



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Análise das relações entre trabalho e saúde no setor da radioterapia

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia do Trabalho e das Organizações -

por

Tânia Filipa Alves Neiva Poças

sob orientação de
Professora Doutora Joana Fernandes
Professora Doutora Liliana Cunha

Faculdade de Educação e Psicologia
Porto, julho de 2014

AGRADECIMENTOS

Este trabalho só foi possível devido ao contributo de várias pessoas que, através de diversas formas, permitiram a sua concretização. É chegado o momento de expressar o meu mais sincero e profundo reconhecimento a todos, e de forma muito particular:

À Prof. Doutora Joana Fernandes, pela partilha do seu saber, auxílio, disponibilidade e acompanhamento neste meu longo caminho. O meu mais sincero obrigada!

Aos profissionais de radioterapia envolvidos neste estudo, sem o vosso contributo não era possível realizar este trabalho.

À Carolina, pela AMIZADE, troca de ideias e disponibilidade sempre manifestadas! Obrigada por me “aturares” nos momentos menos bons e nunca me deixares desistir. Obrigada por todo o apoio!

À Andreia Brizida pelo auxílio em tudo o que precisei. Obrigada pela ajuda e por saber que posso contar sempre contigo!

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às pessoas que sempre marcaram presença em todo o meu percurso acadêmico e pessoal:

Aos meus PAIS, obrigada por todo o esforço, dedicação, compreensão e apoio nos momentos menos bons. Obrigada por aturarem as minhas “birras” fruto do cansaço. Se cheguei aqui, a vocês o devo, obrigada por acreditarem em mim!

In memoriam do meu irmão, NUNO, sempre me ensinaste que devemos terminar tudo o que nos propusermos a fazer, e assim o fiz! Sei que ficarias orgulhoso por esta etapa.

À minha Família, aos meus avós, aos meus tios e aos meus primos, que sempre tiveram uma palavra de incentivo e motivação.

A todos vocês que caminharam comigo nesta longa viagem, dedico este trabalho!

Índice

Introdução	12
PARTE I - Enquadramento Teórico	13
Capítulo 1 - Saúde no trabalho	13
1.1 - Riscos profissionais	14
1.2 - Doenças profissionais	16
1.3 - Saúde ocupacional	18
1.3.1 - Exames médicos	18
1.3.1.1 - Tipos de exames médicos.....	19
1.4 - Envelhecimento no e pelo trabalho	19
Capítulo 2 - A radioterapia	21
2.1 - Os profissionais e o processo de radioterapia.....	21
2.2 - A saúde dos profissionais de radioterapia	23
PARTE II - Metodologia	25
2. Abordagem metodológica na análise das relações entre o trabalho e a saúde no setor da radioterapia.....	25
2.1 - Questões de investigação	25
2.2 - Caracterização da organização	25
2.3 - Participantes	26
2.4 - Instrumento INSAT 2010 - Inquérito de Saúde e Trabalho	29
2.5 - Recolha de dados	31
2.6 - Tratamento de dados.....	32
PARTE III - Apresentação, análise e discussão dos dados	34
1 - Descrição do sistema de categorias proveniente da análise de conteúdo.....	34
2 - Resposta às questões de investigação	39
PARTE IV - Conclusões	47
Referências Bibliográficas	50

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Dados sociodemográficos dos participantes	27
Tabela 2 – Dados socioprofissionais dos participantes	28
Tabela 3 – Modo como o trabalho afeta a saúde dos profissionais	40
Tabela 4 – Problemas de saúde assinalados pelos participantes	41
Tabela 5 – Problemas apresentados no dia-a-dia.....	43

Índice de Anexos

Anexo 1 – Pedido de colaboração da organização na investigação	54
Anexo 2 – Consentimento informado dos participantes	56
Anexo 3 – Grelha de categorização	57

RESUMO

Era objetivo geral desta investigação analisar as relações entre trabalho e saúde, no setor da radioterapia, partindo-se da premissa de que a forma como o trabalho é realizado tem um impacto sobre a saúde dos trabalhadores. Particularmente, almejava-se compreender como é que os profissionais de radioterapia avaliavam as suas condições de trabalho, qual a sua perceção sobre o seu estado de saúde e o tipo de relação que estabeleciam entre a sua saúde e o seu trabalho.

Esta investigação, de índole qualitativa, foi desenvolvida numa organização de saúde, contando com a participação de nove trabalhadores com funções distintas. O Inquérito Saúde e Trabalho [INSAT_2010] (Barros, Cunha, & Lacomblez, 2010) foi o instrumento privilegiado para a recolha dos dados.

Concluiu-se que os profissionais de radioterapia avaliam as suas condições de trabalho como sendo satisfatórias, não estabelecendo uma ligação direta entre o seu estado de saúde e o exercício da sua atividade profissional. No entanto, quando questionados explicitamente sobre determinados problemas de saúde e a sua relação com o trabalho os participantes identificaram o trabalho enquanto fonte de diversos problemas de saúde, nomeadamente, problemas músculo-esqueléticos, dores de costas, varizes e adormecimento dos membros. As conclusões gerais desta investigação demonstraram, uma vez mais, que a relação estabelecida entre a saúde dos trabalhadores e a sua atividade profissional não é evidente, mas antes pautada por diversas complexidades.

Palavras-chave: saúde, trabalho, radioterapia, condições de trabalho

ABSTRACT

It was the main goal of this investigation to analyze the relations between work and health, in the radiotherapy department, starting from the premise that the way how work is performed has an impact in the workers' health. Particularly, the intention was to understand how the radiotherapy professionals evaluated their work conditions, which was their perception on their health and the type of relationship that was established between their health and their work.

This investigation, of qualitative nature, was developed in a health organization, counting with the participation of nine workers with distinct functions. The Work and Health Inquiry [INSAT_2010] (Barros, Cunha, & Lacomblez, 2010) was the privileged instrument used for the data collection.

It was concluded that the radiotherapy professionals evaluated their work conditions as being satisfactory, without establishing a direct connection between their health and the exercise of their professional activity. However, when explicitly questioned about certain health problems and their relation with work, the participants identified work as the source of several health problems, namely, musculoskeletal problems, backache, varicose veins and numbness of the limbs. The general conclusions of this investigation demonstrated, once again, that the relation established between the workers' health and their professional activity isn't evident, but yet guided by several complexities.

Key-words: Health, work, radiotherapy, work conditions

INTRODUÇÃO

Os discursos no campo da saúde no trabalho têm sofrido alterações significativas no que respeita às decisões e orientações políticas, o que se traduz através da conceção de legislação específica e à criação de entidades cujo seu foco é a preocupação no que respeita às condições de trabalho (Barros-Duarte, 2003).

Segundo Barros-Duarte (2003), as relações estabelecida entre a saúde dos trabalhadores e a sua atividade profissional são bastante complexas, “não são nem unívocas nem instantâneas” (cit in., Gollac & Volkoff, 2000).

A pertinência deste estudo prende-se com o facto de, em Portugal, existirem poucas referências temáticas sobre a relação entre o trabalho e a saúde dos profissionais do setor da radioterapia. Procurou-se através desta pesquisa não só contribuir para a produção científica neste domínio, como fazê-lo pelo olhar da Psicologia do Trabalho, colocando a atividade em análise, através do acesso à perspetiva dos trabalhadores, os verdadeiros protagonistas das situações de trabalho. Assim, o objetivo geral deste estudo era analisar as relações que os profissionais de radioterapia estabelecem entre o seu trabalho e a sua saúde. A partir do qual foram definidos objetivos específicos que remetiam para o acesso à avaliação que estes trabalhadores faziam das suas condições de trabalho, qual a sua perceção sobre o seu estado de saúde e o tipo de relação que estabeleciam entre a sua saúde e o seu trabalho.

Esta dissertação encontra-se dividida em quatro partes: Parte I – Enquadramento teórico; Parte II – Metodologia; Parte III – Apresentação e Discussão de Resultados; Parte IV – Conclusões.

Relativamente ao enquadramento teórico este foi organizado em dois capítulos: o primeiro aborda o tema da saúde no trabalho e o segundo capítulo foca-se numa abordagem ao trabalho no setor da radioterapia.

No que concerne à metodologia utilizada na investigação, apresentam-se, inicialmente, as questões de investigação e os participantes do estudo. Posteriormente, é feita uma a descrição do instrumento utilizado e os procedimentos de recolha e tratamento de dados.

No que respeita à apresentação e discussão dos dados, esta foi realizada em simultâneo por se considerar que desta forma seria possível estabelecer uma melhor articulação e integração entre os dados e a teoria. Neste capítulo qui é apresentada a descrição do sistema de categorias resultante da análise de conteúdo e os dados que se revelaram mais expressivos, de forma a responder às questões de investigação e aos objetivos do estudo.

Na última parte, relativa às conclusões, são apresentadas as reflexões críticas pessoais bem como as limitações resultantes do processo de investigação e propostas para futuras investigações.

Parte I – Enquadramento Teórico

Nesta inicial, será abordada a atividade do setor de radioterapia e, o impacto que as condições de trabalho têm sobre os profissionais de radioterapia.

Capítulo I – Saúde no Trabalho

O trabalho assume um papel fulcral na vida de cada indivíduo. As pessoas consagram cerca de um terço da sua vida à atividade profissional, ocupando o trabalho um papel essencial na construção da sua identidade (Ribeiro, Gomes, & Silva, 2010).

A forma como o trabalho é realizado tem um impacto significativo sobre a saúde dos trabalhadores. Na verdade, todos os anos perdem-se cerca de 300 milhões de dias de trabalho, como consequência de doenças profissionais. Os indivíduos que detêm doenças provocadas pelo trabalho perdem, anualmente, 1.000 milhões de euros com as mesmas (Freitas, 2011).

Desta forma, tem-se verificado um aumento na importância do impacto da saúde física e mental do indivíduo (Ribeiro, Gomes, & Silva, 2010). A Organização Mundial de Saúde [OMS] interpreta a saúde de duas perspetivas diferentes. Por um lado, considera a saúde, como sendo a ausência de patologia, por outro lado, como sendo o bem-estar físico, mental e social do indivíduo (Vasconcelos, 2008).

A ligação entre o trabalho e a saúde dificilmente é explicada de forma linear. Se uma determinada característica do trabalho pode suscitar consequências na saúde ou um determinado problema de saúde do próprio indivíduo pode ter origem em diversas causas profissionais, também é verdade que, o estado de saúde do trabalhador influencia na execução da sua atividade profissional, podendo causar consequências negativas na sua saúde (Barros-Duarte, 2003).

A saúde no trabalho tem como objetivo desenvolver e manter o nível de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores o mais elevado possível, protegê-los contra os riscos a que estão expostos e colocar os trabalhadores num posto compatível com as suas aptidões quer psicológicas quer fisiológicas (Freitas, 2011).

Compete, deste modo, à saúde no trabalho a certificação da vigilância ajustada da saúde dos profissionais tendo em conta os riscos a que estes estão expostos no seu local de trabalho. Nela estão incluídos os procedimentos de avaliação efetuados através dos exames médicos, do controlo biológico, os questionários e entrevistas, a análise de registos relativos à saúde, entre outros. Esta vigilância deve abarcar, uma avaliação dos profissionais aquando da sua entrada nas empresas ou quando se verifique a atribuição de novas tarefas com riscos de diferente teor, uma avaliação do estado da saúde dos trabalhadores quando estes retomarem o trabalho após uma ausência por motivos de saúde, e, uma atenção com intervalos periódicos da saúde dos trabalhadores (Freitas, 2011).

A OMS define a promoção de saúde como o conjunto das medidas que permitem aos indivíduos e às organizações um controlo dos fatores que influenciam o trabalho. Deste modo, torna-se essencial melhorar a organização e o ambiente de trabalho, fomentar a participação ativa de todas as partes e estimular o desenvolvimento, quer pessoal quer profissional dos trabalhadores (Freitas, 2011).

1.1. Riscos profissionais

Segundo a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho [EU-OSHA] (2012), a cada três minutos e meio, um indivíduo, na União Europeia, falece vítima de um acidente de trabalho ou de uma doença profissional. A investigação revela-nos que grande parte dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais são evitáveis. No ano de 2007, cerca de 6,9 milhões de pessoas sofreram de doenças profissionais (EU-OSHA, 2012).

Perante estes valores, torna-se fundamental que cada profissional e a sua entidade empregadora identifiquem e reconheçam os riscos a que está exposto cada trabalhador no exercício da sua atividade profissional, para que seja possível o alcance de melhorias estruturais e organizacionais, dando ênfase aos comportamentos seguros no local de trabalho (Freitas, 2011).

Os acidentes de trabalho têm um elevado custo não só para os profissionais, como também para as suas famílias, os seus empregadores e para a sociedade em geral. As conclusões do Inquérito às Condições de Trabalho, em 2007, indicaram que, 73% dos acidentes de trabalho originaram, no mínimo, um dia de ausência por doença e 22% pelo menos um mês de ausência ao trabalho por motivo de doença (EU-OSHA, 2012).

As características das condições de trabalho são passíveis de afetar a saúde dos trabalhadores quer a curto, quer a longo prazo. A saúde no trabalho tem como objetivos, estimular e manter o mais elevado nível de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores em qualquer que seja a atividade profissional do indivíduo; evitar os danos causados aos trabalhadores decorrentes das condições da sua atividade profissional; e, colocar o trabalhador num posto de trabalho compatível com as suas competências e aptidões fisiológicas e psicológicas (Freitas, 2011).

Freitas (2011) afirma ainda que, apostar numa cultura de melhoria da saúde dos trabalhadores revela-se não só uma mais-valia para os próprios trabalhadores, mas também para a própria organização, nomeadamente através da redução dos custos e dos riscos, ou seja, uma diminuição da taxa de absentismo e do *turnover* dos seus trabalhadores, uma melhor consideração no que respeita à responsabilidade social junto dos clientes, das comunidades vizinhas e dos investigadores e, ainda, um aumento da produtividade, pois uma vez que os profissionais estão mais saudáveis, mais satisfeitos pode traduzir-se num aumento da motivação e, por consequente, num aumento da produtividade (Freitas, 2011).

No que respeita à prevenção dos riscos para a saúde dos trabalhadores no seu local de trabalho, esta pode ser de dois tipos, prevenção primária e prevenção secundária. Relativamente à prevenção primária, esta consiste na eliminação dos danos na saúde dos trabalhadores causados ou no controlo da fonte de risco. Por sua vez, a prevenção secundária consiste no controlo da doença profissional, evitando que esta se desenvolva inteiramente. Contudo, este tipo de prevenção não elimina a fonte do risco, controla apenas o seu efeito na saúde dos trabalhadores (Freitas, 2011).

A saúde no trabalho depende do equilíbrio entre o conjunto de constrangimentos, quer profissionais, quer pessoais, quer ainda ambientais, e a capacidade do indivíduo. Essa capacidade do indivíduo é influenciada por vários fatores, nomeadamente, a idade do trabalhador, a formação, o seu estado de saúde (passado e atual), a sua motivação e o modo de vida.

Os constrangimentos decorrentes das exigências da função podem ser de natureza física, como os riscos relacionados com a atividade física exercida pelo trabalhador, as posturas penosas adotadas, os esforços que resultam em lesões ou em cansaço para o trabalhador; e de natureza mental, como o trabalho por turnos, trabalho noturno, o ritmo do trabalho, entre outros (Freitas, 2011). Os fatores de risco a que os trabalhadores estão expostos podem ser de vários tipos entre eles, fatores físicos (condições térmicas, condições de iluminação, humidade, ruído, radiações ionizantes), fatores químicos (agentes cancerígenos ou substâncias perigosas), fatores ergonómicos (posturas penosas, movimentos repetitivos) e fatores psicossociais (comunicação, estilo de liderança, relações entre o coletivo interpessoais) (Freitas, 2011).

É ainda importante referir que, numa análise de risco para a saúde do trabalhador é fundamental ter em atenção, informações relativas à frequência, à gravidade das consequências causadas ao trabalhador e o tempo de exposição do trabalhador (Freitas, 2011).

O trabalhador encara cada vez mais grandes desafios resultantes não somente dos riscos mais convencionais, mas também da crescente utilização de novas tecnologias de informação. Decorrentes dos novos fatores de risco devem ser destacados, os riscos provenientes da intensificação do trabalho, do ritmo do trabalho, das consequências resultantes das lesões músculo-esqueléticas; o risco psicossocial, resultante da pressão psicológica, da violência no local de trabalho, do assédio moral ou sexual, do *stress* ocupacional, que, podem causar danos graves para a saúde mental dos trabalhadores. E, ainda, os riscos com origem na exposição a substâncias perigosas (Freitas, 2011).

Em suma, a responsabilidade pela gestão dos riscos incide nos empregadores e nos quadros superiores das organizações, contudo, é de extrema importância o envolvimento e participação ativa de todos os trabalhadores.

Os princípios básicos da prevenção de riscos passam pelo evitamento dos riscos, pela avaliação dos riscos que não podem ser eliminados, pelo combate aos riscos na sua origem e pela adaptação do posto de trabalho ao trabalhador, particularmente no que se refere à conceção dos postos de

trabalho. É essencial que as chefias assegurem uma liderança que respeite todas as regras de segurança e saúde e que não se limite, apenas, a exigir aos seus profissionais que as cumpram (EU-OSHA, 2012).

De acordo com Freitas (2011), os profissionais do setor da saúde têm cerca de 1,5 vezes maior risco de contrair uma doença profissional que os trabalhadores de outros setores. Nos serviços de saúde, a segurança dos trabalhadores recai tanto nos trabalhadores, como na administração do serviço, existindo uma responsabilidade conjunta, no que respeita aos vários aspetos relacionados com a saúde e a segurança no trabalho. Atualmente, os profissionais do setor da saúde, revelam um interesse acrescido relativamente à sua saúde e segurança no seu local de trabalho. Estes possuem conhecimento relativo aos riscos provenientes do exercício da sua atividade profissional a doentes portadores do vírus da hepatite B ou de tuberculose, por exemplo (Freitas, 2011).

A necessidade de prevenir os riscos profissionais associada ao manuseamento de equipamentos perigosos, à exposição de agentes infecciosos, a fatores de natureza física, entre outros, é a razão determinante para que sejam desenvolvidos todos os esforços com vista a garantir ambientes mais seguros nos estabelecimentos de saúde e assegurar que o trabalho possa ser desenvolvido em condições mais saudáveis e mais seguras. As infeções, lesões lombares, acidentes com substâncias químicas, lesões por exposições elevadas a radiações ionizantes são riscos sucessivos para os profissionais do setor da saúde, agravados pela pressão quotidiana para a realização das tarefas no menor tempo possível e com cada vez menos profissionais. Certamente, estas circunstâncias contribuem para um agravamento dos riscos profissionais nas organizações de saúde (Freitas, 2011).

1.2. Doenças profissionais

A interferência das condições de trabalho na saúde e no bem-estar dos profissionais demonstra-se pouco perceptível, transmitindo a ideia de que, apesar de uma grande parte dos trabalhadores estar exposto a riscos profissionais, a sua saúde é aceitável já que não reconhecem patologias (Barros-Duarte, 2003). Os problemas de saúde no trabalho estão, normalmente, associados a um conjunto de patologias provenientes do trabalho, legalmente ratificadas como doenças profissionais (Barros-Duarte, 2003).

Segundo Freitas (2011) uma doença é considerada profissional quando é consequência direta da exposição, mais ou menos prolongada, a um risco físico, químico ou biológico que existe no decorrer da atividade profissional ou resulta das condições em que é exercida a mesma. É do conhecimento de todos que reconhecer uma doença, enquanto doença profissional, requer negociações complexas envolvendo vários parceiros sociais, que reivindicam sobretudo o estabelecimento de uma relação de causa-efeito, ou seja, uma relação entre a exposição do

trabalhador a um determinado risco profissional e, por conseguinte, a manifestação da doença (Barros-Duarte, 2003).

Segundo Freitas (2011), existem as doenças relacionadas com o trabalho – ou seja, as lesões, por exemplo, ou as doenças onde o trabalho constituiu uma das causas do seu surgimento, e as doenças agravadas pelo trabalho, ou seja, aquelas que o trabalho não foi a causa direta do seu surgimento, contudo, a sua evolução foi coadjuvada pelo exercício da atividade profissional, como é o caso das lombalgias, doenças cardiovasculares, entre outras.

Identificar uma doença como doença profissional não é espontâneo, para além da dificuldade em estabelecer o momento exato do seu aparecimento, existem doenças que podem levar vários anos a manifestarem-se após a exposição do trabalhador ao risco e prolongarem-se para além da extinção da atividade profissional. A existência de uma ligação de causalidade entre a exposição ao risco e o surgimento da doença provém, da realização de um estudo epidemiológico. Numa fase inicial, compara-se a ocorrência da doença numa categoria profissional com a ocorrência dessa doença num grupo profissional, e, numa segunda fase, identifica-se o fator que deu origem à doença (Freitas, 2011).

Existem vários fatores que estabelecem se uma doença é ou não profissional, entre eles, a concentração do agente contaminante. Existem limites estabelecidos para os vários agentes, abaixo dos quais não ocorre dano para os trabalhadores expostos, o tempo de exposição, tempo esse de exposição referência, relacionados com um dia de trabalho normal e um período médio de vida ativa, as características individuais e a simultaneidade dos agentes (Freitas, 2011).

O Decreto Regulamentar n.º 76/2007, de 17 de julho, classifica as doenças profissionais de acordo com sete categorias: doenças provocadas por agentes químicos (tóxicos inorgânicos e orgânicos), doenças do aparelho respiratório (pneumoconioses, broncopneumopatias), doenças cutâneas, doenças provocadas por agentes físicos (ocasionadas por exposição a radiações, a ruído, a vibrações), doenças infecciosas e parasitárias (causadas por vírus, por fungos, por agentes biológicos) e manifestações alérgicas das mucosas (conjuntivites, rinites, asma brônquica).

Segundo a União Geral de Trabalhadores (2014), em 2009, o Centro Nacional de Proteção contra os Riscos Profissionais (CNPRP) declarou 4841 novos casos de doenças profissionais, sendo que destes, 4410 casos são relativos a trabalhadores do regime geral e os restantes 431, trabalhadores do regime da administração pública. Ao nível da distribuição geográfica das doenças relacionadas com o trabalho, verifica-se uma maior incidência em quatro distritos sendo o Porto (1074 casos), Aveiro (802 casos), Lisboa (747 casos) e Setúbal (553 casos), por outro lado, é nas regiões autónomas que se verificam menos casos de doenças profissionais (3 casos). O género feminino apresenta maior incidência de doença profissional (2569 casos) quando comparado com o género masculino (1841 casos).

No que respeita aos trabalhadores do regime geral da Administração Pública, declararam-se, em 2009, 1859 casos de doença profissional com incapacidade, 1315 casos de doença profissional sem incapacidade e 1236 casos foram avaliados como não tendo doença profissional. No mesmo ano, no que concerne à manifestação das doenças com maior incidência registar vance joy ripam-se 66,32% (2925 casos) doenças músculo-esqueléticas e surdez profissional 12,97% (572 casos) (UGT, 2014).

No ano de 2010, cerca de 28,3% dos acidentes ocorreram em trabalhadores independentes ou em trabalhadores de microempresas. Relativamente às circunstâncias, cerca de 36,7% dos acidentes ocorreram em zonas industriais. Por conseguinte, foi o contacto com os constrangimentos físicos que provocou mais lesões (28,7%). Quanto às consequências, os acidentes ocasionaram, para mais de metade dos sinistrados (cerca de 53,9%) feridas e lesões superficiais (UGT, 2014).

1.3 – Saúde Ocupacional

Em 1950, a Organização Internacional do Trabalho [OIT] e a OMS estabeleceram os seguintes objetivos da saúde Ocupacional: promoção e manutenção do mais elevado grau de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores; prevenção de danos causados na saúde dos trabalhadores fruto das condições de trabalho; proteção dos trabalhadores perante os riscos a que estão expostos, e ajustamento do posto de trabalho às capacidades e aptidões do trabalhador (Freitas, 2011).

A Medicina do Trabalho ou serviços de saúde ocupacional têm a seu cargo funções como a vigilância de todos os fatores que possam prejudicar a saúde dos profissionais, a realização dos exames médicos, quer no momento da admissão do trabalhador, quer os exames periódicos (abrangendo os exames radiológicos e os exames biológicos), a realização de estudos, do ponto de vista psicológico, dos postos de trabalho, realização de estatísticas sobre o estado de saúde da população de trabalhadores, entre outras (Freitas, 2011).

1.3.1 – Exames médicos

Cabe ao Serviço de Saúde Ocupacional ou Medicina do Trabalho das empresas a realização dos exames de saúde com o intuito de verificar a aptidão física e psíquica dos seus profissionais para o exercício da atividade. Esses exames devem fazer referência a uma história “*clínico-laboral*”, uma descrição do posto de trabalho e a duração no mesmo, uma descrição de postos de trabalho anteriores, bem como uma referência aos riscos provenientes dos mesmos e o tempo de exposição do trabalhador (Freitas, 2011).

A realização destes exames tem como objetivos, 1) identificar os trabalhadores que apresentem fatores de risco individuais, o que resulta num risco acrescido de doença profissional; 2) diagnosticar possíveis doenças profissionais, num estado prematuro; 3) conhecer as exposições potencialmente perigosas para os trabalhadores; 4) contribuir para uma vigilância da saúde dos

profissionais e avaliação de riscos; 5) despistar problemas médicos globais; 6) criar condições para analisar as doenças profissionais e o absentismo por motivos de saúde, identificando a existência de uma possível ligação entre a causa da doença e os riscos para a saúde que podem ser fruto das condições de trabalho (Freitas, 2011).

1.3.1.1 – Tipos de exames médicos

Relativamente aos tipos de exames médicos estes podem ser de admissão ou periódicos. Os exames médicos de admissão devem ser realizados antes da exposição dos trabalhadores aos fatores de risco (Freitas, 2011).

O acompanhamento da saúde dos trabalhadores expostos a vibrações no exercício da sua atividade deve usar métodos que revelem a doença ou os efeitos nocivos da exposição para os trabalhadores e deve estabelecer uma relação entre a doença e as condições de trabalho (Freitas, 2011).

Por sua vez, os trabalhadores expostos a radiações ionizantes, de que são exemplo os profissionais em radioterapia, estão sujeitos a uma vigilância e um controlo médico que deve abranger exames iniciais (antes da sua exposição às radiações) e exames periódicos. Esta periodicidade deve ser anual, podendo ser mais regular caso o estado de saúde ou as condições da exposição do trabalhador sofram alterações (Freitas, 2011).

No que diz respeito aos trabalhadores expostos a ruído nocivo, o acompanhamento médico, à semelhança da exposição às radiações ionizantes, deve ser feita antes da exposição do trabalhador e exames contínuos, de dois em dois anos, caso o trabalhador não tenha estado exposto a valores acima dos recomendados (Freitas, 2011).

Relativamente à exposição a agentes biológicos ou químicos, os trabalhadores devem ser sujeitos a exames iniciais e exames periódicos, sendo um dever do empregador assegurar a vigilância e o acompanhamento médico dos seus trabalhadores (Freitas, 2011).

1.4. Envelhecimento no e pelo trabalho

O estudo do envelhecimento surgiu através dos primeiros trabalhos realizados nos Estados Unidos e na Europa durante o período do pós-guerra. Foi durante a década de 20 que emergiu a preocupação com a temática, verificando-se um crescente interesse no seu estudo por volta dos anos 40, em Inglaterra, numa época de pós-guerra e de reconstrução económica (Ramos & Lacomblez, 2005).

A reflexão sobre o impacto das condições de trabalho na saúde e no bem-estar dos trabalhadores, deve ter em conta o percurso profissional do indivíduo para deste modo, permitir uma melhor compreensão do desenvolvimento das condições de saúde dos trabalhadores no seu contexto profissional (Barros-Duarte, 2003).

Através da reconstrução do percurso e da vivência profissional dos trabalhadores, considerando as condições de trabalho quer atuais, quer passadas (Volkoff, Molinié, & Jolivet, 2000, cit. in., Barros-Duarte, 2003) é possível deter a complexidade que a relação entre a saúde e o trabalho apresentam (Barros-Duarte, 2003).

Segundo Barros-Duarte (2003) é considerando a idade, fator tempo, que as características da atividade que interferem na saúde e no bem-estar dos indivíduos podem ser compreendidas e entendidas.

Cassou e Laville (1996) afirmaram que a variável idade, no que respeita à saúde no trabalho, está diretamente relacionada com o processo de envelhecimento dos indivíduos, onde interagem os diferentes constrangimentos do trabalho (cit. in, Barros-Duarte, 2003). É conhecido que, as condições de trabalho influenciam quer a qualidade de vida no trabalho, quer a qualidade do envelhecimento dos trabalhadores, considerando que este processo de envelhecimento pode ocorrer no e pelo trabalho (Barros-Duarte, 2003).

O envelhecimento no trabalho, segundo Teiger (1989) refere-se ao processo de envelhecimento natural, ou seja, reporta-se ao conjunto de alterações no sujeito durante o decorrer da sua vida e ocorrem sem serem desencadeadas por fatores externos, embora estes possam influenciar o processo (cit. in, Barros-Duarte, 2003). Estas alterações podem modificar a forma de trabalhar, acarretando implicações ao nível do trabalho. Se, por um lado, podem originar dificuldades acrescidas, por outro, podem corresponder a novas competências constituídas por saberes e saberes-fazer da experiência dos indivíduos (Volkoff, Laville, & Maillard, 1996, cit. in, Barros-Duarte, 2003). Ao envelhecimento resultante dos efeitos, quer a médio, quer a longo prazo, das condições de trabalho na saúde dos trabalhadores designa-se por envelhecimento pelo trabalho (Teiger, 1989, cit. in, Barros-Duarte, 2003), ou seja, o processo de envelhecimento pode ser influenciado pela exposição a determinados constrangimentos e a forma como o trabalho está organizado podem resultar em sequelas que influenciam o processo de envelhecimento do indivíduo (Barros-Duarte, 2003).

Encarando o processo de envelhecimento como um declínio nas capacidades físicas e intelectuais e no desempenho no trabalho (Volkoff, Laville, & Maillard, 1996, cit. in, Barros-Duarte, 2003) torna-se essencial refletir sobre as condições de trabalho, como por exemplo, os constrangimentos físicos e a organização do trabalho com que o indivíduo se depara no decurso da sua vida profissional e de que forma estas contribuíram para acelerar determinados mecanismos envolvidos no processo de envelhecimento (Barros-Duarte, 2003).

O surgimento destes decréscimos nas capacidades físicas e intelectuais dos trabalhadores, normalmente relacionados com o processo de envelhecimento, podem não ser uniformes (Barros-Duarte, 2003). A sua manifestação pode ser acelerada ou atenuada tendo em consideração as condições de trabalho vivenciadas (Derriennic, Touranchet, & Volkoff, 1996, cit. in, Barros-

Duarte, 2003) e a sua evolução varia dependendo, quer do tipo de trabalho, quer dos trabalhadores (Barros-Duarte, 2003).

Desta forma, Cassou e Laville (1996) afirmaram que o envelhecimento se revela como um processo complexo e contínuo de declínio de capacidades, sendo fundamental uma atenção especial na identificação dos fatores impulsionadores do envelhecimento, como os fatores relativos ao trabalho, que interferem no envelhecimento pelo trabalho e que podem regular o envelhecimento no trabalho (cit. in, Barros-Duarte, 2003).

Capítulo II – A Radioterapia

2.1 – Os profissionais e o processo de radioterapia

A radioterapia teve origem no final do século XIX através dos contributos de Roentgen em 1895, com a descoberta dos raios-x e de Marie e Pierre Curie, em 1898, com a descoberta do rádio. A radiação foi uma das vias de tratamento do cancro, pioneira, sendo que o primeiro tratamento realizado com êxito ocorreu em 1898. Contudo, nesta época, as doses de cada tratamento eram muito elevadas e administradas numa única sessão, o que originou várias complicações (art-radioterapia, 2014).

Os estudos efetuados neste âmbito entre 1920 e 1940 tinham como objetivo avaliar os efeitos da radiação nos tecidos. Estes estudos contribuíram para que o tratamento passasse a ser faseado no que respeita às doses, ou seja, a dose total de radiação do tratamento passou a ser dividida em várias frações. No ano de 1952, foi efetuado o primeiro tratamento com uma unidade de cobalto-60. Na década de 50 foram desenvolvidos aceleradores lineares para o tratamento de tecidos mais profundos e com menos disseminação de radiação para os tecidos saudáveis (art-radioterapia, 2014). Ao longo dos últimos 100 anos, a radioterapia foi-se desenvolvendo através da utilização da tecnologia computadorizada, da melhoria dos equipamentos de tratamento e dos avanços significativos da radiobiologia (art-radioterapia, 2014).

Esta evolução da radioterapia ao longo dos anos resultou da junção de diversas áreas da medicina, em sinergia com outras ciências e em conjunto com um desenvolvimento tecnológico, tornando-se numa das técnicas mais eficazes no tratamento do cancro (ATARP, 2014).

A radioterapia, juntamente com a cirurgia e a quimioterapia, é uma das principais formas de tratamento do cancro. Esta tecnologia consiste na irradiação de um feixe de radiação ionizante com o objetivo de destruir e eliminar o tumor. Este feixe de irradiação é, habitualmente, produzido por um acelerador de partículas, dirigido para o tumor que destrói as células cancerígenas. O objetivo central do tratamento é dirigir a maior concentração de dose de radiação possível para o tumor e a menor possível para os tecidos e órgãos saudáveis que se encontram próximos do tumor

(Nascimento & Falzon, 2009). Isto só é possível através da emissão de doses de radiação diárias. A tecnologia informática possui, atualmente, técnicas avançadas no tratamento, na precisão e na eficiência das doses diárias a que o paciente é sujeito. Deste modo, os meios tecnológicos encontram-se em constante desenvolvimento quer ao nível do *software* das imagens médicas, quer ao nível do planeamento do tratamento, quer ainda ao nível da execução das sessões de tratamento (R. Cook, Nemeth, & Dekker, 2008, cit in. Nascimento & Falzon, 2009).

Tendo em conta a diversidade do tipo do tumor e das características do paciente, como por exemplo, a idade e o género, o tratamento é feito exclusivamente para cada paciente, sendo a decisão de tratamento elaborada através do parecer de quatro profissionais, o radioterapeuta, o físico-médico, o dosimetrista e o técnico em radioterapia (Nascimento & Falzon, 2009).

O radioterapeuta é o responsável pela prescrição da dose total de radiação para a remoção do tumor e dos limites das doses de radiação que os órgãos saudáveis podem receber. Cabe ainda ao radioterapeuta a validação do plano de tratamento, dos cálculos de dosimetria e da monitorização e acompanhamento do paciente ao longo do tratamento e numa fase posterior ao tratamento (Nascimento & Falzon, 2009). O físico-médico certifica que as doses que o paciente recebe de radiação, correspondem às que foram prescritas, anteriormente, pelo radioterapeuta (Nascimento & Falzon, 2009). Outro elemento fundamental desta equipa é o dosimetrista que, em conjunto com o físico-médico, traça a dosimetria clínica e a otimização de todo o plano de tratamento. O seu trabalho requer a verificação e a validação do físico-médico (Nascimento & Falzon, 2009). O técnico em radioterapia tem como função a administração das doses de radiação diárias. Este técnico é o elemento da equipa que mais próximo do paciente está, é ele quem diariamente recebe e acompanha o paciente ao longo do seu tratamento (Nascimento & Falzon, 2009).

A preparação e administração do tratamento desenvolvem-se em quatro etapas: a simulação, a preparação do plano de tratamento, a receção do plano de tratamento e a sua verificação e, por último, a fase de administração do tratamento, sendo estas constituídas por treze etapas (Nascimento & Falzon, 2009).

Na fase da simulação, o técnico em radioterapia, adquire os dados e o posicionamento anatómico do paciente, concluída esta fase, inicia-se a fase de preparação do plano de tratamento, onde estão envolvidos os quatro profissionais. Nesta fase é estabelecida a dose indicada para o tratamento, tendo em conta as características de cada paciente, e a validação da dosimetria. Na fase da receção do plano de tratamento efetua-se um controlo do posicionamento do paciente. Este controlo decorre através da simulação de uma sessão de tratamento, contudo não é emitida qualquer tipo de radiação ao paciente. Só na última fase, a fase da administração do tratamento se dá início ao tratamento com a emissão de radiação ao paciente (Nascimento & Falzon, 2009). A realização de cada uma destas treze etapas é crucial no tratamento do paciente, pois, não se pode

prosseguir no tratamento sem que ocorra a validação e avaliação de cada uma das etapas (Darses & Falzon, 1996).

2.2 – A saúde dos profissionais de radioterapia

As radiações ionizantes utilizadas no tratamento radioterapêutico acarretam um risco quer a nível ambiental quer a nível ocupacional. Apesar do conhecimento dos seus efeitos para a saúde dos trabalhadores, o contributo deste tipo de radiações, nomeadamente nas áreas de Medicina Nuclear, Radiologia e Radioterapia, tem sido de tal forma positivo que os efeitos benéficos a nível clínico ultrapassam os riscos para a saúde dos trabalhadores (Carapinha, 2009).

Segundo o artigo n.º 2, do Decreto-Lei n.º 222/2008, de 17 de novembro, a radiação ionizante é uma *transferência de energia sob a forma de partículas ou ondas eletromagnéticas com um comprimento de onda igual ou inferior a 100 nanómetros ou uma frequência igual ou superior a 3×10^{15} HZ e capaz de produzir iões direta ou indiretamente* (p. 8002).

É no mundo das organizações do setor da saúde que os trabalhadores têm maior risco de exposição às radiações ionizantes, sendo da responsabilidade das entidades empregadoras, certificarem-se da vigilância dos seus profissionais. Assim, é indispensável a existência de uma monitorização eficiente das doses que os trabalhadores recebem devido à sua exposição aquando da realização da sua atividade profissional (Carapinha, 2009).

Os fatores de risco são normalmente classificados de acordo com as condições de trabalho, estes podem ser químicos, físicos, biológicos e psicossociais. Considerando a exposição dos profissionais de radioterapia a radiações ionizantes no seu local de trabalho, não pode ser desconsiderado, a presença deste risco profissional no exercício da atividade profissional (Carapinha, 2009).

O limite de dose, ou seja, “as referências máximas fixadas para as doses resultantes da exposição a radiações ionizantes dos trabalhadores, aplica-se à soma das doses relevantes provenientes da exposição externa”, como estipulado no artigo 2º, do Decreto-Lei n.º 222/2008, de 17 de novembro (p. 8002).

No caso dos trabalhadores do setor da radioterapia, expostos a radiações ionizantes provenientes do exercício da sua atividade profissional, a avaliação dos níveis de exposição é feita através da leitura dos dosímetros de monitorização a nível individual (Carapinha, 2009).

Os limites de dose estabelecidos para a exposição às radiações ionizantes por parte dos trabalhadores, encontram-se no Decreto-Lei n.º 222/2008, de 17 de novembro. Deste modo, tendo em conta o artigo 4º, do mesmo Decreto-Lei, o limite de dose estabelecido para estes profissionais encontra-se fixado em 100 mSv¹, num período de cinco anos consecutivos. O mesmo Decreto-Lei

¹ mSv – é a unidade usada para avaliar o impacto da radiação ionizante sobre os seres humanos.

estabelece ainda limites equivalentes para exposição do cristalino, das extremidades e da pele do trabalhador. Assim, os limites de dose equivalentes ao cristalino encontram-se fixados em 150 mSv por ano, para a pele em 500 mSv por ano e para as extremidades em 500 mSv por ano.

Segundo Carapinha (2009), por vezes os profissionais de saúde expostos às radiações ionizantes levantam dúvidas, desconfianças e incertezas relativamente aos valores lidos pelos dosímetros individuais. No seu estudo, realizado em 2009, sobre “Exposição de profissionais de saúde a radiações ionizantes – confiança dos profissionais nas leituras de dosimetria individual”, Carapinha (2009) concluiu que 51,1% dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica não confiam nas leituras dos dosímetros. E quando comparados os profissionais do setor público e do privado, os resultados apontam para uma maior confiança nas leituras por parte dos profissionais das organizações de saúde públicas do que os profissionais das organizações do privado relativamente às leituras de dosimetria individual.

Tendo por base a revisão da literatura anterior e decorrente do objetivo geral de compreender a relação entre trabalho e saúde, foram identificados os seguintes objetivos específicos de investigação:

- 1) Compreender como é que os profissionais de radioterapia avaliam as suas condições de trabalho;
- 2) Compreender a perceção dos profissionais de radioterapia sobre o seu estado de saúde;
- 3) Entender que tipo de relação, estes profissionais estabelece entre a sua saúde e o seu trabalho.

Parte II – Metodologia

2. Abordagem metodológica na análise das relações entre o trabalho e a saúde no setor da radioterapia

O presente estudo tem como principal objetivo compreender as relações entre trabalho e saúde no setor da radioterapia. Foi privilegiada, nesta pesquisa, uma abordagem qualitativa aos dados, pela possibilidade de obtenção de informação específica das percepções e opiniões da população alvo (Mack, MacQueen, Guest, & Namey, 2005), neste caso de trabalhadores do departamento de radioterapia.

Segundo Almeida e Freire (2008), a metodologia qualitativa prima pela procura da compreensão dos fenómenos, isto é, pelo enfoque de cariz indutivo e ideográfico. Desta forma, foi através da metodologia qualitativa que estudamos a realidade sem a descontextualizar, ao mesmo tempo que partimos dos dados recolhidos e não de teorias já existentes para os compreender.

Esta metodologia possibilitou a descrição detalhada das representações que os indivíduos revelaram sobre a temática em questão, permitindo a interpretação e a compreensão da complexidade de determinada situação (Mack, MacQueen, Guest, & Namey, 2005).

2.1. Questões de investigação

Partindo dos objetivos específicos acima referidos foram definidas as seguintes questões de investigação:

- 1) Como é que os profissionais de radioterapia avaliam as suas condições de trabalho?
- 2) Qual a percepção que os profissionais de radioterapia têm relativamente ao seu estado de saúde?
- 3) Que relação estabelecem, os profissionais de radioterapia, entre a sua saúde e o seu trabalho?

2.2. Caracterização da organização

Com o intuito de caracterizar a organização a que pertenciam os participantes foi utilizado o IAEC – Instrumento de Análise para Estudos de Caso (Barros-Duarte, Ramos, Cunha, & Lacomblez, 2001). A versão final utilizada para a caracterização da organização foi constituída por três partes: I – Identificação da Organização; II – Estrutura da Organização; III – Gestão de Recursos Humanos (caraterização e evolução dos recursos humanos da empresa em relação a diferentes variáveis). Procurou-se através desta adaptação selecionar as dimensões que permitissem o encontro e o alcance dos objetivos da investigação (Cf. Anexo1).

O presente estudo foi desenvolvido numa empresa com duas décadas de existência, com o código de atividade económica 86220, relativo à atividade da prática médica e a sua atividade principal, a prestação de serviços médicos de radioterapia.

A empresa tem o estatuto jurídico de Sociedade Anónima, considerada uma pequena empresa (menos de 50 trabalhadores) contando com diferentes profissionais: administradores, rececionistas, diretor clínico, físicos-médicos, administrativas de saúde, técnicos de radioterapia, assistentes administrativos, pessoal de enfermagem e médicos.

Dos trabalhadores que compõem a organização, 22,7% pertencem ao género masculino e 72,3% ao género feminino². Relativamente ao vínculo contratual, 33,3% profissionais encontram-se efetivos na organização, 11,1% dos trabalhadores possuem um contrato individual de trabalho (lei n.º 7/2009, 12 fevereiro) com termo e 55,6% são trabalhadores independentes, ou seja, prestadores de serviços. Importa ainda referir que todos os profissionais desta organização trabalham 40h semanais.

2.3. Participantes

Os participantes do estudo constituíram uma amostra intencional, uma vez que nos métodos qualitativos as amostras “não se pretendem aleatórias, mas sim intencionais, e, nem representativas de uma população, mas sim da experiência de um fenómeno” (Matos, 2008, p. 181). O acesso aos participantes do estudo foi inicialmente estabelecido pelo contacto direto com a organização, mais precisamente com o Terapeuta Coordenador do serviço de radioterapia.

Relativamente à caracterização dos participantes do estudo, esta encontra-se dividida segundo, os dados sociodemográficos (Ver Tabela 1) e os dados socioprofissionais (Ver Tabela 2)³.

² Para tornar impossível a identificação da organização opta-se por não se identificar o número exato de trabalhadores.

³ Os dados relativos às Tabelas 1 e 2 foram obtidos pela análise estatística através do *software* SPSS versão 16.0

Tabela 1.
Dados sociodemográficos dos participantes

Código	Idade	Género	Habilitações	Estado civil	Nº de filhos
A	38	F	12º Ano	Casada	1
B	39	M	Licenciatura	Casado	1
C	35	F	Mestrado	Solteira	0
D	42	F	Licenciatura	Casada	1
E	50	F	9º Ano	Casada	2
F	48	F	Mestrado	Casada	2
G	50	M	Licenciatura	União de facto	2
H	61	F	Licenciatura	Casada	2
I	37	F	Licenciatura	Solteira	0

A Tabela 1 revela que o estudo contou com a participação de nove profissionais de radioterapia, sendo, sete mulheres e dois homens. Dos nove participantes, seis são casados, dois são solteiros e um vive em união de facto. O número de filhos dos participantes varia entre não terem filhos e os dois filhos ($M = 1,22$; $DP = 0,83$).

Relativamente ao intervalo etário, este varia ente os cinco e os 61 anos ($M = 44,4$; $DP = 8,69$). No que concerne ao nível de habilitações, cinco detêm a licenciatura, dois o mestrado, um o 12.º ano e um o 9.º ano de escolaridade.

Tabela 2.
Dados socioprofissionais dos participantes

Código	Antiguidade na organização	Vínculo contratual	Horário de trabalho	Função
A	6	Efetiva	Tempo inteiro	Administrativa
B	13	Prestador de serviços	Turno rotativo	Radioterapeuta
C	10	Prestador de serviços	Irregular	Física-médica
D	19	Efetiva	Tempo inteiro	Enfermeira
E	12	Efetiva	Tempo inteiro	Auxiliar
F	7	Prestador de serviços	Irregular	Médica
G	19	Prestador de serviços	Tempo inteiro	Radioterapeuta
H	19	Prestador de serviços	Horário normal	Física-médica
I	12	Contrato a prazo	Irregular	Enfermeira

A Tabela 2 permite-nos caracterizar os participantes relativamente às dimensões socioprofissionais. No que concerne à função dos participantes na organização, participaram na pesquisa duas enfermeiras, duas físicas-médicas, dois radioterapeutas, uma médica, uma auxiliar e uma administrativa. A antiguidade dos participantes varia entre os seis e os 19 anos ($M = 13$; $DP = 5,38$). No que respeita ao vínculo contratual que os participantes mantêm com a organização, cinco são prestadores de serviço⁴, três são efetivos e um detém um contrato de trabalho a prazo. Relativamente ao horário de trabalho, quatro participantes trabalham a tempo inteiro⁵, dois possuem um horário irregular⁶, um horário normal⁷, um horário em turnos rotativos⁸ e um em horário misto⁹.

⁴ Prestação de serviços – segundo o artigo 1154º do Código Civil, é aquele através do qual uma das partes se obriga a proporcionar à outra, certo resultado do seu trabalho com ou sem retribuição.

⁵ Tempo inteiro – horário de 7-8h de trabalho por dia, ou de 35-40h de trabalho por semana.

⁶ Horário irregular – horário com variações frequentes – variações semanais, quinzenais ou mensais – e nem sempre previstas.

⁷ Horário normal – horário dividido em dois períodos diários, com horas de entrada e de saídas fixas, e separadas por um intervalo de descanso.

⁸ Turnos rotativos – horário que muda semanalmente, quinzenalmente ou mensalmente, segundo um plano já previsto e conhecido.

⁹ Horário misto – horário que pode chegar a ser realizado no período diurno e noturno.

2.3. Instrumento – INSAT 2010 – Inquérito de Saúde e Trabalho

Relativamente ao instrumento utilizado, este designa-se por INSAT 2010 – Inquérito de Saúde e Trabalho, antes de proceder à sua descrição e apresentação torna-se essencial uma breve abordagem sobre os seus pilares de construção e a justificação da sua elaboração.

Os pilares do INSAT

A construção do INSAT foi inspirada nos conhecimentos explorados por diferentes inquéritos, como o SUMER – *Surveillance Médicale des Risques Professionnels*, o EVREST – *Évolutions et Relations en Santé au Travail* e o SIT – Saúde, Idade e Trabalho (Barros-Duarte, Cunha, & Lacomblez, 2007).

O inquérito SUMER tem como objetivo analisar a penosidade do trabalho, através da recolha de informações sobre as condições de trabalho e a saúde dos trabalhadores. Trata-se de um inquérito francês, transversal, iniciado em 1987, sempre em colaboração com a inspeção médica do trabalho e os médicos do trabalho (Yilmaz, 2006). Na versão aplicada em 1994/1995 foi acrescentada um auto-questionário, cujo objetivo era permitir ao trabalhador “pronunciar-se sobre o vivido do seu trabalho e sobre o seu estado de saúde” (Yilmaz, 2006, p.10), explorado pela primeira vez na versão de 2002/2003 (Barros-Duarte, Cunha, & Lacomblez, 2007). A partir da nova versão, o preenchimento do inquérito passou a ser realizado em conjunto pelo médico do trabalho e pelo trabalhador (Barros-Duarte, Cunha, & Lacomblez, 2007). A particularidade deste inquérito reside no modo de administração, ou seja, são os médicos do trabalho que selecionam, aleatoriamente, os trabalhadores e aplicam o instrumento, tendo uma duração média de 30 minutos, no decorrer da visita médica anual obrigatória para cada trabalhador (Barros-Duarte, Cunha, & Lacomblez, 2007). É de salientar que a resposta ao inquérito se centra na atividade de trabalho realizada na semana anterior ao momento da sua aplicação (Coutrot, & Wolf, 2005, cit. in Barros-Duarte, Cunha, & Lacomblez, 2007).

O inquérito EVREST tem como objetivo o conhecimento dos riscos e da organização do trabalho e da saúde dos trabalhadores e das suas interações. Trata-se de um inquérito francês, à semelhança do SUMER, desenvolvido em 2001 pelos médicos da EADS – *European Aeronautic Defense Space Company*, tendo como objetivo deliberar ações capazes de melhorar a saúde no trabalho (Barros-Duarte, Cunha, & Lacomblez, 2007). Segundo o *Project EVREST* (2007) os objetivos intrínsecos à conceção e aplicação do EVREST visam, avaliar os níveis de risco e a saúde dos trabalhadores no seu local de trabalho, acompanhar as evoluções, avaliar as relações entre as exposições a quês estão sujeitos e a sua saúde, contribuir para a organização das prioridades a definir nas ações de prevenção e ajudar na avaliação das ações de prevenção.

No que concerne à sua estrutura, o EVREST é constituído por duas partes. Num primeiro momento são solicitados dados de identificação do trabalhador, numa segunda parte, são

caracterizadas as condições de trabalho, ou seja, as exposições profissionais a que os trabalhadores estão sujeitos, as formações, o modo de vida e o estado de saúde (Barros-Duarte, Cunha, & Lacomblez, 2007). A administração do instrumento é partilhada pelo médico do trabalho, contribuindo com as informações relativas ao estado de saúde do trabalhador; pelo trabalhador com informações relativas à sua exposição profissional; e ainda, pelos serviços médicos através das informações de carácter geral. À semelhança do SUMER, os dados recolhidos pelo EVREST são reunidos aquando da consulta anual da medicina do trabalho (Barros-Duarte, Cunha, & Lacomblez, 2007).

O Inquérito SIT tem como objetivo principal compreender como, e em que medida, as condições de trabalho atuais e passadas influenciam, favorável ou desfavoravelmente, a qualidade do processo de envelhecimento e da saúde dos profissionais (Barros-Duarte, Cunha, & Lacomblez, 2007).

Este instrumento foi concedido a partir dos contributos dos inquéritos ESTEV e VISAT (aplicados pela primeira vez nos anos 1995 e 1996, respetivamente), tendo sido sobretudo o VISAT que, pela sua maior abrangência (valorização das dimensões psicológica e psicofisiológica das reações aos efeitos das condições de trabalho), orientou o seu processo de construção (Barros-Duarte, Cunha, & Lacomblez, 2007).

Tendo em conta os pressupostos e os conteúdos patentes nos três instrumentos descritos anteriormente, é possível, por um lado, identificar as preocupações epistemológicas comuns e, ainda, as especificidades no que respeita à organização quer dos conteúdos quer da metodologia de administração dos instrumentos (Barros-Duarte, Cunha, & Lacomblez, 2007).

Apesar da sua especificidade, um objetivo característico do INSAT, e partilhado pelos inquéritos que foram o pilar da sua construção, reporta-se ao facto de pretender conceber condições para que sejam declarados os problemas que se revelam como causa de sofrimento, mesmo aqueles que se declaram temporários e que não se revelam num quadro de sofrimento, mesmo aqueles que se declaram temporários e que não se revelam num quadro de patologia, embora possa ser feita uma associação como trabalho (Barros-Duarte, Cunha, & Lacomblez, 2007).

Da junção destes três instrumentos, surgem contributos essenciais para a construção do INSAT, nomeadamente, a procura exaustiva nos temas que nos levam à compreensão das características de trabalho (Inquérito SUMER), a análise do percurso profissional do trabalhador com referência às condições de trabalho (Inquéritos SUMER e SIT), a inclusão de dados referentes às dificuldades sentidas no trabalho (Inquérito SIT) (Barros-Duarte, Cunha, & Lacomblez, 2007) e, ainda, a “reflexão potenciada pela administração do inquérito sob a forma de entrevista, oferecida igualmente pelo inquérito SIT” (Barros-Duarte, Cunha, & Lacomblez, 2007, p. 57).

Segundo Barros-Duarte, Cunha e Lacomblez (2007), o INSAT tem como objetivo estudar as consequências e condições de trabalho, quer atuais quer passadas, no que respeita à saúde e bem-

estar do trabalhador. Trata-se de um inquérito epidemiológico, que pretende caracterizar os principais riscos profissionais e apreender a influência que os constrangimentos do trabalho têm sobre a saúde dos profissionais (Barros-Duarte, Cunha, & Lacomblez, 2007).

Na sua primeira versão, o INSAT 2007 intencionalizava o conceito de saúde no trabalho, inteirando a avaliação dos seus aspetos patológicos – doenças profissionais (Barros-Duarte, & Cunha, 2010), com a segunda versão, o INSAT 2010 reforça a ideia de que a construção da saúde recai na vivência pessoal e subjetiva, “na maior parte das vezes, ainda pouco visível” (Barros-Duarte, & Cunha, 2010, p. 24).

A organização do INSAT 2010

O INSAT 2010 analisa sete dimensões, **I – “O Trabalho”**, onde são apresentadas questões que fazem o enquadramento da atividade profissional, por exemplo, a caracterização do tipo da atividade profissional; **II – “Condições e Características do Trabalho”**, onde são apresentadas questões relativas às condições a que o trabalhador está exposto; **III – “Condições de Vida Fora do Trabalho”**, encontram-se questões sobre com o tempo que o trabalhador dedica em tarefas extraprofissionais; **IV – “Formação e Trabalho”**, as questões focam informações relativas à formação do trabalhador; **V – “Saúde e Trabalho”**, analisa os acidentes de trabalho e as doenças profissionais dos trabalhadores e os riscos profissionais a que estão expostos; **VI – “A Minha Saúde e o Meu Trabalho”**, faz eco aos problemas de saúde que poderão ser revelados pelos trabalhadores; **VII – “A Minha saúde e o Meu Bem-Estar”**, identificação de alguns problemas que os trabalhadores podem apresentar no seu dia-a-dia. O inquérito conta ainda com uma parte, no seu início, que conjuga algumas questões sobre dados sociodemográficos dos trabalhadores, por exemplo, tipo de empresa, o setor de atividade, a idade do trabalhador e o género.

O Inquérito INSAT 2010, é um ótimo instrumento de avaliação atento à variedade e instabilidade das questões que decorrem em contexto de trabalho (Barros-Duarte & Cunha, 2010), este permite, ainda, uma recolha de vários dados permitindo criar condições para uma reflexão e consciencialização acerca da relação entre as condições de trabalho e os problemas de saúde (Barros-Duarte, Cunha, & Lacomblez, 2007).

2.5. Procedimentos de Recolha de Dados

Inicialmente foi estabelecido o contacto com a organização, com o objetivo de explicar os objetivos do estudo, apresentar o instrumento (INSAT 2010) a ser utilizado e o pedido de colaboração da organização na investigação (Cf. Anexo 2).

O estudo do comportamento humano compreende uma relação entre o investigador e os participantes, ou entre o contexto e o investigador (Almeida & Freire, 2003), o que levanta

questões éticas ao nível da investigação. Desta forma, o procedimento de recolha de dados foi feito tendo em conta algumas etapas.

Obtido o consentimento da organização, o Terapeuta Coordenador do serviço de radioterapia entrou em contacto com os possíveis participantes, com o intuito de proceder à marcação das entrevistas. É de ressaltar que a marcação de todas as entrevistas foi realizada tendo em conta a disponibilidade de cada participante, garantindo um total ajustamento aos horários e ritmos de funcionamento do serviço.

As entrevistas foram gravadas em formato áudio, com o consentimento dos participantes, com o intuito de mais tarde se proceder à transcrição integral destas. Em média, as entrevistas tiveram uma duração de 30 minutos, sendo a entrevista mais longa de 50 minutos e a mais curta de 24 minutos. Importa ainda referir que todas as entrevistas foram realizadas durante o horário de trabalho dos participantes e numa sala cedida pela organização. Por último é de realçar que em todas as entrevistas era assinado o consentimento informado (Cf. Anexo 3) por cada participante, bem como explicados os objetivos do estudo e apresentado o instrumento a ser aplicado, bem como as suas dimensões.

Importa ainda referir que, após a transcrição das entrevistas, estas foram devolvidas aos participantes via mail, com o intuito de ser realizada a restituição e validação das mesmas, contudo apenas quatro dos nove participantes o fizeram.

2.6. Tratamento de Dados

O processo de tratamento de dados foi realizado através de dois *softwares* informáticos, o programa estatístico SPSS, versão 16.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*) com o intuito de fazer uma caracterização dos participantes, através de uma análise descritiva dos “dados sociodemográficos” e dos “dados socioprofissionais” dos participantes, e o Nvivo, versão QSR9 com o objetivo de fazer a análise de conteúdo da informação recolhida.

Relativamente ao SPSS 16.0, ao nível da análise descritiva foram calculadas, frequências, médias e desvio-padrão das respostas dos participantes para sua caracterização.

No que respeita ao Nvivo, o processo de tratamento dos dados foi realizado tendo em conta a *Análise de Conteúdo*, que decorreu em três fases, organização da informação, codificação e categorização. A fase da organização da informação correspondeu a uma primeira fase onde foram, selecionados os documentos, a serem submetidos à análise, e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação das questões inicialmente formuladas (Bardin, 2010). A codificação, segundo Holsti (1969) é “o processo pelo qual os dados em bruto são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo” (cit. in Bardin, 2010, p. 129). Relativamente à

categorização, esta é um processo de classificação dos elementos através do reagrupamento segundo critérios previamente definidos (Bardin, 2010).

Segundo Bardin (2010) a análise de conteúdo é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações” (p. 33), tendo como objetivo a descrição da informação e das consequências do conhecimento resultante da análise das mesmas (Bardin, 2010).

Nesta fase da investigação, começou-se por fazer uma leitura de cada entrevista com o intuito de assimilar o conteúdo e a informação nelas exposta. Desta forma, foram destacados os pontos que se revelaram evidentes relativamente às questões de investigação anteriormente apresentadas.

Inicialmente, o processo de codificação foi desenvolvido de forma aberta (*FreeNodes*) e num momento seguinte de forma mais organizada (*TreeNodes*) através da criação de categorias e subcategorias¹⁰. Foram criadas categorias de primeira, segunda e última ordem, sendo que as categorias de primeira ordem dizem respeito a aspetos mais gerais, que se vão subdividindo em itens cada vez mais específicos e particulares no decorrer das categorias de segunda ordem e última ordem.

¹⁰ Importa referir que, algumas destas categorias foram definidas no primeiro momento de leitura e outras foram surgindo no decorrer do processo de análise.

Parte III – Apresentação, análise e discussão dos dados

1 – Descrição do sistema de categorias proveniente da análise de conteúdo

De seguida é apresentada a descrição das categorias resultantes da análise de conteúdo. Nesta descrição serão ainda associadas verbalizações dos participantes de forma a tornar mais explícito o conteúdo de cada categoria e as opções tomadas ao nível da análise de conteúdo. No decorrer da análise de conteúdo foram identificadas quatro categorias de primeira geração: 1ª Categoria – Características da Atividade; 2ª Categoria – Condições de Trabalho; 3ª Categoria – Percurso Profissional; 4ª Categoria – Saúde e Trabalho (Cf. Anexo 4).

1ª Categoria – A. Características da Atividade

Esta grande categoria inclui todas as percepções que os participantes verbalizam acerca das características da sua atividade, nela estão integradas o contacto que os profissionais estabelecem com o público, a realização da atividade e o reconhecimento da sua atividade por terceiros.

A.1. Contacto com o público

Em geral, os trabalhadores mencionam o contacto com o público como uma característica da sua atividade, o que remeteu para três categorias de segunda ordem:

A.1.1. Contacto direto – os participantes mencionam o contacto direto com o público como um fator caracterizador da atividade.

A.1.2. Desgaste emocional – o desgaste emocional para alguns participantes é visto como um elemento caracterizador da atividade [Tem dificuldade em dar resposta às dificuldades ou sofrimento das pessoas? (Entrevistadora – ENT.) – “Sim, não me deixa indiferente.” – B.].

A.1.3. Tensão nas relações – a tensão nas relações com o público é vista como um aspeto caracterizador da atividade destes profissionais [Confronta-se com situações de tensão nas relações com os doentes? – ENT. “(...) é complicado, é que estes doentes para além da doença podem trazer problemas familiares e do trabalho. E, às vezes, pode existir uma tensão” – G.].

A.2. Realização da Atividade

Da subcategoria *Realização da Atividade* emergiram 11 categorias de segunda ordem:

A.2.1. Acompanhamento – alguns trabalhadores mencionam realizar a sua atividade na presença de outros colegas de trabalho.

A.2.2. Complexidade – os participantes mencionam o grau de complexidade que a realização da sua atividade acarreta para eles.

A.2.3. Criatividade – nesta subcategoria, regra geral, os participantes mencionam a criatividade com um elemento da atividade [*Aqui às vezes a parte de enfermagem tem de dar um bocadinho asas à sua imaginação para ultrapassar algumas limitações dos doentes.*” – **D.**].

A.2.4. Deslocações Profissionais – as deslocações profissionais são elencadas pelos profissionais, em geral, como sendo um elemento caracterizador da sua atividade

A.2.5. Hipersolicitação – a hipersolicitação é apontada como uma característica da atividade profissional [O seu trabalho tem momentos de hipersolicitação? – **ENT.**] [“Sim. Tem tem é verdade! Mesmo durante a semana isso nota-se. Há dias onde tenho muito trabalho e outros dias que tenho muito pouco trabalho” – **C.**].

A.2.6. Isolada – alguns trabalhadores mencionam realizar a sua atividade sem a presença de outros colegas de trabalho

A.2.7. Liberdade – outro dos fatores mencionado pelos trabalhadores é a liberdade que têm para escolher o momento para fazer a sua pausa [“Se não for naquela hora, posso ir um pouquinho mais tarde. Não há problema nenhum. Não há aquela rigidez” – **A.**].

A.2.8. Mudanças Permanentes – as mudanças permanentes são apontadas como característica da atividade profissional [Tem que se adaptar permanentemente a mudanças, por exemplo, nos métodos ou instrumentos de trabalho? – **ENT.**] [“Ai isso é constante, é constante. Nem é os instrumentos, muitas vezes é o software, os sistemas.” – **D.**].

A.2.9. Resolução de Problemas – verbalizações onde os profissionais mencionam a forma como os problemas são resolvidos [No seu trabalho é obrigada a respeitar, de forma rígida, os momentos de pausa, sem poder escolher? – **ENT.**] [“Sem ajuda do meu superior não. Temos sempre a ajuda de um superior. Temos de ter sempre esse suporte” – **A.**].

A.2.10. Trabalho de Equipa – o trabalho de equipa é referido pelos participantes como uma característica da sua atividade.

A.2.11. Variado – os participantes mencionam como característica da sua atividade, o exercício deste ser variado

A.3. Reconhecimento da Atividade

Da subcategoria *Reconhecimento da Atividade* surgiram duas categorias de segunda ordem:

A.3.1. Colegas – Verbalizações dos participantes relativamente ao sentimento de reconhecimento que sentem por parte dos colegas [O seu trabalho é pouco reconhecido pelos seus colegas? – **ENT.**] [“Não.” – **G.**].

A.3.2 Chefias – Verbalizações dos participantes relativamente ao sentimento de reconhecimento que sentem por parte dos colegas [O seu trabalho é reconhecido pelos seus chefias? – **ENT.** “Eu acho que uma parte das chefias reconhece, a outra parte não reconhece. E isso causa-me algum incómodo.” – **C.**].

2ª Categoria – B. Condições de Trabalho

Esta grande categoria inclui todas as perceções que os participantes verbalizam relativamente às condições de trabalho. Nela estão ainda incluídas a exposição dos trabalhadores a fatores e riscos inerentes à sua profissão. O objetivo é perceber como é que os profissionais avaliam as condições de trabalho decorrentes da sua atividade.

B.1. Exposição dos trabalhadores

Da subcategoria *Exposição dos Trabalhadores* resultaram seis categorias de segunda ordem:

B.1.1. Discriminação – Esta subcategoria refere as verbalizações em que os participantes mencionam estar ou não expostos a discriminação no exercício da sua profissão.

B.1.2. Fatores Ergonómicos – Verbalizações onde os profissionais afirmam estar expostos a fatores ergonómicos na sua atividade [“Sim, nem sempre nos sentamos da melhor maneira. Na altura não se sente mas depois mais tarde é que se sente.” – **D.**].

B.1.3. Fatores Físicos – Unidades de texto onde os profissionais afirmam estar expostos a fatores físicos na sua atividade [No seu trabalho está exposta a radiações? – **ENT.**] [“Sim sim, isso sim. Quem trabalha em medicina nuclear.” – **C.**].

B.1.4. Fatores Psicossociais – Excertos onde os profissionais afirmam estar expostos a fatores psicossociais na sua atividade [Tem de fazer várias coisas ao mesmo tempo? – **ENT.**] [“Sim, às vezes temos de fazer várias coisas ao mesmo tempo! Mas isso é coisa de mulher” – **F.**].

B.1.5. Fatores Químicos – Dados onde os profissionais afirmam estar expostos ou não a fatores agentes químicos na sua atividade.

B.1.6. Riscos Psicossociais – Desta subcategoria surgem duas categorias de terceira ordem:

B.1.6.1. Clientes – Esta subcategoria refere-se ao facto dos trabalhadores poderem estar expostos a riscos psicossociais por parte dos clientes [Está exposto a riscos de agressão verbal por parte dos doentes? – **ENT.**] [“Sim, estamos expostos, não quer dizer que aconteça.” – **B.**].

B.1.6.2. Colegas – Esta subcategoria refere-se ao facto de os trabalhadores poderem estar expostos a riscos psicossociais por parte dos colegas [No seu trabalho está exposta a risco de agressão verbal, física, assédio sexual ou algum tipo de intimidação? – **ENT.**] [“Não!” – **I.**].

3ª Categoria – C. Percurso Profissional

Esta grande categoria inclui todas as perceções que os participantes verbalizam relativamente ao percurso profissional, nomeadamente no que diz respeito à aprendizagem e à conciliação entre o trabalho e a família.

C.1. Aprendizagem

Da subcategoria *Aprendizagem* resultaram quatro categorias de segunda ordem:

C.1.1. Formação contínua – Discursos dos participantes referentes ao processo de formação.

C.1.2. Imposição da organização – Verbalizações referentes ao facto da formação ter sido imposta pela organização [“Duas foram determinadas pela empresa (...).” – **F.**].

C.1.3. Iniciativa própria – Unidades de texto referentes ao facto da formação ter sido por iniciativa do trabalhador.

C.1.4. Motivo da formação – Verbalizações relativas ao motivo da formação dos participantes.

C.2. Trabalho-Família

Da subcategoria *Trabalho-Família* emergiram cinco categorias de segunda ordem:

C.2.1. Conciliação – Dados referentes ao processo de conciliação entre o trabalho destes profissionais e a sua vida familiar

C.2.2. Constrangimentos – Discursos dos participantes referentes à forma como é feita a conciliação trabalho-família [A conciliação da vida do trabalho com a vida fora do trabalho, cause-lhe incómodo? – **ENT.**] [“Não. Trabalho à semana e descanso ao fim de semana, passo as noites em casa. Já tive, quando trabalhava por turnos, a fazer noites e essas coisas era mais difícil. Neste momento acho que estou bem.” – **I.**].

C.2.3. Horários – Verbalizações dos participantes referentes aos seus horários de rotina [Tem de dormir a horas pouco usuais por causa do trabalho? – **ENT.**] [“Não, também não.” – **A.**].

C.2.4. Tarefas domésticas – Dados dos participantes referentes ao apoio no que se refere às tarefas domésticas [Quanto tempo ocupa, por dia, em tarefas domésticas e em apoio familiar? – **ENT.**] [“Mais ou menos 2h30 (...) o meu filho é casado e tenho a minha nora em casa que também vai fazendo as coisas, por isso mais ou menos duas horas, 2h30.” – **E.**].

C.2.5. Transporte – Unidade de texto dos participantes relativamente ao tempo gasto nas deslocações para o seu local de trabalho [Habitualmente, quanto tempo gasta por dia em transportes? – **ENT.**] [“Se vier para aqui, 40 minutos. Se for para (local) é que é mais, uma hora, uma hora e tal. Mas são coisas diferentes, porque 40 minutos são de metro e ou venho a ler, mas quando vou para (local) vou a conduzir e é mais chato. É diferente.” – **E.**].

4ª Categoria – D. Saúde e Trabalho

Esta quarta grande categoria inclui todas as perceções que os participantes verbalizam relativamente à sua saúde e ao seu trabalho, nomeadamente no que diz respeito aos acidentes trabalho e a doenças profissionais, e ainda informações que os participantes consideram ter relativamente aos riscos profissionais a que estão expostos.

D.1. Acidentes de trabalho e doenças profissionais

A subcategoria *Acidente de trabalho e doenças profissionais* foi dividida em duas categorias de segunda ordem:

D.1.1. Acidentes de trabalho – Verbalizações dos participantes referentes a acidentes de trabalho [Já teve um acidente de trabalho? – **ENT.**] [“Já (...) uma foi queda, queda com fratura, picada por agulhas, essa foi para aí umas três vezes, foi no bloco operatório. E devido à manipulação de doentes, também já tive uma fatura.” – **F.**].

D.1.2. Doenças profissionais – Dados dos participantes relativas a doenças profissionais.

D.2. Riscos profissionais

Da subcategoria *Riscos Profissionais* emergiram três categorias de segunda ordem:

D.2.1. Informação disponível – Verbalizações referentes à informação que os participantes têm sobre os riscos profissionais a que estão expostos na sua atividade profissional [Considera ter informação sobre os riscos consequentes do seu trabalho? – **ENT.** “Sim, porque nós trabalhamos com radiação, e temos formação em proteção radiológica. Bastante informação.” – **C.**].

D.2.2. Preocupação da organização – Discursos dos participantes relativas a doenças profissionais.

D.2.3. Equipamento de proteção – Unidades de texto dos participantes relativas a doenças profissionais.

O esforço de identificar e descrever o sistema de categorias, anteriormente desenvolvido, visa apoiar a compreensão da mobilização dessas categorias na resposta às questões de investigação.

2 – Resposta às questões de investigação

O presente estudo procurou compreender como é que os profissionais de radioterapia avaliam as suas condições de trabalho, a perceção que têm relativamente ao seu estado de saúde, e, por último, procurou entender que tipo de relação estabelecem entre a sua saúde e o seu trabalho.

Nesta etapa, serão destacados os resultados que se revelaram mais expressivos de forma a responder às questões de investigação e aos objetivos do estudo, identificados anteriormente. Sempre que pertinente, recorreu-se às verbalizações dos participantes e tabelas com o objetivo de traduzir de forma mais evidente e clara o resultado da análise dos dados.

2.1 – Que relação estabelecem os profissionais de radioterapia entre a sua saúde e o seu trabalho?

Tabela 3.

Modo como o trabalho afeta a saúde dos profissionais

Opções	Afirmações
Nada	5
Pouco	2
Moderado	1
Bastante	1
Muito	0

Como apresentado na Tabela 3, a maioria dos participantes afirma que o seu trabalho não afeta em “nada” a sua saúde, apenas um participante afirma que a realização do seu trabalho afeta “bastante”. Estes valores divergem da literatura que aponta o trabalho como sendo, muitas vezes, a causa da degradação da saúde dos indivíduos (Costa & Santos, 2013).

Torna-se ainda mais curioso o facto de quando apresentada aos participantes uma lista de problemas de saúde que podem ter como origem o seu trabalho, os participantes afirmam que alguns dos problemas de saúde que apresentam podem ter surgido ou tiveram um agravamento devido ao exercício da sua atividade profissional (Ver Tabela 4).

Tabela 4.*Problemas de saúde assinalados pelos participantes*

Problemas de saúde	N.A¹¹.	C.T¹².	A.T¹³.	N.R. T.¹⁴
Problemas de visão	3	0	2	1
Problemas de voz	1	0	0	1
Problemas de pele	1	0	1	0
Problemas respiratórios	2	0	1	1
Problemas músculo-esqueléticos	5	2	1	2
Problemas digestivos	1	0	0	1
Problemas de hipertensão arterial	1	0	0	0
Problemas cardíacos	1	0	0	1
Dores de costas	5	1	2	2
Dores de cabeça	1	0	1	0
Dores de estômago	1	0	0	1
Dores musculares crônicas	1	0	1	0
Varizes	3	1	1	1
Adormecimento dos membros	2	1	0	1
Alergias	3	0	0	3
Problemas nervosos	2	0	1	1
Problemas de sono	1	0	0	1

¹¹ N.A. – Número de afirmações¹² C.T. – Problemas de saúde causados pelo trabalho¹³ A.T. – Problemas de saúde agravados ou acelerados pelo trabalho¹⁴ N.R.T. – Problemas de saúde sem relação com o trabalho

Apesar da maioria dos participantes afirmar que o seu trabalho não afeta a sua saúde, apontam o trabalho como sendo a origem de diversos problemas de saúde, como, problemas músculo-esqueléticos, dores de costas, varizes e adormecimento dos membros, como apresentado na Tabela 4. Os participantes consideram ainda o seu trabalho como um fator de aceleração/ agravamento dos seus problemas de visão, problemas músculos-esqueléticos, dores de costas, problemas respiratórios, problemas de pele, problemas de hipertensão arterial, dores de cabeça, dores musculares crónicas, varizes e problemas nervosos. Esta discrepância dos resultados vai de encontro com o que afirma Barros-Duarte (2003) que, apesar de uma grande parte dos trabalhadores estar exposto a riscos profissionais, a sua saúde é aceitável já que não reconhecem grandes patologias.

Relativamente às doenças profissionais, nenhum dos participantes tem diagnosticada uma doença profissional. Quanto a acidentes de trabalho, um dos participantes afirma que já teve mais do que um acidente de trabalho [“uma foi queda, queda com fratura, picada por agulhas, essa foi para aí umas três vezes, foi no bloco operatório. E devido à manipulação de doentes, também já tive uma fratura” – F.].

2.2 – Qual a perceção que os profissionais de radioterapia têm relativamente ao seu estado de saúde?

Os resultados a seguir apresentados dizem respeito ao grupo VII – A minha saúde e o meu bem-estar. Este grupo é baseado no Perfil de Saúde Nottingham – Versão Portuguesa, Centro de Estudos e Investigação em Saúde de 1997, sendo constituídos por 38 itens. Neste grupo os participantes indicaram os itens que melhor se adequam a si (Ver Tabela 5) e num segundo momento identificaram os que estavam relacionados com a sua atividade profissional.

Tabela 5.
Problemas apresentados no dia-a-dia

Perfil de Nottingham	N.A¹⁵.	R.T¹⁶.	N.R. T.¹⁷
Estou sempre cansado	5	2	3
Tenho dores durante a noite	1	0	1
Tudo me desanima	1	0	1
Já não sei o que é sentir-me bem com a vida	1	0	1
Sinto-me nervoso, tenso	3	1	2
Tenho dores quando mudo de posição	2	1	1
Sinto-me só	1	0	1
Tenho dificuldade em baixar-me	1	0	1
Tenho dificuldade em subir ou descer degraus	1	0	1
Tenho dores ao andar	1	1	0
Ultimamente perco a paciência com facilidade	2	2	0
Passo a maior parte da noite acordado	2	0	2
Tenho dores quando estou a pé	1	1	0
Estou a ficar sem forças	3	2	1
As dores não me largam	1	1	0
Levo muito tempo a adormecer	1	0	1
Acordo muito cedo e tenho dificuldade em voltar adormecer	1	0	1

¹⁵ N.A. – Número de afirmações

¹⁶ R.T. – Relacionados com o trabalho

¹⁷ N.R.T. – Não está relacionada como trabalho

Através da leitura da Tabela 5 verifica-se que, os itens com maior frequência foram “Estou sempre cansado” sendo que dois dos participantes afirmam que se deve ao trabalho e os restantes três afirmam não ter qualquer tipo de ligação com o trabalho. O item “sinto-me nervoso, tenso” foi apontado por dois dos participantes como não tendo ligação com o trabalho e um participante afirmou que se sente nervoso e tenso devido ao exercício da sua atividade. Outro item que importa referir é “estou a ficar sem forças” que é mencionado por três participantes dos quais, dois participantes afirmaram que este sentimento é fruto do exercício da sua atividade.

Estes dados tornam-se reveladores de um declínio das capacidades físicas dos trabalhadores fruto da sua atividade, este processo de envelhecimento pelo trabalho pode estar relacionado com a exposição a determinados constrangimentos e a forma como o trabalho está organizado, podendo muitas vezes originar sequelas que irão influenciar no processo de envelhecimento do indivíduo (Barros-Duarte, 2003).

2.3 – Como é que os profissionais de radioterapia avaliam as suas condições de trabalho?

A saúde dos trabalhadores pode ser afetada quer a curto prazo, quer a longo prazo devido às características das condições de trabalho a que está exposto (Freitas, 2011).

Relativamente à forma como os profissionais de radioterapia avaliam as suas condições de trabalho, um dado que ressalta é o facto de apenas dois participantes mencionarem a exposição a radiações ionizantes [“Sim, sim, isso sim. Quem trabalha com medicina nuclear.” – C.] e [“Sim, isso sim estamos todos. Nós entramos dentro do aparelho e portanto estamos expostos. Estamos sujeitos não é!” – B.]. Segundo Carpinha (2009), é no setor da saúde que os profissionais têm um maior risco de exposição às radiações ionizantes. O facto dos restantes profissionais afirmarem que não estão expostos [“Não! Aqui não estamos expostos a radiações.” – A.] pode explicar-se devido à monitorização e acompanhamento que estes profissionais têm por parte da organização, “através da leitura dos dosímetros de monitorização a nível individual” (Carapinha, 2009), [“A radiações... é assim, estamos expostos num ambiente onde há radiações, não é? Mas não estamos digamos assim expostos a radiações efetivas, porque os nossos dosímetros dão zero! Mas estamos num ambiente que se trabalha com radiações. Mas o dosímetro dá zero” – D.]. Esta verbalização do trabalhador revela um sentimento de confiança relativamente à monitorização e à leitura dos níveis de exposição às radiações ionizantes a que estes profissionais estão expostos. O que contrasta com o que Carapinha (2009) afirma quando diz que os profissionais expostos a radiações ionizantes, por vezes sentem desconfianças e incertezas no que respeita às leituras dos valores efetuadas pelos dosímetros.

Decorrentes das exigências da sua atividade profissional, estes profissionais deparam-se muitas vezes com constrangimentos quer físicos, quer ergonómicos, quer ainda com fatores psicossociais e psicológicos (Freitas, 2011).

Relativamente à exposição a fatores ergonómicos (posturas penosas, movimentos repetitivos) torna-se visível, neste estudo que estes profissionais adotam por vezes posturas penosas no exercício da sua atividade [Às vezes sim, mas tentamos sempre corrigir, até porque faz mal à coluna, não é. Temos de ter sempre muito cuidado, porque senão chegamos ao fim do dia com dores na coluna. – **A.**]. No que diz respeito aos esforços físicos intensos, as opiniões os profissionais divergem, por um lado temos profissionais que fazem esforços físicos, nomeadamente no posicionamento dos doentes [“Faço, faço! Com os doentes por exemplo.” – **B.**] e, temos profissionais que afirmam fazer esforços físicos pontualmente, [“Não. Por rotina não. Pontuais sim. Por exemplo, um doente que cai aqui no chão, nós temos de levantar, um doente que tem uma crise convulsiva e que temos de agarrar. Pontualmente faço esforços ao ponto de causar problemas graves sim, mas é pontualmente. O meu trabalho em si não exige esforço físico, só quando acontecem situações assim”. – **F.**].

No que se refere à exposição a fatores físicos, a iluminação do espaço de trabalho foi referido por um dos participantes como um constrangimento no exercício da sua atividade [“(…) as salas são péssimas! (...) Sim. E muito. Principalmente para os canhotos. As luzes estão todas feitas para os destros e a luz vem do lado errado da mão e não consigo ver nada! Mas é uma coisa que tem a ver comigo e não com as instalações. A maior parte dos departamentos de radioterapia ficam nas caves, sem luz natural. E aqui, por acaso temos muita sorte, porque temos luz. Eu só não gosto muito é da luz por trás, porque no computador não dá muito jeito”. – **C.**].

As deslocações profissionais que estes profissionais têm de fazer, fruto do exercício da sua atividade profissional, são ainda apontadas como elementos penalizadores da atividade [“Sim todos os dias (...) Sim! Bastante incómodo físico. Porque psicologicamente não me causa nenhum incómodo, sou uma pessoa que adoro aquilo que faço, nem me conseguia imaginar a fazer outra coisa. Portanto o facto de ir para (local) hoje, ir para (local) amanhã, ontem fui para (local), à tarde vim para cá e ao fim da tarde foi para a (local) e à noite fui para o Hospital (...). E portanto, psicologicamente está tudo bem, estava toda contente, o problema é só físico. O desgaste físico, o cansaço.” – **F.**].

Resultantes dos novos fatores de risco, segundo Freitas (2011) devem ser tidos em conta os riscos procedentes da intensificação do trabalho, do ritmo do trabalho, das consequências resultantes das lesões músculo-esqueléticas; o risco psicossocial, resultante da pressão psicológica, da violência no local de trabalho, do assédio moral ou sexual, do *stress* ocupacional que podem incitar danos graves para a saúde dos trabalhadores.

No setor da radioterapia, estes profissionais afirmam que, por vezes têm momentos de hipersolicitação [“Sim. Tem tem é verdade. Mesmo durante uma semana isso nota-se. Há dias onde tenho muito trabalho e outros dias que tenho muito pouco trabalho.” – **C.**]. Afirmam ainda estar expostos a agressões por parte dos doentes, apesar de nunca se ter registado nenhum tipo de

acontecimento [“Sim, estamos expostos, não quer dizer que aconteça.” – **B.**]. Contudo um dos participantes revelou já ter sido alvo de agressão quer por parte de colegas quer por parte dos próprios doentes noutra estabelecimento de saúde e no setor de radioterapia [“Aqui nem tanto, mas já passei muito por isso. Quando estive no Hospital (...), quando estive no (...), isso era diário. A agressão verbal era constante, insultarem-me, por partes dos colegas. Fundamentalmente por parte dos colegas. Um ou dois colegas, claro que não eram todos. No (...), nas urgências aí partia-se mesmo para a agressão física, no caso dos doentes. (...) Causava bastante incómodo, até porque na altura eu era nova. E valorizava muito algumas coisas que agora não valorizo rigorosamente nada. Mas na altura quando comecei a fazer o serviço de urgências. Depois não eram só agressivos, também apanhavam uma pessoa novinha pela frente e também tentavam, aquela discriminação ligada à idade. Mas não era uma coisa constante. Sei lá era uma vez por mês e sempre que acontecia ficávamos... Lembro-me perfeitamente uma vez que estava a atender uma pessoa e passado algum tempo entrou um senhor com uma espingarda em ponho, apontou-me à cabeça e perguntou se a filha estava a ser bem tratada. E eu disse que sim. Fiquei a pensar o que teria acontecido se eu dissesse que não. Percebe?! É por aí. Não é preciso acontecer muitas vezes, mas basta acontecer uma de 6 em 6 meses para ser suficiente.” – **F.**]

Estes resultados tornam visível a exposição dos profissionais a fatores físicos (radiações ionizantes, condições de iluminação), fatores ergonómicos (posturas penosas, gestos repetitivos) e fatores psicossociais (ritmos de trabalho, organização do trabalho) que vão ao encontro do que nos afirma Freitas (2011) que, esta exposição dos profissionais podem resultar em lesões ou em cansaço para os trabalhadores quer a curto ou longo prazo.

Parte IV – Conclusões

Este estudo exploratório surge como um contributo para o despertar para a necessidade de uma análise das condições de trabalho e de saúde no setor da radioterapia, com particular interesse no contexto português, dada a escassez de conhecimento científico no domínio.

Com a concretização desta investigação conclui-se que a maioria dos profissionais de radioterapia que participaram no estudo não reconhece a sua exposição às radiações ionizantes como algo negativo para a sua saúde. Assim, seria pertinente a elaboração de futuras investigações neste domínio com o objetivo de perceber o motivo que leva estes profissionais a desconsiderarem o fato de estarem expostos a este tipo de radiações como nos indica a literatura.

No que diz respeito à relação que estes profissionais estabelecem entre o seu trabalho e a sua saúde, não é possível concluir, através das verbalizações dos profissionais, com exatidão que o trabalho destes profissionais afete diretamente a sua saúde. Se, por um lado, os profissionais afirmam que o seu trabalho não afeta “nada” a sua saúde, por outro afirma deter problemas de saúde que tiveram origem ou foram agravados pelo trabalho. Neste ponto, podemos associar problemas músculo-esqueléticos, dores de costas, varizes e adormecimento dos membros como resultado da atividade que executam estes profissionais. Contudo, esta discrepância entre a relação entre a saúde e o trabalho e os problemas de saúde com origem no trabalho pode ser explicada devido ao estado de saúde atual destes profissionais ser satisfatório, não apresentado grandes patologias.

Outra conclusão que se extrai deste estudo é o desgaste quer físico quer psicológico que a atividade de radioterapia representa para estes profissionais. Este facto torna-se observável nomeadamente nos dados relativos ao Perfil de Nottingham onde são apontados itens como “estou sempre cansado”, “estou a ficar sem força” e “sinto-me nervoso, tenso”. Estes dados revelam uma declinação nas capacidades físicas dos trabalhadores, fruto da exposição a determinados constrangimentos associados à sua atividade profissional.

Relativamente às condições de trabalho dos profissionais, apesar de a literatura nos remeter para a exposição destes profissionais às radiações ionizantes, a maioria dos participantes desvaloriza essa exposição. Torna-se relevante, em futuras investigações, perceber o motivo desta desvalorização, se se trata de não conhecimento da sua exposição ou de uma desvalorização em resultado ao seu estado de saúde ser satisfatório.

Concluimos ainda que, em geral, estes trabalhadores avaliam as suas condições de trabalho como sendo satisfatórias, focando características pontuais como, as posturas penosas, os esforços intensos, as deslocações profissionais como elementos penalizadores da sua atividade profissional. Relativamente à exposição a algum tipo de agressão por parte dos colegas ou dos doentes, na instituição onde se realizou o estudo, apesar dos profissionais reconhecerem que existe esse risco, uma vez que lidam diariamente com os doentes, não foram assinalados casos de agressões aos

profissionais. Todavia, seria pertinente como futuras investigações comparar o risco a que os profissionais de radioterapia se encontram expostos no setor público e no setor privado.

Relativamente às limitações que se reconhecem nesta investigação, destaca-se, antes de mais, a não restituição e a validação de todos os conteúdos de entrevista enviados aos participantes. Esta etapa, para além de um princípio metodológico importante, poderia ter um papel importante (e, possivelmente, de intervenção) na confrontação do trabalhador com o seu discurso e experiência. Apesar de esta investigação ter sido conduzida pelo acesso ao ponto de vista dos atores, os trabalhadores, considera-se que um conhecimento mais sólido poderia ter sido desenvolvido se a construção de conhecimento fosse complementada com a análise do trabalho. Reunir-se-iam, assim, diferentes elementos para uma outra análise da atividade e das relações entre trabalho e saúde no setor da radioterapia.

Referências Bibliográficas

Almeida, L., & Freire, T. (2008). *Metodologias de Investigação em Psicologia e Educação* (5ª Ed.) Braga: Psiquilíbrios.

Art-Radioterapia (2014). Acedido em 12 de março de 2014, consultado em <http://www.art-radioterapia.org>.

ATARP (2014). Acedido em 12 de março de 2014, consultado em <http://www.atarp.pt>.

Bardin, L. (2010). *A análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Barros-Duarte, C. (2003). *Entre o local e o global: processos de regulação para a preservação da saúde no trabalho*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto.

Barros-Duarte, C., Cunha, L., & Lacomblez, M. (2007). INSAT: uma proposta metodológica para análise dos efeitos das condições de trabalho sobre a saúde. *Laboreal*, 3(2), 54-62.

Barros-Duarte, C., & Cunha, L. (2010). INSAT 2010 – Inquérito Saúde e Trabalho: outras questões, novas relações. *Laboreal*, 6(2), 19-26.

Carapinha, M. (2009). *Exposição de profissionais de saúde a radiações ionizantes*. Universidade Nova de Lisboa.

Darses, F., & Falzon, P. (1996). La conception collective: une approche de l'ergonomie cognitive. In G. de Terssac, & E. Friedberg (Eds.), *Coopération et conception* (pp.123-135). Toulouse: Octarès.

Decreto-Lei 222/2008, de 17 de novembro. *Diário da República, nº 223/08 – I Série*. Assembleia da República. Lisboa.

Decreto Regulamentar 76/2007, de 17 de julho. *Diário da República, nº 136/07 – I Série*.

EU-OSHA (2012). *Liderança dos gestores e participação dos trabalhadores na segurança e saúde no trabalho*. Guia da campanha: Locais de trabalho seguros e saudáveis.

Freitas, L. (2011). *Manual de segurança e Saúde do Trabalho* (2ª Ed). Lisboa: Edições Sílabo.

Mack, N., Woodson, C., MacQueen, K., Guest, G., & Namey, E. (2005). *Qualitative research methods: a data collector's field guide*. Research Triangle Park, North Carolina: Family Health International.

Matos, R. (2008). *Vidas raras de mulheres comuns. Percursos de vida, significações do crime e construção da identidade em jovens reclusas*. Coimbra: Edições Almedina.

Nascimento, A., & Falzon, P. (2009). Produire la santé, produire la sécurité: récupérations et compromis dans le risque des manipulatrices en radiothérapie. *Activites* 6(2), 3-23.

Projet EVREST (2007). *Évolution et Relations en Santé du Travail*. European Aeronautic Defense Space Company. Retirado em dezembro, 2, 2013 de <http://www.orshn.fr/NosTravaux/Etudes/rapportpdf/2010/EVREST/RapportEvrestHN2010.pdf>

Ramos, S., & Lacomblez, M. (2005). Envelhecimento, trabalho e cognição: 80 anos de investigação. *Laboreal*, 1(1), 52-60.

Ribeiro, L., Gomes, A.R., & Silva, M. (2010). *Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros a exercerem em contexto hospitalar*. Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, 1494-1508.

UGT (2014). Compilação de dados estatísticos sobre sinistralidade laboral e doenças profissionais em Portugal. Acedido em 6 de maio de 2014, consultado em http://www.ugt.pt/SST_CompilacaoDadosEstatisticos_13_01_2014.pdf.

Vasconcelos, R. (2008). *O papel do psicólogo do trabalho e a tripolaridade dinâmica dos processos de transformação: contributos para a promoção da segurança e saúde no trabalho*. Tese Doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto.

Yilmaz, E. (2006). *Pénibilité du travail: évaluation statistique*. Paris: Centre d'Etudes de l'Émloi.

ANEXOS

ANEXO 1 – PEDIDO DE COLABORAÇÃO À ORGANIZAÇÃO



CATÓLICA PORTO
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

Porto, 16 julho de 2013.

Assunto: **Pedido de Colaboração em Investigação.**

No âmbito da realização de duas dissertações de Mestrado em Psicologia, com especialização em Psicologia do Trabalho e das Organizações, na Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa, as estudantes Nanci Carvalho e Tânia Poças, orientadas pela Professora Joana Fernandes, emitem este documento com a finalidade de solicitar a participação **XXX.**, nos projetos de investigação que irão desenvolver no domínio do Trabalho em Radioterapia.

As duas pesquisas têm como objetivo geral aumentar a compreensão sobre a atividade desenvolvida na área de Radioterapia. Relativamente aos objetivos específicos almeja-se, através destes estudos: conhecer e analisar a estrutura organizacional da unidade de radioterapia, as dinâmicas dos seus profissionais, e os tipos de profissionais envolvidos no processo radioterapêutico e as decisões tomadas no decorrer do mesmo; compreender como é que os profissionais de radioterapia avaliam as suas condições de trabalho; compreender a perceção dos profissionais de radioterapia sobre o seu estado de saúde e entender que tipos de relação, estes profissionais estabelecem entre a sua saúde e o seu trabalho.

Os instrumentos de recolha de dados a utilizar serão: o **Instrumento de análise para Estudos de Caso [IAEC]** (Barros, Cunha, Lacomblez, & Ramos, 2001); uma **grelha de observação** – permitindo a recolha de dados através da observação da atividade desenvolvida pelos profissionais; **guião de entrevista individual** e um **guião de entrevista de grupo** – de forma a recolher-se informação relevante para um conhecimento pormenorizado desta atividade. Numa das investigações será utilizado o **Inquérito Saúde e Trabalho [INSAT_2010]** (Barros, Cunha, & Lacomblez, 2010),

este tem como principal objetivo analisar as consequências e as condições de trabalho, quer atuais quer passadas, no que respeita à saúde e bem-estar dos trabalhadores.

De referir e salientar que ao longo de toda a pesquisa o anonimato, assim como, a confidencialidade, dos participantes e da organização serão mantidos.

A recolha de dados deveria ser desenvolvida entre os meses de setembro e dezembro, sendo garantido um total ajustamento aos horários e ritmos de funcionamento da Vossa organização.

A participação da Vossa organização seria de grande relevância para o alcance dos objetivos destas investigações e para o alargamento e aprofundamento do conhecimento acerca do trabalho em Radioterapia.

Agradecemos, antecipadamente, a atenção que possam dispensar a este pedido.

Com os melhores cumprimentos,

Encontramo-nos ao dispor para qualquer dúvida adicional, através dos seguintes contactos:

(Contactos dos elementos do grupo de investigação)

ANEXO 2 – CONSENTIMENTO INFORMADO DOS PARTICIPANTES



CATÓLICA PORTO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

Consentimento informado

“O Trabalho em Radioterapia: relação entre trabalho e a saúde”

Este trabalho enquadra-se num projeto de investigação sobre radioterapia tendo como objetivos: compreender como é que os profissionais de radioterapia avaliam as suas condições de trabalho, como percebem o seu estado de saúde; e que tipo de relação estabelecem entre a sua saúde e o seu trabalho.

Neste sentido, será realizada uma entrevista individual gravada em registo áudio, com o preenchimento de um Inquérito designado por INSAT 2010 – Instrumento de Saúde e do Trabalho (Barros-Duarte, C., Cunha, L., & Lacomblez, M., 2010).

Toda a informação obtida será mantida em anonimato e confidencialidade. Esta investigação será supervisionada pela docente da Faculdade de Educação e Psicologia, Professora Joana Fernandes.

Para qualquer dúvida pode contactar:

(Contacto do investigador)

✂-----

Fui informado/a e compreendi os objetivos e o procedimento do estudo e aceito participar, consentido que os dados sejam apresentados de forma completamente anónima e confidencial em apresentações públicas, congressos científicos e publicações.

Data: ____/____/____

Assinatura do participante

ANEXO 3 – Grelha de categorias

Categoria	Primeira Ordem	Segunda Ordem	Verbalizações dos participantes
<p>A. Características da atividade</p>	<p>A.1. – Contacto com o público</p>	<p>A.1.1. – Contacto direto</p>	<p>A. – “ Sim muito. A nível de consultas sim.” F. – “Sim!”</p>
		<p>A.1.2. – Desgaste emocional</p>	<p>B. – “Sim. Causa algum se calhar na altura, no momento. Mas isto é a nossa vida, é o que fazemos. E estamos aqui para os ajudar.”</p>
		<p>A.1.3. – Tensão nas relações</p>	<p>B. – “Sim. Mas isso contorna-se.” F. – “(...) Temos de tentar ir de acordo como doente (...) adapto-me ao feitio da pessoa. Portanto eu tento adaptar-me ao feitio, não são eles que têm de se adaptar a mim.”</p>
	<p>A.2. – Realização da atividade</p>	<p>A.2.1. – Acompanhamento</p>	<p>A. – “Não. Tenho mais uma colega.” F. – “Não. Quer dizer, posso estar sozinha na consulta, mas é um trabalho fundamentalmente de equipa.”</p>
		<p>A.2.2. – Complexidade</p>	<p>A. – “Tem o seu grau de complexidade, não é.” F. – “Sim, é um pouco complexo.”</p>
		<p>A.2.3. – Criatividade</p>	<p>B. – “Não.” F. – “Não!”</p>
			<p>D. – “Sim, aqui às vezes a parte de enfermagem tem de dar um bocadinho asas à sua imaginação para ultrapassar algumas limitações dos doentes.”</p>

		A.2.4. – Deslocações profissionais	<p>D. – “Faço deslocações daqui para Braga.”</p> <p>F. – “Sim. Todos os dias.”</p> <p>I. – “Não. Aliás a minha situação neste momento, eu estou mais na (...), e venho aqui raras vezes.”</p> <p>B. – “Não. É claro que preferia estar sempre no mesmo sítio. É lógico. Mas nós tempos de ir a Braga, temos de ir ao Carmo. É diferente do que estar no mesmo sítio.”</p>
		A.2.5. – Hipersolicitação	<p>D. – “Há picos. Não muito frequentes mas há picos.”</p> <p>C. – “Sim. Tem te, é verdade. Mesmo durante uma semana isso nota-se. Há dias onde tenho muito trabalho e outros dias que tenho muito pouco trabalho.”</p>
		A.2.6. – Isolada	D. – “ Sempre não.”
		A.2.7. – Liberdade	<p>A. – “Não não. É uma questão de ir almoçar mais tarde um bocadinho.”</p> <p>G. – “não salto a refeição, posso é comer mais tarde.”</p>
		A.2.8. – Mudanças permanentes	<p>F. – “Permanentes não. Por vezes sim.”</p> <p>G. – “Temos de nos adaptar, mas não é frequente. Acontece de x em x anos, porque estes aparelhos são caríssimos e não se compram de um dia para o outro.”</p>
		A.2.9. – Resolução de problemas	A. - “Sem ajuda de m superior não. Temos sempre a ajuda de um superior. Temos de ter sempre esse suporte.”

		A.2.10. – Trabalho de equipa	C. - “Sim. Trabalho de equipa!”	
		A.2.11. – Variado	G. - “Excessivamente não. Mas é variado.”	
	A.3. – Reconhecimento da atividade	A.3.1. – Colegas	A. – “Eu acho que é bastante reconhecido.” C. – “Não. E causa-me incómodo! Não deixo de dormir por causa disso, mas causa-me incómodo.”	
		A.3.2. – Chefias	C. – “Eu acho que uma parte das chefias reconhece, a outra parte não reconhece. E causa-me incomodo.” A. – “(...) acho que eles reconhecem o meu trabalho.”	
	B. Condições de Trabalho	B.1. – Exposição dos trabalhadores	B.1.1. – Discriminação	A. – “Não. Não não. Aqui não.” C. – “Não. Quer dizer às vezes quando somos mais novos pode existir. Porque quando somos mais novos as pessoas têm tendência a ouvir-nos menos. Mas não é o caso.”
			B.1.2. – Fatores ergonómicos	A. – “(...) A não ser o computador. Ao nível do computador, por exemplo a utilizar o rato. É como o que nós trabalhamos, é a nossa ferramenta de trabalho o computador.”
B.1.3. – Fatores físicos			C. – “Sim, sim. Isso sim. Quem trabalha com medicina nuclear.” C.- “Sim. E muito. Principalmente para os canhotos. As luzes estão todas feitas para os destros e a luz vem do lado errado da mão e não consigo ver nada! Mas é uma coisa que tem a ver comigo e não com as instalações. A maior parte dos departamentos de radioterapia ficam nas caves, sem luz	

			natural. E aqui, por acaso temos muita sorte, porque temos luz. Eu só não gosto muito é da luz por trás, porque no computador não dá muito jeito.”
		B.1.4. – Fatores Psicossociais	<p>A. – Não temos. É assim, nós temos sempre, quando vem um doente, por exemplo, pela primeira vez, nós temos sempre que fazer o processo do doente e encaminhá-lo para a consulta. Mas não é aquele tempo imposto.</p> <p>F. - “Sim, às vezes temos de fazer várias coisas ao mesmo tempo! Mas isso é coisa de mulher”</p>
		B.1.5. – Fatores Químicos	<p>A. – “Não.”</p> <p>F. – “Não.”</p>
		B.1.6. – Riscos Psicossociais (categorias de 3.ª ordem: B.1.6.1. – Clientes e B.1.6.2.– Colegas)	<p>B.1.6.1. – Clientes F. – “ (...) No hospital (...) nas urgências aí partia-se mesmo para a agressão física, no caso dos doentes.”</p> <p>B.1.6.2.– Colegas - F. – “Aqui nem tanto, mas já passei muito por isso. Quando estive no hospital (...) era diário. A agressão verbal era constante, insultarem-me, por parte dos colegas. Fundamentalmente por parte dos colegas. Um ou dois colegas.”</p>
	C.1. – Aprendizagem	C.1.1. – Formação contínua	F. – “Sim.”
C.1.2. – Imposição da organização		<p>F. – “Duas foram determinadas pela empresa (...).”</p> <p>G. – “(...) foi determinado pela empresa.”</p>	
C.1.3. – Iniciativa própria		F. – “(...) e uma fui eu própria.”	

C. Percurso Profissional	C.2. – Trabalho-família	C.1.4. – Motivo da formação	F. – “(...) o meu trabalho atual.” G. – “Por causa do meu trabalho.”
		C.2.1. – Conciliação	G. – “Consigo conciliar, mas causa-me bastante incómodo.” A. – “Consigo sempre. (...) não, nenhum incómodo.”
		C.2.2. – Constrangimentos	I. “Não. Trabalho à semana e descanso ao fim de semana, passo as noites em casa. Já tive, quando trabalhava por turnos, a fazer noites e essas coisas era mais difícil. Neste momento acho que estou bem.”
		C.2.3. – Horários	A. – “Deitar-me a horas pouco usuais não.” C. – “Não, como não tenho horário. Não tenho aquele horário das 9h às 17h, por isso não ultrapasso. Mas por exemplo, às vezes entro às 10h, depende do trabalho que temos.”
		C.2.4. – Tarefas domésticas	E. - “Mais ou menos 2h30 (...) o meu filho é casado e tenho a minha nora em casa que também vai fazendo as coisas, por isso mais ou menos duas horas, 2h30.”
		C.2.5. – Transporte	C. - “Se vier para aqui, 40 minutos. Se for para Braga é que é mais, uma hora, uma hora e tal. Mas são coisas diferentes, porque 40 minutos são de metro e ou venho a ler, mas quando vou para Braga vou a conduzir e é mais chato. É diferente.”
	D.1. – Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais	D.1.1. – Acidentes de trabalho	F. - “Já (...) uma foi queda, queda com fratura, picada por agulhas, essa foi para aí umas três vezes, foi no bloco operatório. E devido à manipulação de doentes, também já tive uma fatura.”
		D.1.2. – Doenças Profissionais	C. – “Não!” G. – “Não.” F. – “Não.”

D. Saúde e Trabalho	D.2. – Riscos Profissionais	D.2.1. – Informação disponível	<p>C. – “Sim, porque nós trabalhamos com radiação, e temos formação em proteção radiológica. Bastante informação.”</p> <p>F. – “Sim, o máximo possível. Estou totalmente elucidada do que se passa. Já são muitos anos a trabalhar.”</p>
		D.2.2. – Preocupação da organização	<p>C. – “Tem tem. É a primeira coisa que nos dizem.”</p> <p>F. – “Sim, muito.”</p>