaras, aventais descartáveis, toucas...), 8,7% melhorias de condições de trabalho e 4,3% em formação e informação. Dados apresentados nas seguintes Tabela 23 e Figura 22.

Tabela 23- Medidas preventivas referidas para o risco biológico.

		Biológico			
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Usar EPI's	20	87,0	87,0	87,0
	Melhorias de condições de trabalho	2	8,7	8,7	95,7
	Formação / informação	1	4,3	4,3	100,0
	Total	23	100,0	100,0	

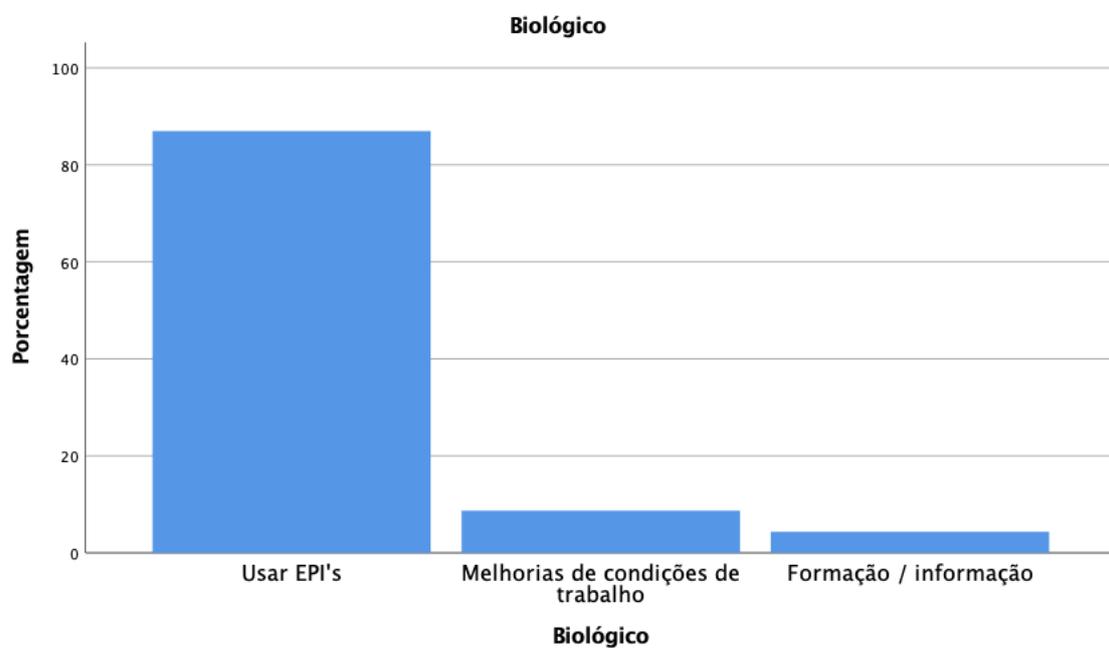


Figura 22- Distribuição da amostra quanto às medidas preventivas referidas para o risco biológico.

Quanto ao risco ergonómico, segundo risco identificado como mais grave, as profissionais que participaram no estudo, indicaram como medidas preventivas adotar posturas corretas (64,3%), melhorias de condições de trabalho (32,1%) e usar EPI's (3,6%). Algumas respostas dadas nos questionários foram: “usar equipamentos que ajudem na manipulação de cargas”, sendo o exemplo o “uso de guias”, “adotar posturas de trabalho adequadas aquando a realização de transferências e manipulação manual de cargas” e “pedir ajuda a colegas quando vão pegar em coisas pesadas, para distribuir o peso”. Dados apresentados na Tabela 24 e Figura 23.

Tabela 24- Medidas preventivas referidas para o risco ergonómico.

		Ergonómico			
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Usar EPI's	1	3,6	3,6	3,6
	Melhorias de condições de trabalho	9	32,1	32,1	35,7
	Adotar posturas corretas	18	64,3	64,3	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

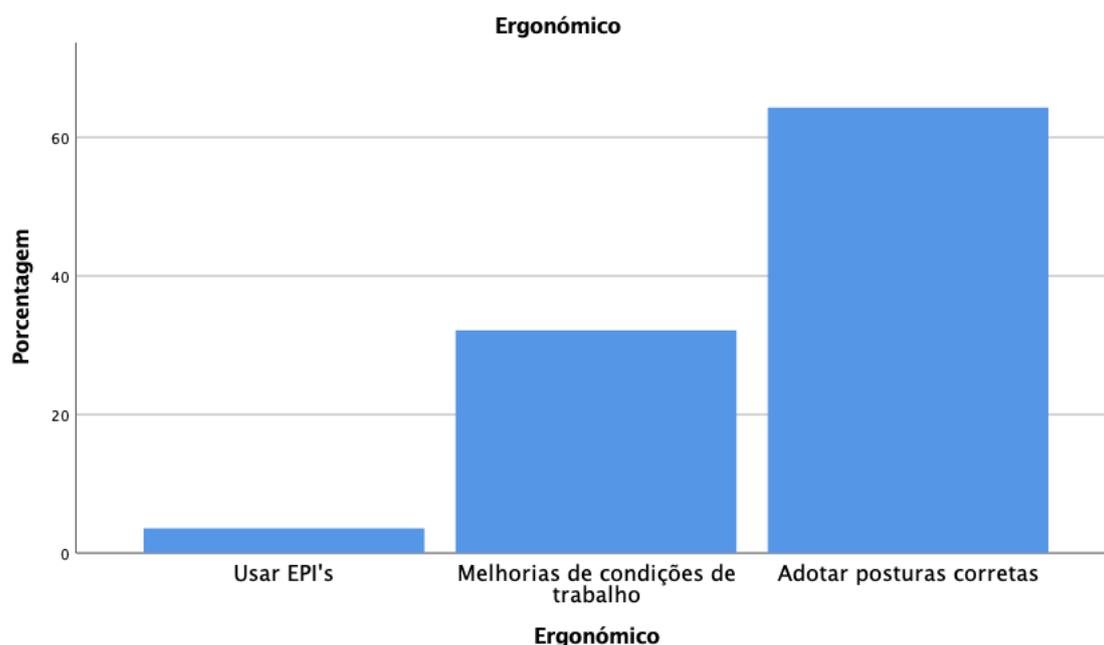


Figura 23- Distribuição da amostra quanto às medidas preventivas referidas para o risco ergonómico.

Em relação ao risco físico, designaram como medidas preventivas a sinalização do perigo com 63,2% (cerca de 12 respostas dadas) e destacam também a utilização de EPI's, com cerca de 26,3% das respostas. Alguns comentários tecidos nos questionários referem “utilização de boa iluminação no ambiente de trabalho”, “sinalização do piso molhado” e a “não utilização de tapetes para prevenção das quedas”. A tabela 25 e a Figura 24 demonstram as percentagens definidas anteriormente.

Tabela 25- Medidas preventivas referidas para o risco físico.

		Físico			
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Usar EPI's	5	26,3	26,3	26,3
	Melhorias de condições de trabalho	1	5,3	5,3	31,6
	Adotar posturas corretas	1	5,3	5,3	36,8
	Sinalização do perigo	12	63,2	63,2	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

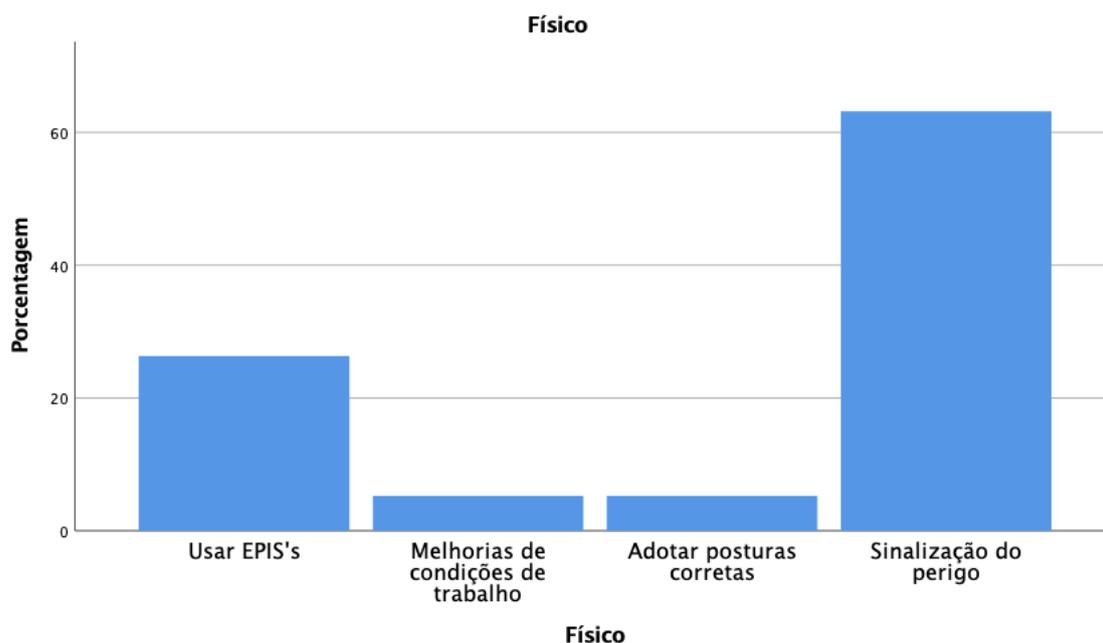


Figura 24- Distribuição da amostra quanto às medidas preventivas referidas para o risco físico.

No que diz respeito ao risco químico as medidas referidas no questionário foram 100% o uso de EPI's. Dados da Tabela 26 e Figura 25.

Tabela 26- Medidas preventivas referidas para o risco químico.

		Químico			
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Usar EPI's	2	100,0	100,0	100,0

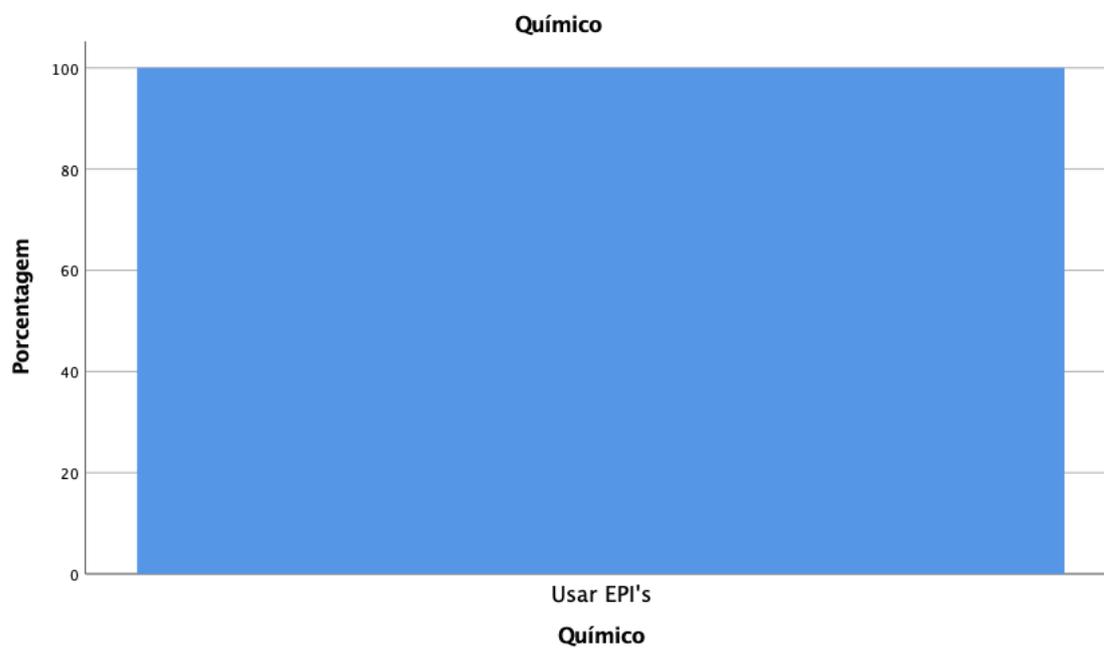


Figura 25- Distribuição da amostra quanto às medidas preventivas referidas para o risco químico.

Quanto ao risco psicossocial, a melhoria de condições de trabalho e as atividades extratrabalho foram as medidas preventivas referidas para o “combate” a este risco profissional. Dados apresentados na Tabela 27 e Figura 26.

Alguns exemplos citados durante o questionário foram, “o relaxamento”, a “utilização de *mindfulness*”, “distração” e “descontração nos tempos livres”, “a realização de exercício físico” e sempre que necessário recorrem ao “apoio psicológico”.

Tabela 27- Medidas preventivas referidas para o risco psicossocial.

		Psicossocial			
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Melhorias de condições de trabalho	6	60,0	60,0	60,0
	Atividades extra trabalho	4	40,0	40,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

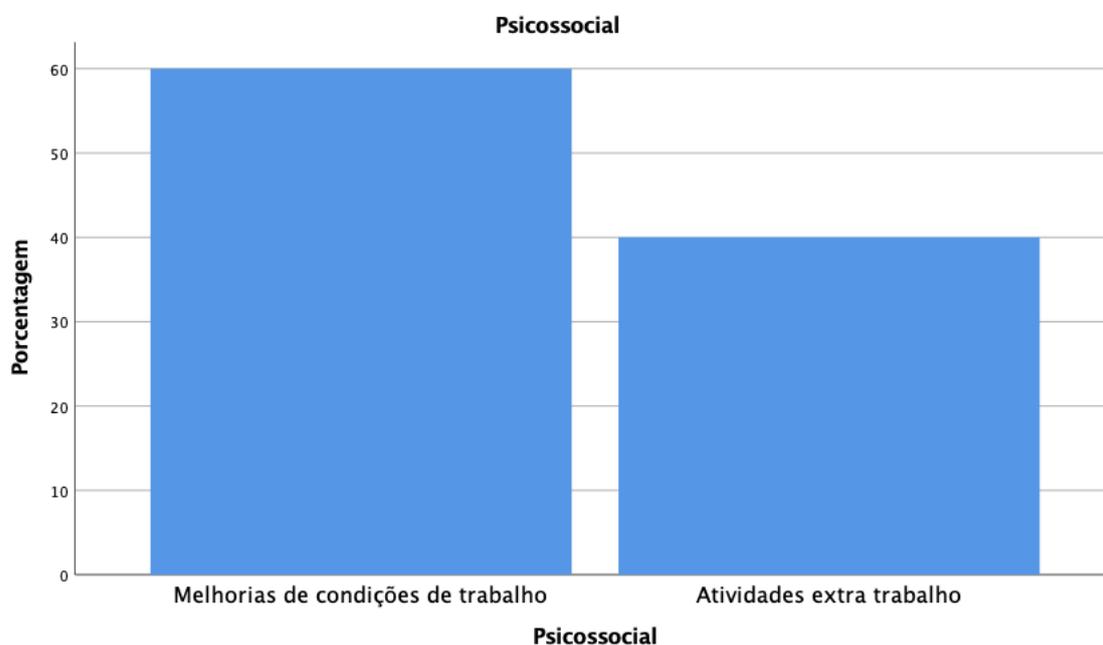


Figura 26- Distribuição da amostra quanto às medidas preventivas referidas para o risco psicossocial.

De destacar que a formação e a informação foram medidas sugeridas pelas participantes em vários campos deste questionário, sendo medidas transversais a qualquer perigo/risco presente no seu local de trabalho.

- Aplicação das medidas preventivas para cada um dos riscos referidos anteriormente

Relativamente à afirmação “Aplico as medidas preventivas que descrevi na alínea 13.1”, 61,5% dos participantes concordam, 25,6% concordam totalmente, enquanto que apenas 7,7% discordam, como se observa na Tabela 28 e Figura 27.

Tabela 28- Aplicação das medidas preventivas para cada um dos riscos referidos anteriormente.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Discordo	3	7,7	7,9	7,9
	Indiferente	1	2,6	2,6	10,5
	Concordo	24	61,5	63,2	73,7
	Concordo totalmente	10	25,6	26,3	100,0
	Total	38	97,4	100,0	
Omisso	Sistema	1	2,6		
Total		39	100,0		

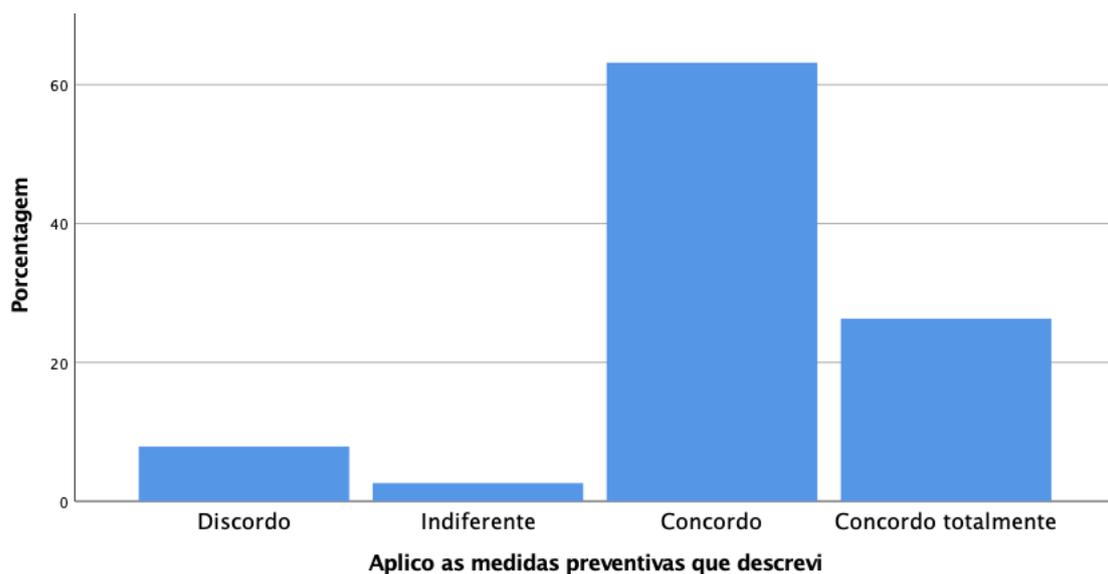


Figura 27- Distribuição da frequência de AAD de acordo com a aplicação das medidas preventivas descritas anteriormente.

- **Comportamento perante o risco**

Relativamente à afirmação “Numa situação de risco ocupacional tenho comportamentos que eliminam ou minimizam o risco”, aproximadamente 76,9% dos profissionais concordam enquanto que 20,5% concordam totalmente (Tabela 29 e Figura 28).

Tabela 29- Comportamento perante uma situação de risco ocupacional.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Concordo	30	76,9	78,9	78,9
	Concordo totalmente	8	20,5	21,1	100,0
	Total	38	97,4	100,0	
Omisso	Sistema	1	2,6		
Total		39	100,0		

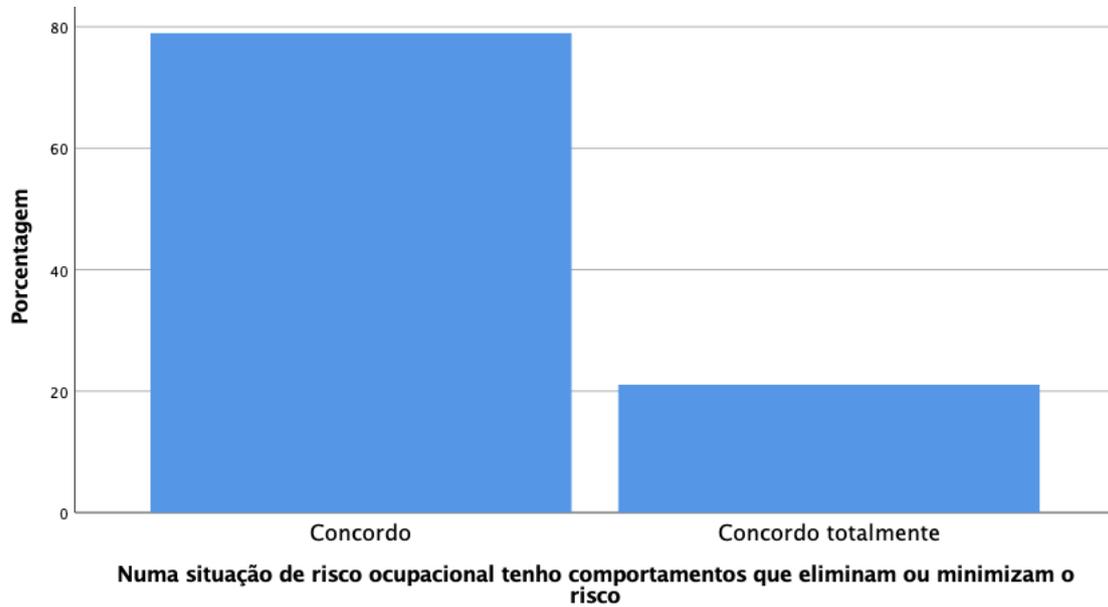


Figura 28- Distribuição da amostra segundo o comportamento perante uma situação de risco ocupacional.

- **Perceção do estado geral da preparação dos trabalhadores para gerir riscos ocupacionais a que estão expostos**

Quanto à afirmação “De forma geral considero estar preparado/a para gerir os riscos ocupacionais a que possa estar exposto/a”, cerca de 74,4% dos inquiridos concordam, 15,4% concordam totalmente e 2,6% discordam (Tabela 30 e Figura 29).

Tabela 30- Preparação dos trabalhadores para gerir riscos ocupacionais a que estão expostos.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Discordo totalmente	1	2,6	2,6	2,6
	Discordo	1	2,6	2,6	5,3
	Indiferente	1	2,6	2,6	7,9
	Concordo	29	74,4	76,3	84,2
	Concordo totalmente	6	15,4	15,8	100,0
	Total	38	97,4	100,0	
Omisso	Sistema	1	2,6		
Total		39	100,0		

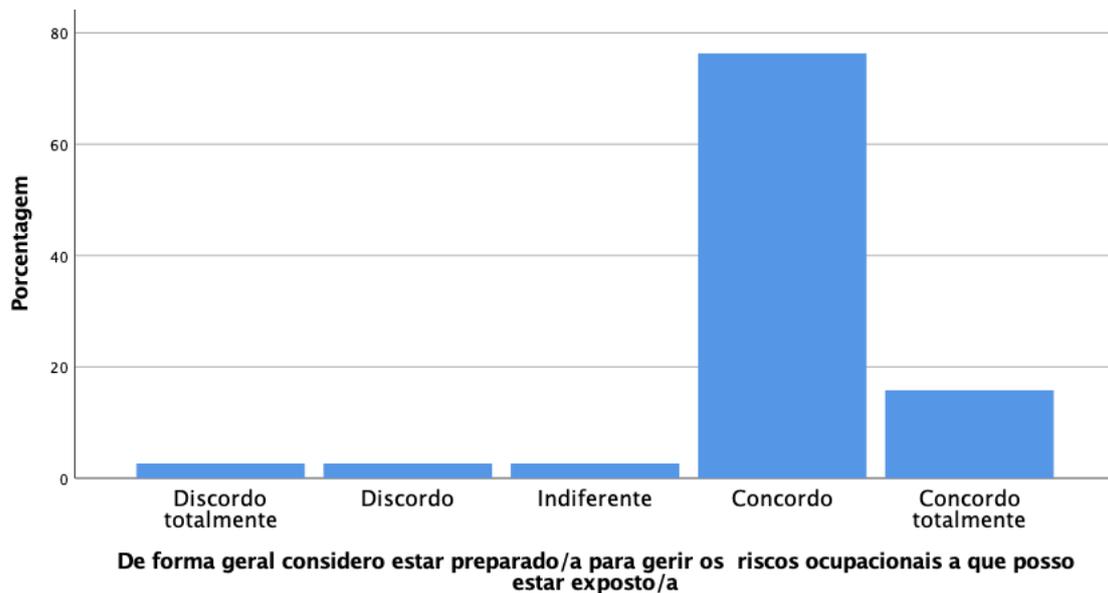


Figura 29- Distribuição da amostra de acordo com a preparação dos trabalhadores para gerir riscos ocupacionais a que estão expostos.

- **Comportamento da entidade patronal perante uma situação de risco ocupacional**

Quanto à afirmação “A minha entidade empregadora, no meu local de trabalho, cria as condições necessárias para eliminar ou minimizar o risco ocupacional”, aproximadamente 71,8% dos profissionais concordam, 10,3% concordam totalmente, 10,3% discordam, 2,6% referem indiferente e 2,6% discordam totalmente, como podemos observar na Tabela 31 e Figura 30 apresentados de seguida.

Tabela 31- Comportamento da entidade empregadora perante uma situação de risco ocupacional.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Discordo totalmente	1	2,6	2,6	2,6
	Discordo	4	10,3	10,5	13,2
	Indiferente	1	2,6	2,6	15,8
	Concordo	28	71,8	73,7	89,5
	Concordo totalmente	4	10,3	10,5	100,0
	Total	38	97,4	100,0	
Omisso	Sistema	1	2,6		
Total		39	100,0		

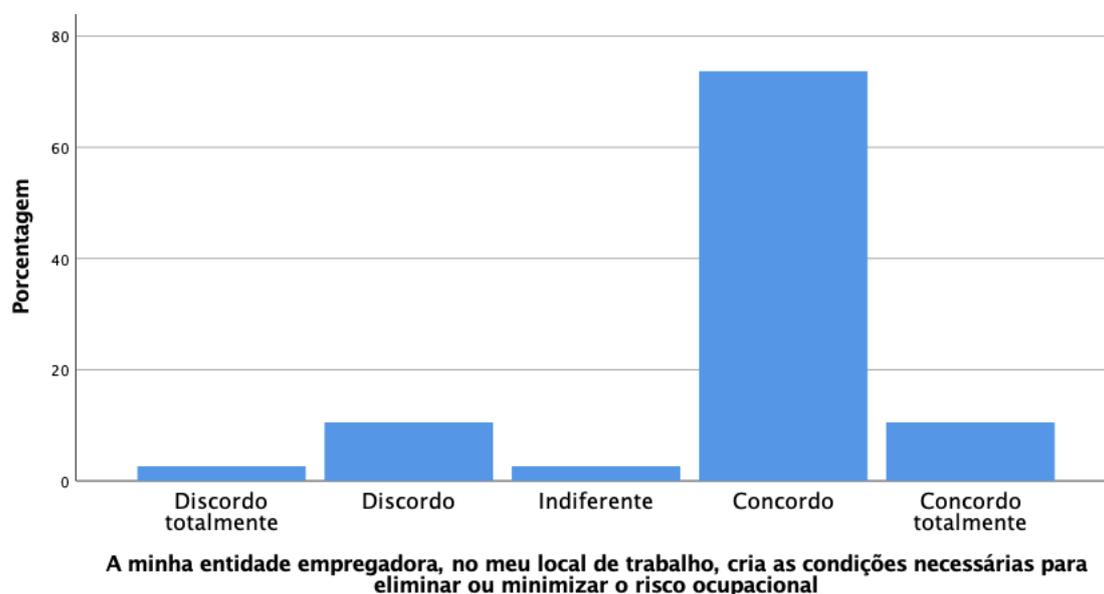


Figura 30- Distribuição da amostra segundo o comportamento da entidade patronal perante uma situação de risco ocupacional.

TIPOLOGIA DOS RISCOS QUE OS AAD CONSIDERAM ESTAR MAIS EXPOSTOS

Os AAD responderam, também, a uma matriz pré construída de situações de perigos (ANEXO II) pertencentes às diversas tipologias de risco (biológico, físico, químico, ergonómico e psicossocial), de forma a considerarem as situações de risco a que estão expostos no seu local de trabalho. Em seguida, apresentamos os valores referentes a essas situações através de tabelas relativas às subquestões colocadas.

- **Contacto com doentes/portadores de doença**

Quanto ao “contacto com doentes/ portadores de doença” apresentamos os resultados presentes na Tabela 32.

Tabela 32- Contacto com doentes/portadores de doença.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	sim	32	82,1	82,1	82,1
	não	7	17,9	17,9	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

- **Administração de terapêutica ou outras atividades onde possa haver contacto com fluídos orgânicos**

Em relação à “administração de terapêutica e outras atividades de contacto com fluídos orgânicos”, apresentamos os dados na Tabela 33.

Tabela 33- Administração de terapêutica ou outras atividades onde possa haver contacto com fluídos orgânicos.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	sim	17	43,6	43,6	43,6
	não	22	56,4	56,4	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

- **Contacto com resíduos hospitalares/ lixos contaminados**

Relativamente ao “contacto com resíduos hospitalares/ lixos contaminados”, apresentamos os resultados na Tabela 34.

Tabela 34- Contacto com resíduos hospitalares/ lixos contaminados.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	sim	16	41,0	41,0	41,0
	não	23	59,0	59,0	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

- **Contacto com roupas e outros materiais potencialmente contaminados e em operações de recolha, transporte, lavagem, esterilização, entre outras**

Quanto a este parâmetro observámos os seguintes dados (Tabela 35).

Tabela 35- Contacto com roupas e outros materiais potencialmente contaminados e em operações de recolha, transporte, lavagem, esterilização, entre outras.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	sim	19	48,7	48,7	48,7
	não	20	51,3	51,3	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

- **Manipulação de produtos químicos e seus compostos**

No que toca à “Manipulação de produtos químicos e seus compostos” expomos os dados na Tabela 36.

Tabela 36- Manipulação de produtos químicos e seus compostos.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	sim	9	23,1	23,1	23,1
	não	30	76,9	76,9	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

- **Utilização de detergentes, desinfetantes e antissépticos**

Quanto à “Utilização de detergentes, desinfetantes e antissépticos”, observamos os seguintes resultados presentes na Tabela 37.

Tabela 37- Utilização de detergentes, desinfetantes e antissépticos.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	sim	32	82,1	82,1	82,1
	não	7	17,9	17,9	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

- **Exposição cutânea ao látex e/ou ao pó de luvas**

No que respeita à “exposição cutânea ao látex e /ou ao pó de luvas”, destacamos os dados da Tabela 38.

Tabela 38- Exposição cutânea ao látex e /ou ao pó de luvas.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	sim	25	64,1	64,1	64,1
	não	14	35,9	35,9	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

- **Ambientes térmicos fora da área de conforto (muito quente ou muito frio)**

Quanto a este tópico, apresentamos os dados na seguinte Tabela 39.

Tabela 39- Ambientes térmicos fora da área de conforto (muito quente ou muito frio).

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	sim	18	46,2	46,2	46,2
	não	21	53,8	53,8	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

- **Exposição ao ruído**

Em relação à “exposição ao ruído”, constatamos o que se observa na Tabela 40.

Tabela 40- Exposição ao Ruído.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	sim	9	23,1	23,1	23,1
	não	30	76,9	76,9	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

- **Exposição a vibrações**

Relativamente à “exposição a vibrações” apresentamos os resultados na Tabela 41.

Tabela 41- Ambientes Exposição a vibrações.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	sim	1	2,6	2,6	2,6
	não	38	97,4	97,4	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

- **Equipamento elétrico em mau estado de conservação/ funcionamento e/ou por inadequada utilização**

No que diz respeito a este parâmetro constatamos os seguintes dados (tabela 42).

Tabela 42- Equipamento elétrico em mau estado de conservação/ funcionamento e/ou por inadequada utilização.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	sim	3	7,7	7,7	7,7
	não	36	92,3	92,3	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

- **Renovação de ar insuficiente/inadequada**

No que toca à “renovação de ar insuficiente/inadequada”, apresentamos os dados na Tabela 43.

Tabela 43- Renovação de ar insuficiente/inadequada.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	sim	13	33,3	33,3	33,3
	não	26	66,7	66,7	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

- **Ambiente com iluminação inadequada**

Quanto ao “ambiente com iluminação inadequada” observamos os seguintes resultados presentes na Tabela 44.

Tabela 44- Ambiente com iluminação inadequada.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	sim	8	20,5	20,5	20,5
	não	31	79,5	79,5	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

- **Movimentação manual de cargas**

No que respeita à “movimentação manual de cargas” destacamos os seguintes dados da Tabela 45.

Tabela 45- Movimentação manual de cargas.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	sim	13	33,3	33,3	33,3
	não	26	66,7	66,7	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

- **Sobrecarga e sobre esforço**

Em relação à “sobrecarga e sobre esforço”, constatamos o que se observa na Tabela 46.

Tabela 46- Sobrecarga e sobre esforço.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	sim	26	66,7	66,7	66,7
	não	13	33,3	33,3	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

- **Posturas de trabalho inadequadas/ incorretas**

Relativamente às “posturas de trabalho inadequadas/ incorretas”, apresentamos os resultados na Tabela 47.

Tabela 47- Posturas de trabalho inadequadas/ incorretas.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	sim	22	56,4	56,4	56,4
	não	17	43,6	43,6	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

- **Desenho inadequado do posto de trabalho**

Quanto a este parâmetro constatamos os seguintes dados (Tabela 48).

Tabela 48- Desenho inadequado do posto de trabalho.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	sim	5	12,8	12,8	12,8
	não	34	87,2	87,2	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

- **Trabalho monótono e repetitivo**

No que toca ao “trabalho monótono e repetitivo” expomos os dados na Tabela 49.

Tabela 49- Trabalho monótono e repetitivo.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	sim	4	10,3	10,3	10,3
	não	35	89,7	89,7	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

- **Trabalho por turnos, horário rotativo**

Quanto ao “Trabalho por turnos, horário rotativo”, observamos os seguintes resultados presentes na Tabela 50.

Tabela 50- Trabalho por turnos, horário rotativo.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	sim	14	35,9	35,9	35,9
	não	25	64,1	64,1	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

- **Assédio**

Quanto a este tópico, apresentamos os dados na seguinte Tabela 51.

Tabela 51- Assédio.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	sim	12	30,8	30,8	30,8
	não	27	69,2	69,2	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

- **Violência**

No que respeita à “violência” destacamos os seguintes dados da Tabela 52.

Tabela 52- Violência.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	sim	15	38,5	38,5	38,5
	não	24	61,5	61,5	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

- **Insegurança no trabalho**

Em relação à “insegurança no trabalho”, constatamos o que se observa na Tabela 53.

Tabela 53- Insegurança no trabalho.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	sim	7	17,9	17,9	17,9
	não	32	82,1	82,1	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

- **Monotonia**

Relativamente à “monotonia”, apresentamos os resultados na Tabela 54.

Tabela 54- Monotonia.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	não	39	100,0	100,0	100,0

- **Stress**

No que diz respeito a este parâmetro constatamos os seguintes dados (Tabela 55).

Tabela 55- Stress.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	sim	36	92,3	92,3	92,3
	não	3	7,7	7,7	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

- **Situações de desgaste emocional**

Quanto ao “Situações de desgaste emocional”, observamos os seguintes resultados presentes na Tabela 56.

Tabela 56- Situações de desgaste emocional.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	sim	32	82,1	82,1	82,1
	não	7	17,9	17,9	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

Após apresentação das tabelas referentes a este tópico- “situações de risco a que as AAD considerarem estar expostos no seu local de trabalho”, pertencentes às diversas tipologias de risco (biológico, físico, químico, ergonómico e psicossocial), expõem-se de seguida a Tabela 57, o resumo das percentagens por resposta positiva face à exposição destes profissionais tendo em conta as situações de perigo vivenciadas no seu local de trabalho.

Tabela 57- Percentagem de respostas positivas à exposição das diferentes situações de perigo, por tipologia do risco.

TIPOLOGIA DO RISCO	SITUAÇÕES DE PERIGO	PERCENTAGEM
Biológico	Contacto com doentes ou portadores de doença (ex. herpes, adenovírus).	82,1%
	Administração de terapêutica ou outras atividades onde possa haver contacto com fluidos orgânicos (ex. hepatite B e C, HIV). (picadas de agulhas).	43,6%
	Contacto com resíduos hospitalares/ lixos contaminados (ex. hepatite B e C, HIV).	41%
	Contacto com roupas e outros materiais potencialmente contaminados e em operações de recolha, transporte, lavagem, esterilização, entre outras (ex. estafilococos).	48,7%
Químico	Manipulação de produtos químicos e seus compostos.	23,1%
	Utilização de detergentes, desinfetantes e antissépticos.	82,1%
	Exposição cutânea ao latex e/ou ao pó de luvas.	64,1%
Físicos	Permanência em ambientes térmicos fora da área de conforto (muito quente ou muito frio).	46,2%
	Exposição ao ruído.	23,1%
	Exposição a vibrações.	2,6%
	Trabalhos com equipamento elétrico em mau estado de conservação/funcionamento e/ou por inadequada utilização.	7,7%
	Renovação de ar insuficiente/inadequada.	33,3%
	Trabalho em ambiente com iluminação inadequada.	20,5%
Ergonómicos	Movimentação manual de cargas.	33,3%
	Sobrecarga e sobre esforço.	66,7%
	Posturas de trabalho inadequadas/ incorretas.	56,4%

	Desenho inadequado do posto de trabalho.	12,8%
	Trabalho monótono e repetitivo.	10,3%
Psicossocial	Trabalho por turnos, horário rotativo.	35,9%
	Assédio.	30,8%
	Violência.	38,5%
	Insegurança no trabalho.	17,9%
	Monotonia.	0%
	Stress.	92,3%
	Situações de desgaste emotivo.	82,1%

Podemos concluir que quanto ao risco biológico a situação mais selecionada foi “Contacto com doentes ou portadores de doença (ex. herpes, adenovírus)” com cerca de 82,1% das respostas fornecidas, e a situação menos referenciada foi “Contacto com resíduos hospitalares/ lixos contaminados (ex. hepatite B e C, HIV)”, com 41%.

Segundo o risco químico, a situação mais indicada foi “Utilização de detergentes, desinfetantes e antissépticos”, com cerca de 82,1%. A situação menos distinguida foi “Manipulação de produtos químicos e seus compostos”, com 23,1%.

De acordo com o risco físico foi assinalada com 46,2%, a situação de perigo mais vivenciada: “Permanência em ambientes térmicos fora da área de conforto (muito quente ou muito frio)” e com 2,6%, a situação menos apontada foi “Exposição a vibrações.”

Relativamente ao risco ergonómico, foram mencionadas como situações de perigo experienciadas pelas AAD deste estudo, a “Sobrecarga e sobre esforço”, com cerca de 66,7% e as “Posturas de trabalho inadequadas/ incorretas” com 56,4% das respostas dadas. A situação menos vivida é o “Trabalho monótono e repetitivo.”, com 10,3% das respostas facultadas.

Por último, quanto ao risco psicossocial, o “Stress” e o “Desgaste emocional” foram as situações mais sinalizadas com cerca de 92,3% e 82,1%, respetivamente. Curiosamente, a “Monotonia” foi a única situação que obteve uma classificação com zero respostas assinaladas, referenciando que as profissionais do estudo não sentem monotonia durante a sua atividade profissional.

CAPÍTULO IV- DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo serão interpretados e analisados os dados apresentados anteriormente (no capítulo III) de forma a atender aos objetivos do estudo, bem como às questões de investigação. Ir-se-ão fazer comparações, sempre que possível, com a literatura existente, no entanto, o facto de haver poucos estudos relacionados com a temática dos acidentes de trabalho, doenças profissionais e a percepção dos profissionais em lares de idosos impossibilitou o confronto dos resultados obtidos com outros trabalhos realizados em condições sobreponíveis. Na tentativa de colmatar essa falha, decidiu-se compará-los com estudos obtidos em instituições de saúde, dada a semelhança potencial nas atividades prestadas pelos profissionais nessas instituições com as condições do estabelecimento analisado neste estudo. Posto isto, podemos concluir que os resultados alcançados neste estudo são importantes pois proporcionam-nos conhecimento referente à realidade laboral destas organizações uma vez que os estudos neste âmbito são escassos.

Reconhecemos que a amostra recolhida no presente trabalho tem uma dimensão reduzida (39 participantes), no entanto o número de respondentes é muito superior ao número de pessoas que não realizaram o preenchimento do questionário (três pessoas não participantes). Sabemos que devido o número limitado da amostra bem como a área geográfica específica não nos permite infelizmente extrapolar conclusões para o universo das instituições portuguesas similares.

Tentamos encontrar um questionário ou escala validados para a colheita de dados, o qual não foi possível. Para ultrapassarmos este obstáculo construímos um questionário com base na literatura e noutros trabalhos académicos realizados neste âmbito, que foi utilizado na nossa recolha de dados, tendo sido otimizado com a inclusão de indicadores que pretendíamos avaliar, por forma a dar solidez à nossa investigação.

Temos consciência das fragilidades potenciais do instrumento utilizado, no entanto elaboramos o questionário essencialmente para abordar os aspetos presentes na investigação de forma a compreendermos os dados do nosso estudo.

Tendo em conta os objetivos, as questões de investigação e respetivas subquestões (anteriormente no capítulo II- Metodologia) levantadas para a realização deste estudo, apresentamos de seguida a discussão e análise dos resultados obtidos. Assim, relativamente às questões de investigação:

Questão 1: “*Que fatores poderão estar associados à percepção dos riscos ocupacionais pelos AAD (Ajudantes de Ação Direta) de um Lar da Região Centro?*” estão relacionadas as seguintes subquestões:

Subquestão 1.1- Há diferenças na percepção do risco dos AAD conforme o sexo?

Não é possível dar resposta a esta questão, uma vez que todos os inquiridos são do sexo feminino.

Participaram no estudo 39 AAD, verificando-se através da Tabela 1 que a amostra é 100% feminina, profissão exercida maioritariamente por mulheres. Estes resultados vão ao encontro de vários estudos realizados nesta área, onde se refere a existência de maior taxa de feminização dos serviços de saúde ^{7,43,74,75}.

Subquestão 1.2- Há diferenças na percepção do risco dos AAD conforme a faixa etária?

Devido à diversidade de idades presentes nos participantes, houve necessidade de agrupar as idades em dois grupos, sendo estes: “até 49 anos” e “50 ou mais anos”. O mesmo aconteceu com as categorias relativas ao nível de risco que os trabalhadores consideram que a sua atividade profissional comporta, sendo necessário agrupar em duas categorias sendo elas: “baixo/intermédio risco” e “elevado/ muito elevado risco” (Tabela 58).

Tabela 58-Percepção do risco dos AAD conforme a faixa etária.

		Que nível de risco considera que a sua atividade profissional comporta?		Total
		Baixo / Intermédio	Elevado / Muito elevado	
Idade	Até 49	12	6	18
	50 ou mais	14	7	21
Total		26	13	39

Apresentamos de seguida na Tabela 59, a correlação da variável idade e o nível de risco considerado na atividade profissional exercida.

Tabela 59- Correlação entre a idade e o nível de risco considerado na atividade profissional exercida.

Testes qui-quadrado					
	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	,000a	1	1,000		
Correção de continuidade	,000	1	1,000		
Razão de verossimilhança	,000	1	1,000		
Teste Exato de Fisher				1,000	,632
Associação Linear por Linear	,000	1	1,000		
N de Casos Válidos	39				

Podemos concluir que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas relativamente à percepção do risco entre as AAD das duas faixas etárias, ou seja a idade não influencia a percepção do risco das AAD ($X^2(1)=0,000$, $p=1,000$).

O escalão etário do grupo em estudo é semelhante ao apresentado no trabalho de Dalri (2007), em que as idades variaram entre 20 e 59 anos, com uma média de 42 anos⁷⁶.

Muitos modelos consideram que o envelhecimento dos trabalhadores está associado a perda de capacidades e competências, bem como o aumento de doenças profissionais e maior ocorrência de acidentes de trabalho. Porém, os dados estatísticos existentes não confirmam esta informação referindo que as pessoas mais velhas não perdem competências. Efetivamente as estatísticas apontam para uma maior frequência de acidentes de trabalho junto dos trabalhadores mais jovens, fator estreitamente relacionado com o tempo de trabalho, a precariedade das condições de trabalho e a falta de experiência. Os trabalhadores mais velhos possuem saberes-fazer, saberes-ser e conhecimentos mais profundos da situação de trabalho²¹.

Subquestão 1.3- Há diferenças na percepção do risco dos AAD conforme as habilitações literárias/ grau de ensino?

No parâmetro “grau de ensino” do questionário foi apresentada uma grande variedade de respostas pelo que foi necessário agrupar as respostas em dois grupos, “até 9 anos de escolaridade” e “10 a 12 anos de escolaridade”. Mantiveram-se os grupos referidos anteriormente para o parâmetro “que nível de risco comporta a sua atividade profissional” (“baixo/intermédio” e “elevado/ muito elevado”). Resultados apresentados na Tabela 60.

Tabela 60- Percepção do risco dos AAD conforme o grau de ensino.

Grau de ensino		Que nível de risco considera que a sua atividade profissional comporta?		Total
		Baixo / Intermédio	Elevado / Muito elevado	
Até 9 anos		16	8	24
	10 a 12 anos	10	5	15
Total		26	13	39

A Tabela 61 exhibe a correlação entre as variáveis, grau de ensino e o risco considerado pelas AAD na sua atividade profissional.

Tabela 61- Correlação entre o grau de ensino e o nível de risco considerado na atividade profissional exercida.

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	,000	1	1,000		
Correção de continuidade	,000	1	1,000		
Razão de verossimilhança	,000	1	1,000		
Teste Exato de Fisher				1,000	,639
Associação Linear por Linear	,000	1	1,000		
N de Casos Válidos	39				

Observamos que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas relativamente à percepção do risco entre as AAD com uma escolaridade até ao 9º ano e as AAD com o 10º ano de escolaridade ou superior ($\chi^2(1) = 0,000$, $p = 1,000$).

Apesar do resultado obtido no nosso trabalho, o estudo denominado por “O Burnout nos Ajudantes de Ação Direta que trabalham em Lares Residenciais para Idosos no distrito de Viseu” expõe que são os sujeitos com habilitações mais baixas são os que evidenciam um nível maior de exaustão emocional ⁷⁷.

Subquestão 1.4- Há diferenças na percepção do risco dos AAD conforme o estado civil?

A maioria dos AAD que participaram no estudo são casados ou estão em união de facto, correspondendo a 27 participantes e cerca de 7 são divorciados. De seguida apresentamos a Tabela 62 e Tabela 63 com os respetivos dados sobre esta subquestão.

Tabela 62- Percepção do risco dos AAD conforme o grau o seu estado civil.

		Que nível de risco considera que a sua atividade profissional comporta?		Total
		Baixo / Intermédio	Elevado / Muito elevado	
Estado Civil	Casado / União de facto	15	12	27
	Divorciado	6	1	7
Total		21	13	34

Tabela 63- Correlação entre o estado civil e o nível de risco considerado na atividade profissional exercida.

Testes qui-quadrado					
	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	2,141a	1	,143		
Correção de continuidade	1,054	1	,305		
Razão de verossimilhança	2,396	1	,122		
Teste Exato de Fisher				,210	,153
Associação Linear por Linear	2,078	1	,149		
N de Casos Válidos	34				

Através destes dados podemos concluir que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas relativamente à percepção do risco entre os AAD casados/em união de facto e os AAD divorciados ($p=0,210$, teste exato de Fisher).

Estes resultados vão de encontro com um estudo intitulado por “Burnout nos Ajudantes de Ação Direta que trabalham em Lares Residenciais para Idosos no distrito de Viseu”, onde se verifica que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em estudo (solteiro, casado e divorciado) em relação às três subescalas, nomeadamente Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal⁷⁷.

Subquestão 1.5- Há diferenças na percepção do risco dos AAD conforme o tipo de contrato de trabalho?

Relativamente à subquestão 1.5, podemos observar os seguintes dados nas Tabelas 64 e 65.

Tabela 64- Percepção do risco dos AAD conforme o seu tipo de contrato de trabalho.

		Que nível de risco considera que a sua atividade profissional comporta?		Total
		Baixo / Intermédio	Elevado / Muito elevado	
Situação profissional atual	Contrato sem termo	17	8	25
	Contrato a termo certo/incerto	9	5	14
Total		26	13	39

Tabela 65- Correlação entre o tipo de contrato de trabalho e o nível de risco considerado na atividade profissional exercida.

	Testes qui-quadrado				
	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	,056a	1	,813		
Correção de continuidade	,000	1	1,000		
Razão de verossimilhança	,055	1	,814		
Teste Exato de Fisher				1,000	,542
Associação Linear por Linear	,054	1	,816		
N de Casos Válidos	39				

Podemos observar que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas relativamente à perceção do risco entre os AAD com contrato sem termo e os AAD com contrato a termo certo ou incerto ($p=1,000$, teste exato de Fisher).

Como descrito no capítulo anterior, 64% dos profissionais deste estudo encontram-se em situação de contrato de trabalho sem termo e 30,8% a contrato a termo certo. Estes valores são concordantes com outros estudos publicados, onde assinalam que 78,1% dos trabalhadores estão em regime efetivo⁷⁶.

Outro estudo que demonstra percentagens similares foi o realizado nas Misericórdias de Bragança, Mirandela e Vinhais, que demonstra que 75,9% dos trabalhadores estão em regime efetivo/permanente e 17,7% em contrato de trabalho a termo certo⁷⁸.

Subquestão 1.6- Há diferenças na perceção do risco dos AAD em função do número de anos em serviço?

No que toca à categoria tempo de exercício profissional, houve necessidade de agrupar as respostas dos participantes em dois grupos, “até 10 anos” e “mais de 10 anos”. Os dados são apresentados nas Tabelas 66 e 67.

Tabela 66- Perceção do risco dos AAD conforme o número de anos de serviço.

		Que nível de risco considera que a sua atividade profissional comporta?		Total
		Baixo / Intermédio	Elevado / Muito elevado	
Tempo de exercício profissional	Até 10 anos	13	3	16
	Mais de 10 anos	12	10	22
Total		25	13	38

Tabela 67- Correlação entre o número de anos de serviço e o nível de risco considerado na atividade profissional exercida.

Testes qui-quadrado					
	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	2,935a	1	,087		
Correção de continuidade	1,868	1	,172		
Razão de verossimilhança	3,065	1	,080		
Teste Exato de Fisher				,165	,085
Associação Linear por Linear	2,858	1	,091		
N de Casos Válidos	38				

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas relativamente à percepção do risco entre os AAD com até 10 anos de serviço e os AAD com mais de 10 anos de serviço ($X^2(1)=2,935$, $p=0,087$).

Relativamente à antiguidade dos participantes na instituição estudada, cerca de 22 participantes têm mais de 10 anos de exercício profissional (56,4%), sendo o tempo médio de serviço de aproximadamente 12 anos. Estes resultados são concordantes com um estudo semelhante, onde os resultados variaram entre 0,5 e 39 anos, com a classe modal a localizar-se entre os 10 e os 12,5 anos e com uma média de 12,56 anos⁷⁸.

No entanto, existem outros estudos onde os trabalhadores com mais de 10 anos de serviço foram os que mais apresentaram acidentes de trabalho; como justificação os autores definiram a educação contínua insuficiente, falta de sensibilização e consciencialização do pessoal, supervisão contínua insuficiente^{79,80}.

Subquestão 1.7- Há diferenças na percepção do risco dos AAD em função do número de horas de trabalho semanal?

Em relação à categoria “horas de trabalho semanal” recorreremos ao agrupamento de dois grupos “até 39 horas semanais” e “40 ou mais horas semanais”. De seguida apresentaremos os dados referentes a esta subquestão nas Tabelas 68 e 69.

Tabela 68- Percepção do risco dos AAD conforme o número de horas de trabalho semanal.

		Que nível de risco considera que a sua atividade profissional comporta?		Total
		Baixo / Intermédio	Elevado / Muito elevado	
Horas de trabalho semanal	Até 39 horas semanais	3	5	8
	40 ou mais horas semanais	21	8	29
Total		24	13	37

Tabela 69- Correlação entre o número de horas de trabalho semanal e o nível de risco considerado na atividade profissional exercida.

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	3,354a	1	,067		
Correção de continuidade	1,997	1	,158		
Razão de verossimilhança	3,225	1	,072		
Teste Exato de Fisher				,100	,081
Associação Linear por Linear	3,263	1	,071		
N de Casos Válidos	37				

Concluimos que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas relativamente à percepção do risco entre os AAD com até 39 horas de trabalho semanal e os AAD com 40 ou mais horas de trabalho semanal ($p=0,100$, teste exato de Fisher).

Um estudo realizado com enfermeiros e assistentes operacionais num hospital central, demonstra que 72,9% dos participantes realiza 40 horas semanais e 27,1% realiza 35 horas semanais, resultados concordantes com os resultados enunciados no presente estudo onde se observa que 29 participantes (74,4%) realiza 40 ou mais horas por semana e apenas 8 participantes (20,5%) realiza menos de 40 horas semanais⁷³.

Apesar destes resultados, vários estudos demonstram que horários de trabalho superiores a 8 horas diárias afetam negativamente a saúde e o bem-estar dos trabalhadores, aumentando a exposição aos riscos ocupacionais, bem como a ocorrência de acidentes de trabalho²¹.

Subquestão 1.8- Há diferenças na percepção do risco dos AAD conforme o tipo de horário de trabalho?

Quanto à subquestão 1.8, apresentamos os dados nas Tabelas 70 e 71.

Tabela 70- Percepção do risco dos AAD conforme o seu tipo de horário de trabalho.

		Que nível de risco considera que a sua atividade profissional comporta?		Total
		Baixo / Intermédio	Elevado / Muito elevado	
Horário	turnos	12	7	19
	fixo	13	6	19
Total		25	13	38

Tabela 71- Correlação entre o tipo de horário de trabalho e o nível de risco considerado na atividade profissional exercida.

Testes qui-quadrado					
	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	,117a	1	,732		
Correção de continuidade	,000	1	1,000		
Razão de verossimilhança	,117	1	,732		
Teste Exato de Fisher				1,000	,500
Associação Linear por Linear	,114	1	,736		
N de Casos Válidos	38				

Observamos que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas relativamente à perceção do risco entre os AAD com horário fixo e os AAD com horário por turnos ($X^2(1)=0,117$, $p=0,732$).

Como referido anteriormente neste trabalho, segundo a legislação portuguesa é obrigatória a presença de profissionais (nomeadamente AAD) durante as 24 horas do dia. A assistência é ininterrupta nas 24 horas do dia e isso implica a rotatividade de horários entre os membros das equipas, para poderem permanecer junto dos utentes prestando os cuidados necessários.

Vários estudos evidenciam resultados semelhantes, não havendo influência do tipo de horário (trabalho por turnos) com o aparecimento da síndrome de *burnout*⁷⁷, ou mesmo não há nenhum caso em que as médias do número de riscos a que o profissional de saúde está exposto difiram entre os profissionais de saúde que trabalham por turnos e os que apresentam horário fixo⁷³.

Apesar destes resultados apresentados anteriormente, é importante referenciar que segundo Cruz (1999), o trabalho por turnos origina a dessincronização de horários como a fonte de problemas para o trabalhador. Esta variação de horários impede que o trabalhador acompanhe a vida de familiares, perturbando a vida familiar e o relacionamento com as pessoas mais próximas, bem como a sua vida social e de lazer, sendo o trabalhador muitas vezes discriminado⁸¹. Os trabalhadores que praticam um horário por turnos, verifica-se a ocorrência de alterações nos indicadores de saúde físicos, psicológicos e sociais. Apresentam os seus ritmos circadianos e

gastrointestinais alterados devido às escalas de horários desordenadas que impossibilitam o ajuste rápido dos ritmos biológicos, bem como às inversões dos períodos de atividade e repouso⁸².

Tendo em conta o que foi mencionado nas subquestões anteriormente referidas, podemos responder à **Questão 1**: “*Que fatores poderão estar associados à percepção dos riscos ocupacionais pelos AAD (Ajudantes de Ação Direta) de um Lar da Região Centro?*”, sendo que os resultados indicaram não haver diferenças significativas nos itens analisados entre sexos, entre as diferentes faixas etárias, entre as diferentes habilitações literárias, estado civil, contrato de trabalho, número de anos de serviço, número de horas de trabalho semanal e o horário de trabalho.

Quanto à **Questão 2**: “*O comportamento dos AAD de um Lar da Região Centro altera-se após a ocorrência de acidentes de trabalho?*”, como já pudemos observar no capítulo anterior, na Tabela 14, cinco participantes referiram já ter sofrido um acidente de trabalho (12,8%). Podemos também observar na Tabela 16 que 5,1% dos participantes (duas pessoas) refere que o seu comportamento após um acidente de trabalho modificou-se totalmente, 5,1% muito pouco (2 pessoas) e 2,6% modificou parcialmente (1 pessoa).

Face ao comportamento/conduita após o acidente de trabalho os participantes deste trabalho, descreveram “ter mais cuidado” nas diferentes situações profissionais do dia-a-dia. Outra descrição presente no questionário foi de “passou a cumprir as normas de segurança” relativas ao acidente de trabalho. De forma geral, os AAD que sofreram acidentes de trabalho tendem a considerar estarem mais expostos e a classificar os riscos profissionais mais graves que os AAD que nunca sofreram acidentes de trabalho.

A percentagem de ocorrência de acidentes de trabalho obtida no presente estudo (12,8%) é nitidamente inferior ao apresentado noutros estudos relacionados com a saúde, como por exemplo os enfermeiros (32,8%)⁷⁶ ou até mesmo 20,8% num estudo realizado nas Misericórdias Bragança, Mirandela e Vinhais⁷⁸.

Quanto à alteração da conduta perante um acidente de trabalho os nossos resultados vão ao encontro de estudos realizados a outros profissionais de saúde, como é o caso de Técnico de análises clínicas e de Radiologia, onde se evidencia que houve modificação do comportamento face aos procedimentos de segurança, após sofrerem um acidente de trabalho^{71,72}.

Quanto à **Questão 3:** *Qual a percepção dos riscos ocupacionais dos AAD de um Lar da Região Centro?* Estão articuladas as seguintes subquestões:

Subquestão 3.1- *Qual o nível de conhecimento dos AAD acerca dos riscos ocupacionais a que estão sujeitos?*

De acordo com o capítulo anterior, cerca de 56,4% das AAD refere ter conhecimentos completos ou muito completos relativamente aos perigos intrínsecos à sua atividade profissional. Estes resultados vão ao encontro dos dados obtidos por Flora (2013), onde menciona que, de um modo geral, os colaboradores estão bem informados, pois reconhecem, na maioria, os equipamentos de proteção individual/coletiva, os procedimentos a tomar e as sinalizações existentes no local de trabalho ⁷⁸.

Profissionais de outras áreas da saúde (exemplo, enfermeiros e Técnico de Radiologia), de forma geral também indicam ter um elevado conhecimento acerca dos riscos ocupacionais que enfrentam diariamente na sua atividade profissional ^{71,83}.

Subquestão 3.2- *Os AAD consideram exercer uma profissão de risco?*

De acordo com a tabela 18, 61,5% dos participantes atribui risco intermédio à sua profissão e cerca de 33,3% refere elevado e muito elevado.

Segundo Sousa (2008), após realizar a análise do risco segundo o método das matrizes compostas indicou que o conjunto de funções que apresenta maior grau de risco é o realizado pelas ajudantes de ação direta⁴³.

Também de acordo com Flora (2013), num estudo realizado a Misericórdias, das 33 categorias profissionais estudadas as que mais se verificou estarem perante riscos profissionais são: a auxiliar de ação direta (12,01%), a auxiliar de serviços gerais (12,01%) e a ajudante de lar (8,71%) ⁷⁸.

Subquestão 3.3 e 3.4- *Como é que os AAD encaram a gravidade do risco associado à sua profissão? / Quais os tipos de risco a que os AAD atribuem maior gravidade relativamente à sua atividade profissional?*

A partir da análise das respostas aos questionários, foi possível referir que o risco biológico foi o risco de maior gravidade identificado pelas AAD estudadas (Tabela 20). sendo alguns exemplos das situações reportadas: “contacto com as doenças dos utentes”, “existências de vírus”, “contágio de doenças infecciosas”, “contacto com urina e sangue contaminado”). A prevalência do risco

biológico é compreensível, pois estes trabalhadores realizam vários procedimentos durante os quais manipulam materiais de origem biológica^{7,76}.

O risco identificado como o segundo mais grave foi o risco ergonómico (Tabela 21). Vários estudos comprovam que os riscos ergonómicos foram identificados com maior regularidade nesta categoria profissional. “Esforço físico com os doentes”, “Manuseamento do peso dos utentes”, “Esforço na transferência dos utentes” são algumas respostas dadas pelas profissionais em estudo, indo ao encontro de vários autores que afirmam que as posturas incorretas adotadas e o levantamento manual de cargas inerente aos cuidados prestados aos utentes (exemplo a manipulação de doentes e acamados) são os principais causadores de lesões músculo-esqueléticas dos trabalhadores, acidentes de trabalho e doenças profissionais^{7,43,78}.

Concluimos, perante a análise das respostas, que os colaboradores em estudo reconheciam a existência de perigos no desempenho das suas funções, dando exemplos concordantes com a sua prática diária.

Subquestão 3.5- Que controlo os AAD consideram ter sobre a fonte de risco?

Os AAD assumem ter controlo sobre os riscos, acreditando que se sentem preparados para geri-los, adquirindo comportamentos de minimização e eliminação dos mesmos. Estes resultados vão ao encontro do estudo realizados a Técnicos de Radiologia, onde referem o mesmo resultado⁷¹.

Subquestão 3.6- O que é que os AAD realizam para enfrentar (minimizar/ eliminar) os riscos ocupacionais?

Segundo dados referidos na tabela 29, 100% das respostas dadas no inquérito pelas AAD referem que numa situação de risco ocupacional tendem a ter comportamentos que eliminem ou minimizam os riscos. Mencionam utilizar medidas preventivas para os riscos a que estão expostos nomeando a utilização de EPI's como medida primordial a adotar no caso do risco biológico²¹. Quanto ao risco ergonómico, indicam a adoção de posturas corretas e a utilização de equipamentos para a manipulação de cargas (exemplo as gruas) e ajudas técnicas como medidas adequadas ao combate deste risco. No que diz respeito ao risco físico, destacam a sinalização do perigo e quanto ao risco químico a utilização de EPI's. relativamente ao risco psicossocial, indicam estratégias como o relaxamento, *mindfulness*, distração nos tempos livres. Todas estas estratégias vão de encontro com a literatura existente sobre esta temática quanto à prevenção de riscos ocupacionais, acidentes de trabalho e doenças profissionais^{6,21,47,48,67,23,28,29,39,43-46}.

Subquestão 3.7- Quais as tipologias de risco que os AAD se consideram mais expostos?

Como referido durante o capítulo anterior, os profissionais que participaram no estudo referiram estar expostos às categorias de risco biológico, químico, físico, ergonómico e psicossocial. Para além disso, conseguiram identificar as medidas preventivas a adotar perante cada risco presente no seu posto de trabalho.

Como podemos constatar na Tabela 57, os participantes identificaram as várias situações de perigo referentes às diferentes tipologias de risco expostas no questionário.

As situações mais identificada pelos profissionais do estudo foi o “Stress” com 92,3%, as situações de “Desgaste emocional” (82,1%) e a “Violência” com 30,8%, pertencentes ao risco psicossocial. Apesar desta categoria ser muitas vezes menosprezada por entidades empregadoras e pelos próprios trabalhadores⁴³, os inquiridos reconheceram esta categoria de risco, pois o contacto diário com a dor, a doença, a morte e o apoio prestado aos utentes que apresentam fragilidades, necessitando de cuidados específicos são fatores que geram situações de stress e desgaste emocional⁴³. Relativamente ao parâmetro “Violência” identificados pelos participantes (aproximadamente 1/3 das respostas) é inferior ao apresentado no estudo intitulado por “*Violência no Trabalho: violência dos utentes dos lares para com os profissionais prestadores de cuidados*” de 2014, onde se concluiu que cerca de 2/3 dos funcionários inquiridos sofreu algum tipo de violência, quer física quer psicológica⁸⁴. A identificação desta categoria de risco profissional mostra que o bem-estar psíquico e social é importante para o desempenho de qualquer trabalhador e, fundamental para os profissionais neste setor de atividade, de prestação de serviços a utentes em situação de carência.

O “Contacto com doentes ou portadores de doença (ex. herpes, adenovírus)” também foi identificado com cerca de 82,1%, pertencentes ao risco biológico. A prevalência do risco biológico é compreensível pois estes trabalhadores realizam vários procedimentos durante os quais contactam e manipulam materiais de origem biológica^{7,23,37,38,76}.

A “Utilização de detergentes, desinfetantes e antissépticos” obteve uma percentagem de 82,1% das respostas selecionadas, pertencendo ao risco químico. As atividades relacionadas com a saúde, o cuidado de pessoas e respetiva limpeza acarretam riscos químicos bem identificados como o uso de (...) álcool, detergentes, desinfetantes, uso constante de luvas de látex com talco^{25,85}. Contudo, os trabalhadores nem sempre têm completo conhecimento da nocividade destes produtos^{86,87}.

Quanto ao risco ergonómico, as percentagens de seleção foram ligeiramente menores, tendo a “Sobrecarga e sobre esforço” cerca de 66,7% das respostas nomeadas pelos participantes, “Posturas de trabalho inadequadas/ incorretas” com 56,4% e o “Movimentação manual de cargas”

com cerca de 33,3%. Apesar destes resultados, há estudos que indicam que os riscos ergonómicos são identificados com maior regularidade⁴⁴⁻⁴⁸. A categoria profissional estudada abarca tarefas e situações laborais onde são detetados perigos associados aos riscos ergonómicos^{21,39}. As posturas incorretas adotadas e o levantamento manual de cargas inerente aos cuidados prestados aos utentes são os principais causadores de lesões músculo-esqueléticas dos trabalhadores⁴⁰⁻⁴³.

Por fim, no risco físico, as situações selecionadas foram a “Permanência em ambientes térmicos fora da área de conforto (muito quente ou muito frio)” com 46,2% e a “Renovação de ar insuficiente/inadequada” com 33,3%. Estes resultados vão ao encontro das situações relatadas pelo Departamento de Saúde Pública, Ministério da Saúde, Administração Regional da Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, na sua Orientação Técnica nº1, intitulada de “*Gestão dos Riscos Profissionais em Estabelecimentos de Saúde*” (2010), onde afirmam que os profissionais que trabalham em estabelecimentos de saúde podem frequentar locais com temperatura e humidade desajustadas, provocando desconforto térmico e stress térmico²³. Segundo um estudo realizado em 2017, intitulado de “Qualidade do Ar Interior em Lares de Idosos e seus Efeitos na Saúde dos Trabalhadores”, constatou-se que as concentrações médias de dióxido de carbono, registados em alguns lares de idosos ultrapassaram o valor máximo permitido. Os sintomas mais frequentes devido a esta alteração foram as cefaleias, irritabilidade nasal, tonturas e alergias, concluindo-se que os locais avaliados apresentavam Síndrome do Edifício Doente⁸⁸.

Subquestão 3.8- Como consideram os AAD a sua formação técnica em relação aos riscos ocupacionais a que estão expostos?

Segundo o capítulo anterior, todas as participantes no estudo já realizaram ações de formação sobre este tema. Das colaboradoras que participaram no estudo, 41% consideraram ter uma formação completa ou muito completa sobre o tema e 48,7% mais ou menos completa (Tabela 13). Apenas 10,3% acha incompleta ou muito incompleta, valor abaixo dos 19,5% do estudo realizado por Flora (2013), onde a amostra em estudo acha que a formação que a entidade fornece não é adequada⁷⁸.

Outro trabalho importante nesta área, intitulado de “Ajudantes de Ação Direta: Perceções sobre Formação Profissional e Impacto da Formação na Prestação de Cuidados a Idosos Dependentes Internados”, evidenciou que o desempenho dos AAD na transferência melhorou após a formação. Os profissionais manifestaram ter uma perceção positiva sobre a importância da formação profissional. Concluiu-se que há uma sensibilização generalizada por parte dos AAD para a importância da formação na sua profissão⁸⁹.

Por fim, segundo o estudo “Riscos ocupacionais e os agravos à saúde dos profissionais de enfermagem”, demonstrou a necessidade de treino e educação continuada aos profissionais de enfermagem para que estes possam identificar situações de risco e propor alternativas de proteção à sua própria saúde e à dos restantes profissionais⁹⁰.

Reforçamos a ideia descrita por Flora (2013) onde destaca que a falta de adequabilidade ou insuficiência da formação ministrada resulta a maior parte das vezes porque existem dificuldades na transmissão de informação⁷⁸.

Tendo em conta tudo o que foi referido, afirmamos que para a “eficácia” da gestão do risco é necessária uma adequada caracterização do risco ocupacional de forma a tornar a informação acessível e compreensível a todos os trabalhadores. Para promover o conhecimento, a avaliação e a intervenção na saúde dos trabalhadores é imprescindível ajustar a perceção do risco de todos os intervenientes²³.

De tudo o que foi referido anteriormente, podemos concluir, quanto à questão 3, que os colaboradores reconhecem a existência de perigos no desempenho das suas funções. Afirmam saber quais os comportamentos e posturas adequadas para determinadas situações de trabalho, reconhecendo que a formação em saúde e segurança no trabalho, nomeadamente sobre os riscos ocupacionais, é fundamental para se sentirem confiantes na sua atividade profissional.

CONCLUSÃO

Ao finalizar esta dissertação é oportuno refletir e avaliar o trabalho desenvolvido e executar a síntese dos resultados obtidos.

O presente estudo permitiu analisar a percepção do risco ocupacional das AAD de um Lar de Idosos na Região Centro.

O tratamento estatístico desenvolvido neste trabalho tem como base a amostra recolhida entre os sujeitos alvo neste estudo que resumiremos de seguida.

No estudo participaram 39 trabalhadores (AAD), onde se verificou que a amostra é composta apenas por mulheres (100% das respostas), tratando-se, de facto, de uma profissão exercida maioritariamente por mulheres. A idade máxima observada foi de 65 anos e a mínima de 27 anos, sendo a média de aproximadamente de 49 anos.

Relativamente ao grau de ensino, verificou-se que 51,3% tem entre os 7 e os 9 anos de escolaridade. No que toca ao estado civil, a amostra apresenta-se maioritariamente casada, com 61,5% dos casos estudados.

Foi possível concluir que não houve fatores sociodemográficos que influenciassem a percepção dos riscos nos trabalhadores estudados.

Quanto à caracterização profissional, observamos que a maioria da amostra está a contrato sem termo e trabalham aproximadamente 40 horas por semana. A maioria dos profissionais que participaram no estudo trabalha há mais de 10 anos na área do cuidado ao idoso. Metade da amostra trabalha por horário fixo e a outra metade por horário rotativo.

Com base na amostra estudada, é possível verificar que AAD consideram ter um conhecimento completo ou muito completo (56,4%) acerca dos riscos ocupacionais relacionados com a sua atividade profissional. Consideram ainda, que exercem uma profissão de risco intermédio (61,5%).

Quanto à frequência de formações, 100% da amostra estudada já participou em ações de formação relacionadas com perigos profissionais, achando ter uma formação completa ou próximo disso. O facto de a formação ser constante pode ter levado à atualização de conhecimentos sobre o tema que consequentemente leva ao não esquecimento e melhoria do mesmo.

Da amostra estudada apenas 12,8% já sofreram acidentes de trabalho. Dessa percentagem, 40% referiu que o comportamento após o acidente de trabalho modificou-se totalmente e 40% referiu que se modificou muito pouco.

Os riscos biológicos, ergonómicos e psicossociais foram os riscos mais graves referidos pelos profissionais em estudo, na sua atividade profissional. No entanto, a maioria considera estar bem preparada para situações de perigo a que possa estar exposta na sua profissão, assumindo ter controlo sobre os riscos e acreditando que se sentem preparados para geri-los. Referem adquirir comportamentos de minimização e eliminação dos mesmos e assim definir e aplicar as medidas preventivas mais eficazes relacionadas com os riscos laborais. Consideram ainda, que a entidade patronal cria as condições necessárias para minimização e eliminação das situações de risco.

No que se refere à pesquisa para a revisão bibliográfica, verificou-se existir um número limitado de estudos sobre o nível da perceção de risco na área ocupacional relativamente a esta categoria profissional em estudo, o que dificultou realização de comparações com os resultados obtido na nossa investigação. Os trabalhos, referentes a esta população estudada, são escassos e a maioria baseia-se na investigação realizada em trabalhos académicos, como por exemplo dissertações de mestrado.

De modo a obter uma amostra mais significativa do grupo profissional dever-se-ia estender futuramente o estudo a outras entidades e instituições a nível nacional. Seria também interessante abranger outros profissionais pertencentes ao mesmo universo do cuidar (nomeadamente, enfermeiros, médicos, diretores técnicos, administrativos, psicólogos, animadores...), de forma a poder haver comparações entre si.

Outro ponto importante a abordar neste âmbito seriam as doenças profissionais desenvolvidas por este grupo de profissionais, tema que não foi apresentado neste trabalho.

Com o desenvolvimento deste trabalho, esperamos ter dado um contributo positivo para a sensibilização dos trabalhadores, dos gestores e chefes da instituição em estudo, acerca do tema abordado a da importância da intervenção na prevenção ou diminuição dos riscos ocupacionais, no sentido de melhorar a qualidade de vida dos profissionais e aperfeiçoar os cuidados prestados aos idosos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boletim do Trabalho e Emprego, nº 1 de 8/1/2010 [Internet]. 2010. Available from: http://bte.gep.msess.gov.pt/completos/2010/bte1_2010.pdf
2. Boletim do Trabalho e Emprego, nº 22 de 15/6/2011 [Internet]. 2011. Available from: http://bte.gep.msess.gov.pt/completos/2011/bte22_2011.pdf
3. Decreto-Lei n.º 121/2008 de 11 de Julho [Internet]. Diário da República, Diário da República, 1.ª série — N.º 133 2008 p. 5672–8. Available from: <https://dre.pt/application/conteudo/456561>
4. Instituto Nacional de Estatística. Classificação Portuguesa das Profissões 2010 [Internet]. Lisboa: INE. 2011. 485 p. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=107961853&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt
5. Ministérios da saúde e do trabalho e da solidariedade. Decreto-Lei nº 414/99 de 15 de Outubro [Internet]. Diário da República — I Série-A 1999 p. 6967–71. Available from: <https://dre.pt/application/conteudo/667139>
6. Pinto MS. Estudo das Condições de Trabalho dos Ajudantes de Ação Direta em Estabelecimentos de Apoio Social. Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto; 2012.
7. Agbonifo N, Hittle B. Occupational Exposures of Home Healthcare Workers. 2017;35(3):150–9.
8. Freitas LC. Manual de segurança e saúde do trabalho. Edições Sí. Lisboa; 2016.
9. Rogers B. Enfermagem do trabalho : conceitos e prática. Loures : Lusociência; 1997. 557 p.
10. MATTOS, Ubirajara; MÁSCULO F-. Higiene e Segurança do Trabalho [Internet]. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda; 2011. Available from: <https://books.google.pt/books?id=OM592kIgGvkC&pg=PR14&dq=Enfermagem+do+Trabalho&hl=pt-BR&sa=X&ei=I7xCUvTQKseM7QaArYCQBQ&ved=0CEsQ6AEwAw#v=onepage&q=Enfermagem+do+Trabalho&f=false>
11. Carvalho GM de. Enfermagem Do Trabalho. E. P. U., editor. 2001. 315 p.

12. Organização Mundial de Saúde. Good practice in occupational health services: : a contribution to workplace health [Internet]. Vol. 121, Regional Office for Europe. 2002 [cited 2019 Nov 5]. p. 1803–5. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/115486/E77650.pdf
13. Direção Geral da Saúde. Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC) Extensão 2018/2020 [Internet]. 2018. Available from: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-saude-ocupacional-extensao-2018-2020-pdf.aspx>
14. Lei nº 102/2009 de 10 setembro [Internet]. Diário da República, 1.ª série — N.º 176 2009 p. 6167–92. Available from: <https://dre.pt/application/conteudo/490009>
15. Lei nº 98/2009, de 4 de Setembro [Internet]. Diário da república 2009 p. 5894–920. Available from: <https://dre.pt/application/conteudo/489505>
16. Instituto da Segurança Social. Guia prático: Doença Profissional- Certificação [Internet]. 2017. 1–9 p. Available from: http://www.seg-social.pt/documents/10152/24338/N28_doenca_profissional_certificacao/3b846780-202a-4d3e-b90e-fc88a67f2cc2
17. Areosa J. A importancia das percepções de risco dos trabalhadores. *Int J Work Cond* [Internet]. 2012;June(3):54–64. Available from: https://www.researchgate.net/publication/331315385_A_importancia_das_percecoes_de_riscos_dos_trabalhadores
18. Autoridade para as Condições do Trabalho. Glossário [Internet]. Available from: [http://www.act.gov.pt/\(pt-PT\)/CentroInformacao/Glossario/Paginas/default.aspx](http://www.act.gov.pt/(pt-PT)/CentroInformacao/Glossario/Paginas/default.aspx)
19. Schildmeijer K, Wallerstedt B, Ekstedt M. Healthcare Professionals’ Perceptions of Risk When Care Is Given in Patients’ Homes. *Home Healthc Now*. 2019;37(2):97–105.
20. Rodrigues RSF. As práticas da segurança e higiene do trabalho nas estruturas residenciais para idosos: motivações, dificuldades e tendências [Internet]. Escola Superior de Ciências Empresariais; 2011. Available from: <http://comum.rcaap.pt/handle/123456789/4006>
21. Sousa J, Silva C, Pacheco E, Moura M, Araújo M, Fabela S. Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais em Portugal: Riscos Profissionais- Factores e Desafio. Centro de Reabilitação Profissional de Gaia. 2005. 1–70 p.

22. Uva AS. Diagnóstico e gestão do risco em saúde ocupacional. Instituto para a Segurança H e S no T, editor. Lisboa; 2010. 175 p.
23. Departamento de Saúde Pública. Gestão dos Riscos Profissionais em Estabelecimentos de Saúde. Orientação Técnica nº1 DSP. Ministério da Saúde, Administração Regional da Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP. 2010. 52 p.
24. Ministério da Economia e do Emprego. Decreto-Lei nº24/2012 de 6 de fevereiro [Internet]. Diário da República 2012 p. 580–9. Available from: <https://dre.pt/application/conteudo/543690>
25. OSHA. Prevenção de acidentes e de doenças nos trabalhadores do sector da limpeza. E-Fact 36 [Internet]. :1–12. Available from: <https://osha.europa.eu/pt/publications/e-fact-36-prevention-accidents-and-ill-health-cleaners>
26. OSHA. Alergéneos Respiratórios [Internet]. Facts 39. 2003. p. 59–60. Available from: <https://osha.europa.eu/pt/publications/e-fact-36-prevention-accidents-and-ill-health-cleaners>
27. OSHA. Agentes sensibilizadores da pele [Internet]. 2003. p. 2. Available from: <https://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/40>
28. Antunes Cortez E, Cavalcanti Valente G, Ribeiro B. The nurse in the occupational risks in home-care. Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online. 2011;3(3):2057–70.
29. Rodrigues A, Oliveira A, Oliveira B, Telo E, Franco H. Exposição a agentes químicos. ACT - Autoridade para as Condições do Trab [Internet]. 2014;(Exposição a agentes químicos):16. Available from: [http://www.act.gov.pt/%28pt-PT%29/crc/PublicacoesElectronicas/Documents/Guia Prático Exposição a Agentes Químicos.pdf](http://www.act.gov.pt/%28pt-PT%29/crc/PublicacoesElectronicas/Documents/Guia%20Pr%C3%A1tico%20Exposi%C3%A7%C3%A3o%20a%20Agentes%20Qu%C3%ADMICOS.pdf)
30. Decreto-Lei 182/2006, 2006-09-06 - DRE [Internet]. [cited 2019 Dec 26]. Available from: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/539986/details/maximized>
31. Decreto-Lei n.º 46/2006, de 24 de Fevereiro [Internet]. Diário da República 2006 p. 1531–8. Available from: <https://dre.pt/application/file/a/694138>
32. FG Benavides; C Ruíz-Frutos; AM García. SALUD LABORAL: CONCEPTOS Y TÉCNICAS PARA LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES. 2ª EDICIÓN. Barcelona: Editorial Masson; 2000. 501 p.

33. Inspeção-Geral das Actividades em Saúde. Manual de Segurança e saúde no Trabalho [Internet]. 2018. p. 43. Available from: http://www.igas.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/04/Manual_Seguranca_e_saude_no_trabalho.pdf
34. CORTE AM. Os riscos na enfermagem. Rev Nursing nº196. 2005;36–41.
35. Ministério do Emprego e da Segurança Social. Portaria n.º 987/93 de 6 de Outubro [Internet]. Diário da República I Série B nº 234 1993 p. 5596–9. Available from: <https://dre.pt/application/conteudo/644973>
36. Decreto Lei nº 84/97 de 16 de abril [Internet]. Diário da Republica, 1ª Série A 1997 p. 1702–9. Available from: <https://dre.pt/application/conteudo/468635>
37. Maia P. Contributos para a Caracterização da Actividade Profissional dos Enfermeiros com Vista à Justificação da Idade e Tempo de Serviço para a Aposentação. Revista Ecos de Enfermagem. 2005;24–9.
38. Carvalho B. Risco Biológico em Unidades de Saúde. Revista Nursing. 1998;24–6.
39. PORTUGAL M do E. Decreto-Lei n.º 330/93, de 25 de Setembro [Internet]. Diário da República, Diário da República I Série A nº226 1993 p. 5391–3. Available from: <https://dre.pt/application/file/a/653027>
40. OSHA. E-fact 28: Técnicas de mobilização de doentes para prevenir lesões músculo-esqueléticas na prestação de cuidados de saúde [Internet]. 2008. p. 11. Available from: <https://osha.europa.eu/pt/publications/e-fact-28-patient-handling-techniques-prevent-msds-health-care/view>
41. OSHA. Introdução às lesões Musculo-esqueléticas [Internet]. 2007. p. 2. Available from: <https://osha.europa.eu/pt/publications/factsheet-71-introduction-work-related-musculoskeletal-disorders/view>
42. OSHA. Lesões músculo-esqueléticas de origem profissional: Relatório sobre prevenção [Internet]. Facts 78; 2008. p. 2. Available from: <https://osha.europa.eu/pt/publications/factsheet-78-work-related-musculoskeletal-disorders-prevention-report-summary>
43. Sousa C. Metodologia de Segurança a adoptar pelos trabalhadores de um Lar de Idosos. Universidade da Madeira; 2008.
44. Neupane S, Karstad K, Hallman D, Rugulies R, Holtermann A. Objectively measured

- versus self-reported occupational physical activity and multisite musculoskeletal pain: a prospective follow-up study at 20 nursing homes in Denmark. *Int Arch Occup Environ Health* [Internet]. 2019;(0123456789). Available from: <https://browzine.com/articles/359006212>
45. Cheung K, Ching SSY, Ma KY, Szeto G. Psychometric evaluation of the workstyle short form among nursing assistants with work-related musculoskeletal symptoms. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(4).
 46. Cheung K, Szeto G, Lai GKB, Ching SSY. Prevalence of and factors associated with work-related musculoskeletal symptoms in nursing assistants working in nursing homes. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(2).
 47. Ching SSY, Szeto G, Lai GKB, Lai X Bin, Chan YT, Cheung K. Exploring the Synergic Effects of Nursing Home Work on Work-Related Musculoskeletal Disorders Among Nursing Assistants. *Work Heal Saf*. 2018;66(3):129–35.
 48. Graham P, Dougherty JP. Oh, their aching backs!: Occupational injuries in nursing assistants. *Orthop Nurs*. 2012;31(4):218–23.
 49. Rasmussen CDN, Lindberg NK, Ravn MH, Jørgensen MB, Søgaaard K, Holtermann A. Processes, barriers and facilitators to implementation of a participatory ergonomics program among eldercare workers. *Appl Ergon* [Internet]. 2017;58:491–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apergo.2016.08.009>
 50. Cruz Vermelha Portuguesa. Índice [Internet]. 2018. 1–15 p. Available from: https://www.cruzvermelha.pt/images/pdf/Orientações_AvaliaçãoRPS.pdf
 51. Isastur. Manual de segurança e instruções de trabalho [Internet]. 2010 [cited 2019 Nov 5]. Available from: https://www.isastur.com/external/seguridad/data/pt/1/1_1.htm
 52. Isaksson U, Åström S, Graneheim UH. Violence in nursing homes: Perceptions of female caregivers. *J Clin Nurs*. 2008;17(12):1660–6.
 53. Péliissier C, Fontana L, Fort E, Vohito M, Sellier B, Perrier C, et al. Impaired mental well-being and psychosocial risk: A cross-sectional study in female nursing home direct staff. *BMJ Open*. 2015;5(3):1–10.
 54. Organização Mundial da Saúde. Establishing a dialogue on risks from eletomagnetic fields [Internet]. Environmental Health. Geneva: DEPARTMENT OF PROTECTION

- OF THE HUMAN ENVIRONMENT; 2002. p. 1–66. Available from:
http://www.who.int/peh-emf/publications/en/emf_final_300dpi_ALL.pdf
55. Direção Geral da Saúde. Sistemas de Comunicações móveis: Efeitos na Saúde Humana [Internet]. Lisboa; 2007. p. 50. Available from: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/sistemas-de-comunicacoes-moveis-efeitos-na-saude-humana-pdf.aspx>
 56. Carochinho J-A. O Conceito de «Perceção do Risco»: Contributo da Psicologia Social. 2011. p. 77–87.
 57. Slovic P. The perception of risk. London: Earthscan Publications Ltd; 2000. 512 p.
 58. Cordeiro R. Suggestion of an inverse relationship between perception of occupational risks and work-related injuries. Cad saúde pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Esc Nac Saúde Pública [Internet]. 2002;18(1):45–54. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n1/8141.pdf>
 59. Feliciano JF. Poder e risco no trabalho da indústria petrolífera: A refinaria de Sines 1978 – 1997. 4769/M ACT. Lisboa: Lisboa : Deep, 2003; 2003. 126 p.
 60. Slovic P. Perception of risk. Science. 1987;236(4799):280–5.
 61. Assembleia da República. Constituição da República Portuguesa Sétima Revisão Constitucional- 2005 [Internet]. Assembleia. Lisboa: Diário da República, n.º 155 – I Série - A, de 12 de agosto de 2005; 2005. Available from: <https://www.parlamento.pt/ArquivoDocumentacao/Documents/CRPVIirevisao.pdf>
 62. Direção Geral de Saúde. Programa Nacional de Saúde Ocupacional: 2º ciclo - 2013/2017 [Internet]. Direção Geral de Saúde, Norma nº 026/2013 Portugal; 2013 p. 50. Available from: <http://www.dgs.pt/saude-ocupacional/programa-nacional/pnsoc-2013-2017.aspx>
 63. Assembleia da República. Lei nº 3/2014 de 28 de janeiro [Internet]. Diário da Republica, 1ª Série 2014 p. 554–91. Available from: <https://dre.pt/application/conteudo/571052>
 64. ACT, DGS. Segurança e Saúde do Trabalho: Atuação dos Industriais no âmbito do SIR [Internet]. Segurança e Saúde do Trabalho. 2013. p. 1–160. Available from: https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/documentos-so/documento_atuacao-dos-industriais-no-ambito-do-sir-pdf.aspx?fbclid=IwAR2JXt_z-py7T-Ii0v5713NDdG0L4mRtDKPFvGqLzQrZkTik6L5525ZmKEA
 65. União Geral de Trabalhadores (UGT). Princípios Gerais de Prevenção [Internet].

- Directiva 89/ 391/ CEE, de 12 de Junho – designada por Directiva Quadro. Available from: <https://www.ugt.pt/SHST/PrincipiosGeraisdePrevencao.pdf>
66. Direção Geral da Saúde. Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Norma n.º 007/2019 [Internet]. 2019;(CDC):46. Available from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072019-de-16102019-pdf.aspx>
 67. Direção-Geral da Saúde. Medidas de Controlo de Agentes Biológicos Nocivos à Saúde dos Trabalhadores: Recomendações para laboratórios e Serviços de Saúde. Lisboa; 2006. p. 1–76.
 68. Parlamento Europeu e do Conselho da União Europeia. Regulamento (Ue) 2016/ 425 DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO de 9 de março de 2016. J Of da União Eur [Internet]. 2016;93:51–98. Available from: [http://www.act.gov.pt/\(pt-PT\)/CentroInformacao/DirectivasEuropeias/Documents/Regulamento UE 2016 425 do Parlamento Europeu que revoga a Diretiva 89 686 CEE.pdf](http://www.act.gov.pt/(pt-PT)/CentroInformacao/DirectivasEuropeias/Documents/Regulamento UE 2016 425 do Parlamento Europeu que revoga a Diretiva 89 686 CEE.pdf)
 69. Decreto-Lei n.º 348/93, 1 de Outubro [Internet]. Diário da República i Série A 1993 p. 5553–4. Available from: <https://dre.pt/application/conteudo/646298>
 70. APSEI — Associação Portuguesa de Segurança, IPQ — Instituto Português da Qualidade. Guia geral para a seleção de equipamentos de proteção individual (EPI) [Internet]. Setembro d. ACT, editor. Act; Apsei; Ipq. Lisboa; 2016. 28 p. Available from: https://www.apsei.org.pt/media/recursos/documentos-apsei/guias_epi/Guia_EPI_Web.pdf
 71. Gomes CA. Perceção dos Riscos Ocupacionais pelos Técnicos de Radiologia da Região Autónoma dos Açores [Internet]. Universidade dos Açores; 2012. Available from: <https://repositorio.uac.pt/bitstream/10400.3/3121/2/DissertMestradoCarolinaAlexandraGomes2013.pdf>
 72. Helder Filipe Cabral Costa. Perceção dos Riscos Ocupacionais dos Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública da Região Autónoma dos Açores [Internet]. Universidade dos Açores; 2015. Available from: <https://repositorio.uac.pt/bitstream/10400.3/3805/1/DissertMestradoHelderFilipeCabralCosta2016.pdf>
 73. Cadima PPF. A PERCEÇÃO DO RISCO OCUPACIONAL EM ENFERMEIROS E ASSISTENTES OPERACIONAIS DOS SERVIÇOS DE ORTOPEDIA DE UM HOSPITAL CENTRAL [Internet]. Universidade de Coimbra; 2017. Available from:

[https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/37097/1/Dissertação Pedro Cadima 31 janeiro 2017_FRENTES.pdf](https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/37097/1/Dissertação%20Pedro%20Cadima%2031%20janeiro%202017_FRENTES.pdf)

74. Brandi S, Benatti MC, Alexandre NM. Ocorrência de acidente do trabalho por material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário da cidade de Campinas, Estado de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP*. 1998 Aug;32(2):124–33.
75. Ministry of Health. Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde [Social Report of the Ministry of Health and of the National Health Service]. 2016; Available from: http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/10/Relatorio-Social-MS-e-SNS_2016.pdf
76. Dalri R de CMB. RISCOS OCUPACIONAIS ENTRE TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DE UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO EM UBERABA-MG [Internet]. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO; 2007 [cited 2020 May 25]. Available from: https://pdfs.semanticscholar.org/1c52/4553c54e7de13dbc7c0f6270d95f58991eeb.pdf?_ga=2.24392627.88557912.1590439307-925536419.1573743492
77. Marques CIF. O Burnout nos Ajudantes de Ação Direta que trabalham em lares residenciais para idosos no distrito de Viseu [Internet]. 2013. Available from: <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/13585>
78. Flora ESS. A PERCEÇÃO DOS COLABORADORES SOBRE RISCOS E DOENÇAS PROFISSIONAIS: UM ESTUDO EM MISERICÓRDIAS [Internet]. Instituto Politécnico de Bragança; 2013. Available from: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/8479>
79. Gir E, Costa F, Silva A. A Enfermagem frente a acidentes de trabalho com material potencialmente contaminado na era do HIV. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 1998;32(3):262–72. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v32n3/v32n3a09.pdf>
80. Ferreira MMSV. Risco para a integridade física dos enfermeiros no local de trabalho . Universidade do Porto; 2001.
81. Cruz A. Riscos profissionais e organização do trabalho. *Rev Sinais Vitais*. 1999;23:27–32.

82. Silva ECG da, Chaffin RA, Neto VC da S, Júnior CLS. IMPACTOS GERADOS PELO TRABALHO EM TURNOS. perspectivaonline [Internet]. 2010 [cited 2020 May 25];4(13):22. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/257d/4b52e65e04880ce2916aa9967045195060e6.pdf>
83. Maia C. Percepção dos riscos ocupacionais pelos profissionais de enfermagem do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, entidade pública empresarial. Universidade dos Açores; 2009.
84. Ribeiro A. Andreia Ribeiro Violência no Trabalho: violência dos utentes dos lares para com os profissionais prestadores de cuidados Universidade do Minho Escola de Engenharia [Internet]. 2014 [cited 2020 Aug 28]. Available from: https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/33374/1/Andreia_Ribeiro_Mestrado_Engenharia_Humana_2014.pdf
85. Amorim G. Os Riscos Químicos Presentes no Exercício Laboral dos Profissionais de Enfermagem do Hospital Universitário António Pedro (HUAP). Universidade Federal Fluminense, Brasil; 2009.
86. Rezende MP. AGRAVOS À SAÚDE DE AUXILIARES DE ENFERMAGEM RESULTANTES DA EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL AOS RISCOS FÍSICOS Marina [Internet]. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO; 2003. Available from: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18052004-105504/publico/Dissertacao.pdf>
87. Xelegati R, Lúcia do Carmo Cruz Robazzi M, Helena Palucci Marziale M, José Haas V. RISCOS OCUPACIONAIS QUÍMICOS IDENTIFICADOS POR ENFERMEIROS QUE. Rev Latino-americana Enferm [Internet]. 2006 [cited 2020 May 28];14(2):6. Available from: www.eerp.usp.br/rlae
88. Loureiro A, Ferreira A, Figueiredo J, Simões H. Qualidade do ar interior em lares de idosos e seus efeitos na saúde dos trabalhadores. Rev Port Saúde Ocup [Internet]. 2017 Jun 30 [cited 2020 May 28];3:82–100. Available from: <https://www.rpso.pt/qualidade-do-ar-interior-seus-efeitos-na-saude-dos-trabalhadores/>
89. Carvalho A. AJUDANTES DE ACCÇÃO DIRECTA: Percepções sobre Formação Profissional e Impacto da Formação na Prestação de Cuidados a Idosos Dependentes Internados. UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA FACULDADE; 2012.
90. Lima G, Carrara R, Deisy ;, Magalhães M, Renan ;, Lima C. Riscos ocupacionais e os

agravos à saúde dos profissionais de enfermagem (Occupational hazards and harms to health of nursing professionals) [Internet]. Vol. 8, Revista Fafibe On-Line, Bebedouro SP. 2015 [cited 2020 May 28]. Available from:
<http://unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/36/30102015185405.pdf>

ANEXOS

ANEXO I- TABELA DE ESPECIFICAÇÕES DAS QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO, SUBQUESTÕES E RESPECTIVAS QUESTÕES DO QUESTIONÁRIO

QUESTÕES DE ESTUDO	SUBQUESTÕES	DIMENSÕES	SUBDIMENSÕES	QUESTÕES DO QUESTIONÁRIO
Que fatores poderão estar associados à percepção dos riscos ocupacionais pelos AAD (Ajudantes de Ação Direta) de um lar da região centro?	Há diferenças na percepção do risco dos AAD conforme o sexo?	Caracterização sociodemográfica		Sexo. (Feminino; Masculino) (Questão 1)
	Há diferenças na percepção do risco dos AAD conforme a faixa etária?			Idade. (Questão 2)
	Há diferenças na percepção do risco dos AAD conforme as habilitações literárias/ grau de ensino?			Habilitações literárias / Grau de ensino. (0 a 4 anos; 5 a 6 anos; 7 a 9 anos; 10 a 2 anos; Bacharelato/ Licenciatura; Mestrado/ Doutoramento) (Questão 3)
	Há diferenças na percepção do risco dos AAD conforme o estado civil?			Estado Civil. (Solteiro/a; Casado/a; União de Facto; Divorciado/a; Viúvo/a) (Questão 4)
	Há diferenças na percepção do risco dos AAD conforme o tipo de contrato de trabalho?	Caracterização Profissional		Qual a sua situação profissional atual? (Contrato sem Termo; Contrato a Termo Incerto; Contrato a Termo Certo; Part-time; Estagiar; Trabalho temporário; Outra) (Questão 5)
	Há diferenças na percepção do risco dos AAD em função do número de anos em serviço?			Tempo de exercício profissional. (anos) (Questão 6)

	Há diferenças na percepção do risco dos AAD em função do número de horas de trabalho semanal?			Quantas horas trabalha por semana, aproximadamente? (Questão 7)
	Há diferenças na percepção do risco dos AAD conforme o tipo de horário de trabalho?			Horário. (Fixo; Turnos) (Questão 8)
O comportamento dos AAD de um lar da região centro altera-se após a ocorrência de acidentes de trabalho?		Comportamento perante os acidentes de trabalho	Comportamento após ocorrência de acidentes de trabalho	Já sofreu algum acidente de trabalho? (Sim; Não) (Questão 10) Refira sucintamente, qual(is) o(s) acidente(s) de trabalho já sofridos. (Questão 10.1)
				Após o(s) acidente(s) de trabalho a sua conduta face aos procedimentos de segurança modificou-se? (Totalmente; Parcialmente; Muito pouco; Nada) (Questão 10.2)
				Refira uma situação específica em que a sua conduta se modificou após o(s) acidente(s) de trabalho. (Questão 10.3)
Qual a percepção dos riscos ocupacionais dos AAD de um lar da região centro?	Qual o nível de conhecimento dos AAD acerca dos riscos ocupacionais a que estão sujeitos?	Conhecimento acerca do risco	Percepção do nível de conhecimento acerca dos riscos ocupacionais	Que conhecimento considera ter acerca dos perigos inerentes à sua atividade profissional? (Muito incompleta; Incompleta; Mais ou menos completa; Completa; Muito completa). (Questão 11)

	Os AAD consideram exercer uma profissão de risco?	Gravidade do risco	Perceção do nível de risco atribuído à própria profissão	12. Que nível de risco considera que a sua atividade profissional comporta? (Muito baixo; Baixo; Intermédio; Elevado; Muito elevado) (Questão 12)
	Como é que os AAD encaram a gravidade do risco associado à sua profissão?		Perceção do nível de gravidade dos riscos ocupacionais	Indique os três perigos que considera mais graves relacionados com a sua atividade profissional, colocando-os por ordem decrescente de gravidade. (Questão 13)
	Quais os tipos de risco a que os AAD atribuem maior gravidade relativamente à sua atividade profissional?			
	Que controlo os AAD consideram ter sobre a fonte de risco?	Controlabilidade do risco	Controlo dos riscos ocupacionais	Indique quais as medidas preventivas para cada um dos perigos que referiu na questão anterior. (Questão 13.1)
				Indique, com um X, o seu grau de concordância para a seguinte afirmação: “ <i>Aplico as medidas preventivas que descrevi na alínea 13.1</i> ”. (Discordo Totalmente; Discordo; Indiferente; Concordo; Concordo Totalmente). (Questão 14)
	O que é que os AAD realizam para enfrentar (minimizar/ eliminar) os riscos ocupacionais	Comportamento perante o risco	Gestão dos profissionais em estudo	Indique, com um X, o seu grau de concordância para a seguinte afirmação: “ <i>Numa situação de risco ocupacional tenho comportamentos que eliminam ou minimizam o risco.</i> ” (Discordo Totalmente; Discordo; Indiferente; Concordo; Concordo Totalmente). (Questão 15)
			Gestão da Entidade Empregadora	Indique, com um X, o seu grau de concordância para a seguinte afirmação: “ <i>A minha entidade empregadora, no meu local de trabalho, cria as condições necessárias para eliminar ou</i>

				<i>minimizar o risco ocupacional.</i> ” (Discordo Totalmente; Discordo; Indiferente; Concordo; Concordo Totalmente). (Questão 17)
	Quais as tipologias de risco que os AAD se consideram mais expostos?	Vulnerabilidade ao risco (físico)	Percepção do nível de exposição aos riscos ocupacionais	Assinale com um X os riscos a que considera estar exposto no seu local de trabalho. (Questão 18)
	Como consideram os AAD a sua formação técnica em relação aos riscos ocupacionais a que estão expostos?	Vulnerabilidade ao risco (social)	Realização de Formação contínua	Já frequentou ações de formação sobre higiene e segurança no trabalho? (Sim; Não) (Questão 9)
				Em que ano realizou a última formação no âmbito da higiene e segurança no trabalho? (Questão 9:1)
			Percepção da adequação da formação contínua	Como considera a sua formação contínua, no âmbito da higiene e segurança no trabalho, sobre os perigos profissionais? (Muito incompleta; Incompleta; Mais ou menos completa; Completa; Muito completa) (Questão 9:2)
			Percepção do estado geral da preparação dos profissionais	Indique, com um X, o seu grau de concordância para a seguinte afirmação: <i>“De forma geral considero estar preparado/a para gerir os riscos ocupacionais a que posso estar exposto/a.”</i> (Discordo Totalmente; Discordo; Indiferente; Concordo; Concordo Totalmente). (Questão 16)

ANEXO II- QUESTIONÁRIO PERCEÇÃO DOS RISCOS OCUPACIONAIS DE AJUDANTES DE AÇÃO DIRETA DE UM LAR

O presente questionário, cujo preenchimento solicitamos a sua colaboração, insere-se num estudo sobre a perceção do risco ocupacional em ajudantes de ação direta num Lar, na região centro.

O presente questionário tem como objetivo registar as opiniões dos trabalhadores com vista a avaliar os riscos decorrentes das suas atividades laborais.

O mesmo é composto por um conjunto de questões que visam conhecer a sua perceção face aos riscos ocupacionais a que estão sujeitos.

Trata-se simplesmente de um trabalho académico, inserido no âmbito do Mestrado de Saúde Ocupacional, da Universidade de Coimbra e destina-se exclusivamente à investigação. O questionário é anónimo e confidencial.

Instruções de preenchimento

Responda ao questionário a caneta, assinalando a sua opinião às respetivas perguntas.

Neste questionário, não existem respostas certas ou erradas. Responda relativamente ao seu local de trabalho atual, e sempre de acordo com aquilo que faz, sente ou pensa.

Por favor, verifique se respondeu a todas as perguntas.

O seu contributo é fundamental para o sucesso da investigação.

Obrigada pela sua colaboração.

I – Caracterização Sociodemográfica

1. Sexo: Feminino

Masculino

2. Idade: _____ anos

3. Grau de ensino:	<input type="checkbox"/> 0 a 4 anos de escolaridade
	<input type="checkbox"/> 5 a 6 anos de escolaridade
	<input type="checkbox"/> 7 a 9 anos de escolaridade
	<input type="checkbox"/> 10 a 12 anos de escolaridade
	<input type="checkbox"/> Bacharelato/Licenciatura
	<input type="checkbox"/> Mestrado/Doutoramento

4. Estado civil:	<input type="checkbox"/> Solteiro/a
	<input type="checkbox"/> Casado/a
	<input type="checkbox"/> União de Facto
	<input type="checkbox"/> Divorciado/a
	<input type="checkbox"/> Viúvo/a

II – Caracterização Profissional

5. Qual a sua situação profissional atual?	<input type="checkbox"/> Contrato sem Termo
	<input type="checkbox"/> Contrato a Termo Incerto
	<input type="checkbox"/> Contrato a Termo Certo
	<input type="checkbox"/> Part-time
	<input type="checkbox"/> Estagiar
	<input type="checkbox"/> Trabalho temporário
	<input type="checkbox"/> Outra Qual? _____

6. Tempo de exercício profissional: _____ anos

7. Quantas horas trabalha por semana, aproximadamente? _____ horas

8. Horário: 1 Fixo 2 Turnos

III – Formação

9. Já frequentou ações de formação sobre higiene e segurança no trabalho?

1 Sim 2 Não

Se responder sim a esta questão, por favor responda às questões nº 9.1 e 9.2, se não, prossiga para a questão nº 10.

9.1. Em que ano realizou a última formação no âmbito da higiene e segurança no trabalho? _____

9.2. Como considera a sua formação contínua, no âmbito da higiene e segurança no trabalho, sobre os perigos profissionais?	1 <input type="checkbox"/> Muito incompleta
	2 <input type="checkbox"/> Incompleta
	3 <input type="checkbox"/> Mais ou menos completa
	4 <input type="checkbox"/> Completa
	5 <input type="checkbox"/> Muito completa

IV – Acidentes de Trabalho

10. Já sofreu algum acidente de trabalho?

1 Sim 2 Não

Se respondeu sim a esta questão, por favor responda às seguintes alíneas; se não, prossiga para a questão nº 11.

10.1. Refira sucintamente, qual(is) o(s) acidente(s) de trabalho já sofridos.

10.2. Após o(s) acidente(s) de trabalho a sua conduta face aos procedimentos de segurança modificou-se?	1 <input type="checkbox"/> Totalmente
	2 <input type="checkbox"/> Parcialmente
	3 <input type="checkbox"/> Muito pouco
	4 <input type="checkbox"/> Nada

10.3. Refira uma situação específica em que a sua conduta se modificou após o(s) acidente(s) de trabalho.

V – Perceção de Risco

11. Que conhecimento considera ter acerca dos perigos inerentes à sua atividade profissional?	1 <input type="checkbox"/> Muito incompleta
	2 <input type="checkbox"/> Incompleta
	3 <input type="checkbox"/> Mais ou menos completa
	4 <input type="checkbox"/> Completa
	5 <input type="checkbox"/> Muito completa

12. Que nível de risco considera que a sua atividade profissional comporta?	1 <input type="checkbox"/> Muito baixo
	2 <input type="checkbox"/> Baixo
	3 <input type="checkbox"/> Intermédio
	4 <input type="checkbox"/> Elevado
	5 <input type="checkbox"/> Muito elevado

13. Indique os três perigos que considera mais graves relacionados com a sua atividade profissional, colocando-os por ordem decrescente de gravidade.

1º Perigo mais grave _____

2º Perigo mais grave _____

3º Perigo mais grave _____

13.1. Indique quais as medidas preventivas para cada um dos perigos que referiu na questão anterior.

1º Perigo mais grave _____

2º Perigo mais grave _____

3º Perigo mais grave _____

Indique, com um X, o seu grau de concordância para as seguintes afirmações.

Afirmações	Grau de Concordância				
	Discordo Totalmente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo Totalmente
14. Aplico as medidas preventivas que descrevi na alínea 13.1.					
15. Numa situação de risco ocupacional tenho comportamentos que eliminam ou minimizam o risco.					
16. De forma geral considero estar preparado/a para gerir os riscos ocupacionais a que posso estar exposto/a.					

17. A minha entidade empregadora, no meu local de trabalho, cria as condições necessárias para eliminar ou minimizar o risco ocupacional.					
---	--	--	--	--	--

18. Assinale com um X os riscos a que considera estar exposto no seu local de trabalho.

Situações de perigo	
Contacto com doentes ou portadores de doença.	
Administração de terapêutica ou outras atividades onde possa haver contacto com fluidos orgânicos.	
Contacto com resíduos hospitalares/ lixos contaminados.	
Contacto com roupas e outros materiais potencialmente contaminados e em operações de recolha, transporte, lavagem, esterilização, entre outras.	
Manipulação de produtos químicos e seus compostos.	
Utilização de detergentes, desinfetantes e antissépticos.	
Exposição cutânea ao latex e/ou ao pó de luvas.	
Ambientes térmicos fora da área de conforto (muito quente ou muito frio).	
Exposição ao ruído.	
Exposição a vibrações.	
Equipamento elétrico em mau estado de conservação/ funcionamento e/ou por inadequada utilização.	
Renovação de ar insuficiente/inadequada.	
Ambiente com iluminação inadequada.	
Movimentação manual de cargas.	
Sobrecarga e sobre esforço.	
Posturas de trabalho inadequadas/ incorretas.	
Desenho inadequado do posto de trabalho.	
Trabalho monótono e repetitivo.	
Trabalho por turnos, horário rotativo.	

Assédio.	
Violência.	
Insegurança no trabalho.	
Monotonia.	
Stress.	
Situações de desgaste emocional.	

Obrigada pela sua colaboração.

O seu contributo foi essencial para o desenvolvimento do estudo.

ANEXO III- CONSENTIMENTO INFORMADO

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações ao investigador se não estiver completamente esclarecido. Verifique se todas as informações estão corretas. Se entender que tudo está em conformidade e se estiver de acordo com a proposta que lhe é feita, então assine este documento.

Pretende-se obter a sua colaboração para a participação de um estudo que se integra num trabalho académico no âmbito do Mestrado em Saúde Ocupacional, a decorrer na Faculdade de Medicina na Universidade de Coimbra, cujo tema é Perceção dos riscos ocupacionais pelas “ajudantes de ação direta” de um lar, na região centro, a desenvolver por Mónica Sofia Cândido da Silva sob orientação do professor Dr. António Jorge Correia Gouveia Ferreira.

Este estudo irá decorrer na instituição onde trabalha.

O estudo pretende avaliar a perceção das ajudantes de ação direta sobre os riscos ocupacionais a que estão expostos no contexto de trabalho.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC) de modo a garantir a proteção dos direitos, segurança e bem-estar de todos os participantes incluídos e garantir prova pública dessa proteção.

Este trabalho tem por objetivos:

- Avaliar a perceção dos riscos ocupacionais em ajudantes de ação direta no seu contexto de trabalho;

- Avaliar que fatores poderão estar associados à perceção dos riscos ocupacionais nestes trabalhadores;

- Contribuir para melhorar as condições de trabalho dos profissionais em estudo.

A participação no estudo é totalmente voluntária, podendo desistir a qualquer momento.

As informações e os dados fornecidos destinam-se à investigação exclusivamente para fins científicos, pelo que será garantida a confidencialidade e anonimato na sua utilização e divulgação.

Assim,

- Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo investigador que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse.

Nome do Participante _____

Assinatura : _____ **Data:** ____/____/____

Confirmo que expliquei ao participante acima mencionado a natureza e os objetivos do Estudo acima referenciado.

Nome do Investigador: _____

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

ANEXO IV- PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

COMISSÃO DE ÉTICA DA FMUC

Of. Refª 116-CE-2019

Data 21/11/2019

C/conhecimento ao aluno

Exmo. Senhor

Prof. Doutor António Jorge Correia Gouveia

Ferreira

Diretor do Gabinete de Estudos Avançados

FMUC

Assunto: Projeto de Investigação no âmbito do Mestrado em Saúde Ocupacional (refª CE-116/2019)

Candidato(a): Mónica Sofia Cândido da Silva

Título do Projeto: "Perceção dos riscos ocupacionais pelas "ajudantes de ação direta" de um lar, na região centro".

A Comissão de Ética da Faculdade de Medicina, após análise do projeto de investigação supra identificado, decidiu emitir o parecer que a seguir se transcreve:

"Parecer favorável".

Queira aceitar os meus melhores cumprimentos,

O Presidente,

Prof. Doutor João Manuel Pedroso de Lima

HC

SERVIÇOS TÉCNICOS DE APOIO À GESTÃO - STAG • COMISSÃO DE ÉTICA

Pólo das Ciências da Saúde • Unidade Central

Azinhaga de Santa Comba, Celas, 3000-354 COIMBRA • PORTUGAL

Tel.: +351 239 857 708 (Ext. 542708) | Fax: +351 239 823 236

E-mail: comissaoetica@fmed.uc.pt | www.fmed.uc.pt

ANEXO V- AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZOU O ESTUDO



Exmo Sr António Luís Macedo

Presidente da Direção da Associação Desportiva, Cultural e Recreativa de Antes

Mónica Sofia Cândido da Silva, enfermeira, a frequentar o Mestrado em Saúde Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, sob orientação do Professor Doutor António Jorge Correia Gouveia Ferreira, e a desenvolver a sua dissertação de mestrado, vem por este meio solicitar a v^a Ex^a que se digne a autorizar a aplicação do instrumento de colheita de dados junto dos profissionais da instituição que superiormente dirige, de forma a dar resposta ao seu trabalho de investigação.

Este estudo é intitulado “*Perceção dos riscos ocupacionais pelas “ajudantes de ação direta” de um Lar na região Centro*”. Resultará, caso seja autorizada por V. Exa. fundamentalmente da recolha de dados junto dos profissionais da instituição (ajudantes de ação direta).

Serão cumpridas as normas éticas e deontológicas inerentes a este tipo de investigação, bem como o anonimato do nome da instituição e dos funcionários.

A metodologia da dissertação teve já o parecer favorável da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Envio, em anexo, o respetivo instrumento de colheita de dados, colocando-nos à disposição de V^a Ex^a para o esclarecimento de qualquer dúvida existente.

Agradeço a colaboração e atenção dispensada por V^a Ex^a.

Com os melhores cumprimentos.

Pede deferimento

Coimbra, 2 de janeiro 2020

Mónica Sofia Cândido da Silva

(Mónica Silva)

Contacto telefónico: 934468432

ANEXO VII- MATRIZ DAS SITUAÇÕES DE PERIGO POR TIPOLOGIA DE RISCO REFERENTES A AJUDANTES DE LAR

TIPOLOGIA DO RISCO	SITUAÇÕES DE PERIGO
Biológico	Contacto com doentes ou portadores de doença (ex. herpes, adenovírus).
	Administração de terapêutica ou outras atividades onde possa haver contacto com fluidos orgânicos (ex. hepatite B e C, HIV). (picadas de agulhas).
	Contacto com resíduos hospitalares/ lixos contaminados (ex. hepatite B e C, HIV).
	Contacto com roupas e outros materiais potencialmente contaminados e em operações de recolha, transporte, lavagem, esterilização, entre outras (ex. estafilococos).
Químico	Manipulação de produtos químicos e seus compostos.
	Utilização de detergentes, desinfetantes e antissépticos.
	Exposição cutânea ao latex e/ou ao pó de luvas.
Físicos	Permanência em ambientes térmicos fora da área de conforto (muito quente ou muito frio).- (queimaduras)
	Exposição ao ruído.
	Exposição a vibrações.
	Trabalhos com equipamento elétrico em mau estado de conservação/funcionamento e/ou por inadequada utilização.
	Renovação de ar insuficiente/inadequada.
	Trabalho em ambiente com iluminação inadequada.
Ergonómicos	Movimentação manual de cargas.
	Sobrecarga e sobre esforço.
	Posturas de trabalho inadequadas/ incorretas.
	Desenho inadequado do posto de trabalho.
	Trabalho monótono e repetitivo.

Psicossocial	Trabalho por turnos, horário rotativo.
	Assédio.
	Violência.
	Insegurança no trabalho.
	Monotonia.
	Stress.
	Situações de desgaste emotivo.