

Instituto Politécnico de Setúbal



Escola Superior de Ciências Empresariais

As práticas da segurança e higiene do trabalho nas estruturas residenciais para Idosos

Motivações, Dificuldades e Tendências

Rui Sérgio Fernandes Rodrigues

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau
de

MESTRE EM SEGURANÇA E HIGIENE NO TRABALHO

Orientadora: Professora Doutora Glória Antunes

Setúbal 2011

Folha intencionalmente deixada em branco

AGRADECIMENTOS

A todos que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização desta tese de mestrado.

Da Professora Doutora Maria da Glória Pereira Antunes pela orientação e apoios prestados, à Escola Superior de Tecnologia de Setúbal (ESTS) e à Escola Superior de Ciências Empresariais (ESCE), ambas do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS), pelos apoios concedidos.

Às instituições sociais para as pessoas idosas e aos seus colaboradores, que fizeram parte da minha amostra, pelo abrir de portas à realização deste estudo.

À minha família, Adriana e Afonso, aos meus Pais e Sogra¹ que entenderam e apoiaram a realização deste projeto.

¹ Em memória do meu Sogro

A segurança dos outros começa em cada um de nós².

² UGT (2011). Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho, da União Geral de Trabalhadores, <http://sst-ugt.blogspot.com/2011/09/onde-comeca-seguranca.html>

Resumo

Neste estudo pretendeu-se averiguar a forma como as práticas da segurança e higiene no trabalho nas Estruturas Residenciais para pessoas idosas são percecionadas pelos seus gestores e colaboradores. Para responder a esta questão, elaboramos um Questionário destinado aos colaboradores de 4 instituições (Lucrativas e Não lucrativas), tendo-se obtido uma amostra constituída por 51 respondentes.

Foi efetuada uma análise da consistência interna e da validade do Questionário com base em oito questões estruturadas segundo três fatores (organizacional, profissional e individual), que constituíram as oito variáveis do nosso estudo: 1 - Empenho da Gestão; 2 - Comunicação; 3 - Participação dos Colaboradores; 4 - Formação / Informações; 5 - Motivação; 6 - Observação de Procedimentos de Segurança; 7 - Organização da Aprendizagem e Mudança organizativa e 8 - Gestão da transição. Destas variáveis foi possível efetuar-se o levantamento das perceções dos colaboradores relativa à cultura da segurança nas instituições e do seu contributo na prevenção de incidentes.

Da análise das respostas confirmou-se que os colaboradores reconheciam a existência de perigos no desempenho das suas funções, e alguns afirmaram não saber quais os comportamentos e posturas adequadas para determinadas situações de trabalho. Sentiam que a formação em segurança era fundamental para se sentirem confiantes para relatarem atos inseguros e deste modo evitarem-se recorrências.

Concluiu -se que não existiam diferenças significativas de atuação ao nível da segurança entre os gestores e trabalhadores, independentemente da idade, sexo, habilitações literárias, antiguidade na organização e antiguidade na função, bem como nas diferentes entidades lucrativas e não lucrativas.

A falta de Formação dos funcionários e da capacidade de Liderança da gestão foram referidos como os principais obstáculos na eliminação das dificuldades na compreensão e monitorização dos perigos e dos riscos identificados.

A Comunicação e Participação dos Colaboradores são as variáveis que evidenciaram fortes motivações para o cumprimento da legislação e para as práticas de comportamentos seguros

A tendência atual nestas instituições orienta para a implementação de sistemas da segurança consistentes com o referencial normativo OHSAS 18001:2007/NP 4397:2008 - requisitos de sistema da segurança e saúde no trabalho, encontrando-se os gestores motivados para a sua concretização.

Abstract

This study aimed to investigate how the practices of occupational health and safety in Residential Structures for the elderly are perceived by their managers and employees. To answer this question, we developed a Questionnaire for employees of 4 institutions (profit and non-profit), and we had got a sample of 51 respondents.

It was performed an analysis of internal consistency and validity of the Questionnaire based on eight questions structured according to three factors (organizational, professional and individual), which constituted the eight variables in our study: 1 - Management Commitment 2 - Communication, 3 - Participation of Employees 4 - Training / Information; 5 - Motivation, 6 - Observation of Safety Procedures; 7 - Organization of Learning and Organisational Change and 8 - Managing the transition. These variables allowed the acknowledgement of the colaboradores perceptions on the safety culture in the institutions and their contribution in preventing incidents.

The analysis of the answers confirmed that the employees recognized the existence of hazards in the performance of their activities, and some said they did not know what behaviors and attitudes appropriate for certain work situations. They felt that safety training was essential in order to feel confident to report unsafe acts and thus to avoid recurrence.

It was concluded that there were no significant differences in safety performance between managers and workers, regardless of age, sex, qualifications, seniority in the organization and function, as well as in various nonprofit and profit entities.

The lack of training of employees and the leadership skills of management were referred to as the main obstacles in the elimination of the difficulties in understanding and monitoring of hazards and risks identified.

The Employee Communication and Participation are the variables that showed strong motivations for compliance with legislation and practices for safe behaviors.

The current trend in these institutions is towards the implementation of safety systems consistent with the standard OHSAS 18001:2007 / NP 4397:2008 - requirements of occupational health and safety management systems, with managers motivated to achieve them.

ÍNDICE

1.	INTRODUÇÃO	1
1.1	A problemática	1
1.2	Objetivos	3
1.3	Relevância	3
1.4	Metodologia	4
1.5	Organização da Dissertação	6
2.	INSTITUIÇÕES SOCIAIS E AS POLITICAS PARA O SETOR	7
2.1	Enquadramento das organizações da área social	9
2.2	O envelhecimento ativo	10
2.3	Equipamentos sociais	12
2.4	Políticas europeias para as pessoas idosas	16
2.5	A governação no sector social	18
2.6	Gestão da qualidade das respostas sociais	20
3.	A SEGURANÇA NAS ESTRUTURAS RESIDENCIAIS PARA IDOSOS	25
3.1	Gestão da segurança e saúde no trabalho	26
3.2	Igualdade do género	29
3.3	Identificação dos riscos profissionais	31
3.4	Acidentes de trabalho	35
3.5	Perceção dos utentes	37

4.	DESENVOLVIMENTO DO QUESTIONÁRIO	41
4.1	Abordagem - Kit fatores humanos	41
4.2	Cultura de Segurança	43
4.3	Construção do Questionário	45
4.4	Aplicação e recolha do Questionário	47
4.5	Validade e fiabilidade do Questionário	47
5.	ANÁLISE DOS RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO	50
5.1	Caracterização global da amostra	50
5.2	Caracterização dos Inquiridos	50
5.3	Resultados das Variáveis	53
5.4	Influência de algumas dimensões socio demográficas nas Variáveis	55
6.	CONCLUSÕES E DESENVOLVIMENTOS FUTUROS	58
6.1	Conclusões gerais	58
6.2	Desenvolvimentos futuros	59
7.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60

ANEXOS

Anexo 1	Igualdade de género	78
Anexo 2	Análise de riscos - Método das matrizes compostas	80
Anexo 3	Recomendações de medidas de segurança	86
Anexo 4	Custos socioeconómicos	91
Anexo 5	Questionário sobre cultura de segurança	93
Anexo 6	Testes Fiabilidade - SPSS	97
Anexo 7	Testes ANOVA - SPSS	124

LISTA DE FIGURAS

Figura nº 2.1	Pirâmide etária da população, residente em 2010 e 2060	8
Figura nº 2.2	População residente em Portugal, 1980 – 2060 (estimativas e projeções)	10
Figura nº 2.3	Determinantes do envelhecimento ativo	11
Figura nº 2.4	Manter a capacidade funcional ao longo da vida	12
Figura nº 2.5	Distribuição das entidades proprietárias, segundo natureza jurídica - 2009	14
Figura nº 2.6	Distribuição das respostas sociais por população-alvo Continente - 2009	15
Figura nº 2.7	Evolução do investimento em serviços e equipamentos sociais 1998-2009	18
Figura nº 2.8	Marca “Resposta Social Certificada”	21
Figura nº 2.9	O Ciclo operacional Deming	23
Figura nº 3.1	Linhas orientadoras sobre SGSST: Um ciclo de melhoria contínua	26
Figura nº 3.2	Vantagens de uma boa segurança e saúde no trabalho	27
Figura nº 4.1	Cultura & ambiente de trabalho	43
Figura nº 5.1	Idade dos inquiridos	51
Figura nº 5.2	Habilitações literárias	51
Figura nº 5.3	Antiguidade na função	52
Figura nº 5.4	Antiguidade na instituição	52
Figura nº 5.5	Média das Variáveis	53
Figura nº 5.6	Média das Variáveis (Lucrativo e não lucrativo)	54
Figura nº 5.7	Média das Variáveis em função da Idade	55

LISTA DE FIGURAS (Continuação)

Figura nº 5.8	Média das Variáveis em função do Sexo	55
Figura nº 5.9	Média das Variáveis em função do setor (Lucrativo e não lucrativo)	56
Figura nº 5.10	Média das Variáveis em função das Habilitações Literárias	56
Figura nº 5.11	Média das Variáveis em função da Antiguidade na organização	57

LISTA DE QUADROS

Quadro nº 1.1	Metodologia de investigação	5
Quadro nº 3.1	Exemplo ilustrativo de casos de diferenças de género suscetíveis de afetar a SST	30
Quadro nº 4.1	Resultados das características psicométricas das derivadas da análise fatorial	48
Quadro nº 5.1	Caracterização dos inquiridos	50
Quadro nº 5.2	Estatística das Variáveis	53
Quadro nº 5.3	Estatística das Variáveis por Sector	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACT	Autoridade para as Condições de Trabalho
ANOVA	ANalysis Of VAriance (SPSS)
ANPC	Autoridade Nacional de Proteção Civil
CCIG	Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género
CITE	Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego
CNPCRP	Centro Nacional de Proteção Contra os Riscos Profissionais
DGS	Direção Geral de Saúde
EPI's	Equipamentos de Proteção Individual
HSE	Health and Safety Executive
INE	Instituto Nacional de Estatísticas
IPAC	Instituto Português de Acreditação
IPQ	Instituto Português da Qualidade
IPSS	Instituições Particulares de Solidariedade Social
ISO	International Organization for Standardization
ISS	Instituto Solidariedade Social
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy
MTSS	Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social
OHSAS	Occupational Health and Safety Assessment Series
OiRA	Projeto de ferramenta interativa de avaliação de riscos em linha
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PAII	Programa de apoio integrado a idosos
PDCA	Planificar-Desenvolver-Verificar-Ajustar (Plan-Do-Check-Act)
PILAR	Programa idosos em lar
PSLT	Promoção da saúde no local de trabalho
RAA	Região Autónoma dos Açores
RAM	Região Autónoma da Madeira
RSES	Rede de Serviços e Equipamentos Sociais
SCM	Santas Casas da Misericórdia
SGSST	Sistema de Gestão da Segurança e Saúde no Trabalho
SGQ	Sistema de Gestão da Qualidade
SHT	Segurança e Higiene no Trabalho
SPSS	Programa Statistics Package for Social Sciences
SST	Segurança e Saúde no Trabalho

Esta tese de Mestrado foi escrita ao abrigo do novo Acordo Ortográfico

1 - INTRODUÇÃO

Nos próximos 50 anos, Portugal enfrentará uma profunda transformação na sua estrutura populacional, em face do envelhecimento progressivo da população, fruto da conjugação de dois fatores: o aumento da esperança de vida e a crescente diminuição da taxa de natalidade. O envelhecimento marcado da população a que assistimos nos últimos anos tem implicações importantes para as economias europeias e Portuguesa. As pressões sobre o mercado de trabalho e sobre as medidas de proteção social requerem ajustamentos consideráveis, que passam pela promoção de políticas de envelhecimento ativo que permitam aos trabalhadores e às pessoas idosas, viverem de uma forma mais saudável e mais produtiva.

Os lares e as estruturas residenciais são hoje uma resposta eficaz para as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade que carecem de apoio e que não conseguem obter cuidados diferenciados no seu domicílio. Destas Instituições, poucas demonstram preocupação com a implementação da qualidade ao nível dos indicadores de cuidados de saúde e segurança.

Na atualidade, em que certificações de sistemas de gestão da qualidade e ambientais têm tanta importância, as medidas relativas à higiene e segurança no trabalho (SHT) tardam a ser implementados neste setor social, devendo a sua aplicação ser entendida como o melhor meio de beneficiar simultaneamente as Instituições do setor terciário e os trabalhadores na salvaguarda dos aspetos relacionados com as condições de segurança de cada posto de trabalho.

Com este trabalho pretende-se, no sector dos lares e das estruturas residenciais, analisar a realidade das práticas da segurança, identificar as principais dificuldades e das motivações subjacentes, sensibilizar para as questões da SHT e desta forma dar o nosso contributo para o desenvolvimento de uma cultura da segurança envolvendo os elementos da Gestão, Trabalhadores e dos próprios utentes, seus familiares e visitantes.

1.1 A problemática

As condições de trabalho, apesar de se assumirem, cada vez mais, como um sector estratégico para as organizações e para a sociedade, não deixam de ser uma problemática que não é encarada e orientada da mesma forma por todos os agentes sociais.

O processo social de construção das condições de trabalho conforma-se em torno de um quadro geral de desenvolvimento das atividades económicas, das formas de emprego, da reestruturação produtiva e tecnológica, do comportamento organizacional e da ação política na efetivação, gestão e melhoria contínua do contexto e atividade de trabalho³.

³ JÚNIOR, J.C.B. (2002). Empreendedorismo, trabalho e qualidade de vida na 3ª idade. Editora Edicon

No atual contexto social marcado pelo risco e pela ambivalência entre precariedade laboral e qualidade de vida no trabalho, em que as sociedades continuam a comportar significativas reconfigurações na estrutura e cultura social de trabalho, as questões culturais existentes nas organizações podem transformar-se em obstáculos significativos para as mudanças requeridas aquando da implantação do sistema de gestão da segurança e saúde no trabalho (SGSST). Assim, conhecer a maturidade da cultura de segurança existente numa organização é essencial para a formulação de planos de mudanças, quando necessárias.

A área de "Fatores Humanos" é relativamente nova em muitas instituições. A não compreensão clara dos problemas, significa que, as instituições muitas vezes não incluem os fatores humanos no seu sistema de gestão da segurança (SGS). Foi concedida sempre atenção a alguns aspetos dos fatores humanos, p. ex. formação (embora muitas vezes não visando as competências necessárias para o controlo de perigos de acidentes graves), mas estes raramente foram geridos como parte de um SGS integrado ou com o rigor que o seu contributo para o risco exige.

Os lares e estruturas residenciais para idosos têm uma economia de escala: a responsabilidade pessoal dos empresários e da gestão coincide com as suas responsabilidades formais enquanto empresários. As relações económicas são também relações humanas, pelo que a responsabilidade social das instituições pode e deve complementar estas relações sem qualquer esforço adicional. Podemos assim, equacionar da seguinte forma a nossa principal questão de investigação:

“De que forma as práticas da segurança e higiene no trabalho (SHT) são percecionadas pelos gestores e colaboradores nas Estruturas residenciais para idosos?”

Com base nesta pergunta de partida, procederemos a reflexões e pesquisas bibliográficas sobre as estruturas residenciais para idosos, que nos poderão conduzir a formulação de algumas outras questões, nomeadamente:

É cumprida a legislação relativa às condições de segurança e higiene no trabalho?

É cumprida a legislação relativa à segurança contra incêndios?

Cumprem todos os requisitos legais aplicáveis à contratação e gestão de recursos humanos, nos termos do código do trabalho?

As regras e condições gerais de segurança são conhecidas e/ou divulgadas, comunicadas e validadas junto dos utentes e dos colaboradores?

Existem resultados que evidenciem o grau de satisfação e motivação dos colaboradores, relativamente às condições de SHT?

Existem diferenças entre estruturas residenciais (lucrativas e não lucrativas)?

A existência de sistema de qualificação das respostas sociais por níveis (A - máximo, B - médio ou C - mínimo), é sinónimo de melhores condições de SHT?

Existe uma cultura de segurança nos lares e estruturas residenciais para idosos?

Na situação atual da problemática em estudo, salientamos, que nas pesquisas efetuadas, não foram encontrados estudos quanto ao impacto das práticas da SHT no desempenho organizacional de equipamentos sociais destinados a pessoas idosas.

Quanto à atividade económica, trata-se de um mercado ainda em expansão, sobretudo nos grandes centros urbanos. Neste aspeto é de salientar que todas as estruturas residenciais para idosos em que efetuamos a amostra, mantêm, desde há vários anos, uma taxa de ocupação de 100%, sendo igualmente de registar a existência de listas de espera.

A gestão da segurança e higiene no local de trabalho, exige que os elementos da gestão e os colaboradores sejam ativos e que todas as partes envolvidas, conheçam os riscos da sua atividade e respetivos controlos, evitando uma posição passiva e negativa para toda a instituição.

1.2 Objetivos

O presente trabalho tem como principal objetivo avaliar as práticas de segurança e higiene no trabalho e seu contributo na melhoria da segurança dos colaboradores e utentes. Os idosos, quando se encontram em situações que reclamam apoio, necessitam de respostas sociais de qualidade. Estas respostas devem ser desenvolvidas pelo reconhecimento do direito das pessoas idosas à plena cidadania, à igualdade de oportunidades, à participação no desenvolvimento económico, social e cultural, implicando assim o acesso aos cuidados necessários, ao bem-estar e qualidade de vida.

Deste modo, definimos como objetivo da investigação, efetuar a análise das práticas (investigação aplicada), identificar as primeiras dificuldades e as motivações enfrentadas, na procura de uma melhoria contínua das condições de segurança e higiene no trabalho e da promoção de uma cultura de segurança nos lares e estruturas residenciais para idosos.

1.3 Relevância

As estruturas residenciais para idosos são uma nova designação para os lares de idosos e constituem uma resposta às necessidades crescentes criadas pelas alterações sociais e laborais que Portugal atravessa. São uma resposta social, desenvolvida em equipamentos, destinadas a alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para pessoas idosas ou outras em situação de maior risco de perda de independência ou autonomia. A tendência para um crescimento económico e social parou e é preciso ajustar o modelo social a esta nova realidade de uma população envelhecida. E para que o equilíbrio entre a competitividade e a solidariedade possa ser assegurado, a economia social que não é Estado, mas que pode ser garantida pela sociedade civil, tem um papel fundamental.

A focalização nas questões da segurança e higiene do trabalho (SHT) é indissociável das teorias da organização e gestão empresarial que valorizam as pessoas da organização, como a sua principal riqueza, tendo tornar-se numa temática de grande centralidade quando se abordam as questões laborais, as condições de trabalho, a produtividade dos trabalhadores, a satisfação no trabalho e a qualidade de vida dos trabalhadores.

O crescente envelhecimento demográfico e as repercussões deste no mercado de trabalho constituem razões adicionais para a valorização desta área técnica pois importa criar condições de segurança e higiene do trabalho que permitam a manutenção do trabalhador no mercado de trabalho até uma idade cada vez mais avançada.

Nas instituições e equipamentos sociais de apoio a idosos, a SHT constitui, por um lado, uma área de intervenção prioritária, criando condições para que a gestão e colaboradores atualmente existentes neste sector, adquiram ou atualizem um conjunto de competências gerais e específicas sobre os princípios da prevenção dos riscos profissionais associados à profissão. Por outro lado, constata-se que a ausência de educação para a prevenção na nossa sociedade, constitui uma das causas que tem contribuído para a sinistralidade laboral, nomeadamente ao nível da população que chega ao mercado de emprego. Tal facto, sugere uma melhor preparação dos colaboradores em SHT, de forma a adquirirem informação técnica, comportamentos e atitudes para a prevenção em geral, e para a prevenção dos riscos que vão encontrar no exercício da sua atividade.

1.4 Metodologia

Na realização do estudo proposto optamos pela metodologia apresentada no quadro 1.1, onde se estabelecem as atividades interdisciplinares necessárias para a concretização das cinco fases principais:

Fase 1: Iniciamos este estudo pela definição dos objetivos e pela revisão da literatura relacionada com o tema, revendo os objetivos sempre que adequado e em função de problemas emergentes na literatura.

Fase 2: Para investigar a prática associada com os temas identificados e evitar desvios entre teoria e prática, consultámos especialistas na área de intervenção e académicos com a finalidade de validar um inquérito por questionário que construímos para a recolha de dados, adaptado de Kit Fatores Humanos⁴. Para a sua construção iniciamos com uma entrevista individual, tendo-se procedido a um pré-teste junto de 3 colaboradores das Instituições objeto de estudo, a fim de testar a compreensão das questões por parte dos entrevistados.

⁴ HSE Health and Safety Executive (2005), em: <http://www.hse.gov.uk/>

Fase 3: Com base na informação obtida, procedemos à revisão do questionário sobre a cultura de segurança dirigido aos gestores e colaboradores das organizações em estudo. A técnica de amostragem a que recorremos enquadra-se no grupo das técnicas não probabilísticas, também designada amostragem de conveniência⁵. A amostra produtora de dados comporta 51 indivíduos, gestores e colaboradores das estruturas residenciais para Idosos, de quatro grupos de organizações distintas, lucrativas e não lucrativas.

Fase 4: Esta fase consistiu na análise e discussão dos resultados dos questionários.

Fase 5: Finalmente, as principais conclusões, e desenvolvimentos futuros.

Para a realização do presente estudo, propôs-se a metodologia conforme quadro 1.1:

Quadro nº 1.1 - Metodologia de investigação

Estrutura	
Fase 1	- Definição dos objetivos / Identificação do problema / Revisão da literatura;
Fase 2	- Enquadramento legal, caracterização das estruturas residenciais para idosos e das condições de segurança e higiene do trabalho (SHT); - Discussão com especialistas para validação do questionário;
Fase 3	- Metodologia; Definição de variáveis; Constituição da amostra; Plano de recolha de dados; - Aplicação do Questionário;
Fase 4	- Análise dos dados obtidos;
Fase 5	- Conclusões e desenvolvimentos futuros.

As estruturas residenciais selecionadas para este estudo acolhem pessoas idosas, com mais de 65 anos, de ambos os sexos, permanentemente, proporcionando um ambiente de convívio e de participação, gerador de bem-estar pessoal e social:

- A estrutura residencial para idosos de “*São Francisco*” é uma instituição particular de solidariedade social (IPSS) sem fins lucrativos, sito na Rua de São Filipe Néri, n.º 78, 1950 - Lisboa, pertence à Venerável Ordem Terceira da Penitência de São Francisco a Jesus;
- A estrutura residencial para idosos “*O Sossego dos Avós*” é uma IPSS com fins lucrativos, que dispõe de duas instalações: A primeira sita na avenida Dom Fernando, número 25/A - 2820-103 Aroeira (Seixal); A segunda sita na rua Eugénio Salvador, número 41, Quintinhas, 2820-604 Charneca da Caparica (Almada);

⁵ Bryam e Cramer (1992).

- A estrutura residencial para idosos “*Alcolar*” é uma IPSS com fins lucrativos, sito no largo Barão Samora Correia, Edifício do Antigo Hospital, 2890-029 Alcochete;
- A estrutura residencial para idosos “*Santa Casa da Misericórdia (SCM) de Alcochete*” é uma IPSS sem fins lucrativos, sito no largo Barão Samora Correia, 2890-029 Alcochete.

1.5 Organização da dissertação

A dissertação encontra-se organizada em seis capítulos, sendo o primeiro introdutório, o segundo apresentando a caracterização do estado do conhecimento sobre as políticas para o sector e o terceiro a segurança nas estruturas residenciais para idosos. Os restantes três capítulos possuem uma componente empírica, as referências bibliográficas e os anexos.

Neste primeiro capítulo – Introdução – apresenta os principais aspetos que motivaram o presente trabalho, a questão de investigação, as hipóteses colocadas e a metodologia seguida.

O segundo capítulo – Instituições sociais e as políticas para o setor – caracteriza o enquadramento histórico e do desenvolvimento das políticas na área social.

O terceiro capítulo – A segurança nas estruturas residenciais para idosos – centra-se nas entidades empregadoras e nos instrumentos que lhes permitam desenvolver as necessárias ações de prevenção, em termos de adoção de medidas de proteção coletiva e individual, bem como atuar relativamente a cada trabalhador a nível de adaptação do posto de trabalho.

O quarto capítulo – Desenvolvimento do Questionário – foca-se essencialmente no processo de construção e adaptação dos instrumentos de medida utilizados na investigação.

No quinto capítulo – Análise dos resultados do Questionário – realiza-se o estudo e análise de alguns dos dados da amostra e da influência de um conjunto de variáveis sócio - demográficas (por exemplo: sexo, idade, tempo na função) e organizacionais (por exemplo: setor de atividade lucrativa e não-lucrativa).

Este estudo finaliza com o sexto capítulo – Conclusões e desenvolvimentos futuros – que sintetiza as conclusões da investigação, orientando para áreas de investigação complementares, a partir, quer das limitações encontradas, quer do conhecimento obtido.

Está ainda incluída uma secção com as principais referências bibliográficas utilizadas, bem como os anexos relativos a documentos construídos e utilizados no estudo empírico, assim como para os desenvolvimentos futuros.

2 - INSTITUIÇÕES SOCIAIS E AS POLITICAS PARA O SECTOR

Neste capítulo pretende-se caracterizar o enquadramento histórico e o desenvolvimento das políticas na área social. Ao progressivo envelhecimento demográfico vem correspondendo uma longevidade crescente, que traduz uma conquista importante da humanidade, principalmente nas sociedades mais desenvolvidas, que face ao progresso socioeconómico e ao avanço da ciência e da técnica, vêm criando condições de vida favoráveis ao aumento da esperança média de vida. Contudo, nem sempre corresponde a um nível de bem-estar e um grau de autonomia que possibilite aos idosos a satisfação das necessidades fundamentais, sem apoio significativo.

Os idosos, quando se encontram em situações que reclamam apoio, necessitam de respostas sociais⁶ de qualidade e segurança. Estas respostas devem ser desenvolvidas na perspetiva do reconhecimento do direito das pessoas idosas à plena cidadania, à igualdade de oportunidades, à participação no desenvolvimento económico, social e cultural, implicando assim o acesso aos cuidados necessários, ao bem-estar e qualidade de vida.

Esta perspetiva de dinamização das respostas sociais para as pessoas idosas tem vindo a adquirir particular relevo, nomeadamente a partir dos anos 90. A Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a proposta do envelhecimento ativo e saudável, como fator da possibilidade de a pessoa idosa permanecer autónoma e capaz de se bastar a si própria, no seu meio natural de vida, ainda que com recurso a pequenas ajudas.

No entanto, a realidade mostra⁷ que há um número considerável de pessoas idosas em condições de acentuada dependência e no limiar da pobreza⁸, que não encontram resposta capaz nesse meio, por inexistência ou insuficiência de meios económicos e apoios, nomeadamente familiares⁹.

Considerando o decréscimo da população jovem, em simultâneo com o aumento da população idosa, o índice de envelhecimento da população aumentará. Torna-se, por isso, necessário o recurso a respostas sociais, em que se inclui as estruturas residenciais¹⁰. Esta realidade coloca desafios ao mercado de trabalho, à economia e à produtividade, mas também à proteção social e à garantia das condições de segurança e saúde no trabalho (SST).

Acresce que a verificação de saldos migratórios positivos, não será suficiente para atenuar o envelhecimento demográfico em Portugal, nem mesmo se verificar uma maior contribuição da componente da fecundidade, face ao fenómeno da migração internacional como consequência da Crise Mundial¹¹, conforme a figura 2.1. Esta perspetiva não se coaduna com o seu potencial impacto sobre a segurança e saúde no trabalho de uma economia em recessão ou estagnada.

⁶ DGSS (2006). Nomenclaturas / Conceitos das respostas sociais

⁷ REDTESS (2010). Ano europeu do combate à pobreza e à exclusão social

⁸ MTSS (2008). Audição Pública sobre a definição de um Limiar de Pobreza

⁹ ISS (2005). Tipificação das Situações de Exclusão em Portugal Continental

¹⁰ ISS (2009). Manual de boas práticas: Acolhimento residencial das pessoas mais velhas

¹¹ INE (2011). O fenómeno da migração internacional de retorno como consequência da crise mundial

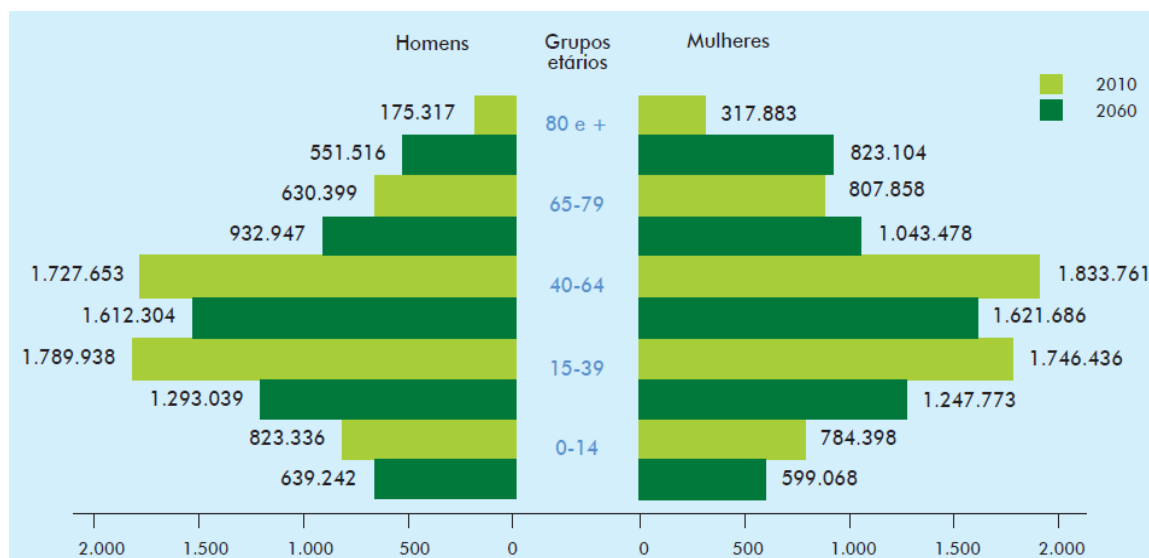


Figura nº 2.1 - Pirâmide etária da população, residente em 2010 e 2060¹²

Apesar de ser um fenómeno mundial, a migração é um evento raro que não atinge parcela representativa da população Portuguesa. O aumento ou diminuição da imigração não influencia a respetiva evolução da sinistralidade laboral, uma vez que não são os países com mais imigrantes que apresentam as mais altas taxas de sinistralidade laboral.

Em Portugal, em anos de aumento da imigração não se verifica por correlação o aumento da sinistralidade laboral no país. Há, pois, outros fatores específicos inerentes ao próprio contexto de acolhimento de explicam a sinistralidade laboral na sua globalidade e a segurança e saúde dos trabalhadores (SST)¹³.

Na atual crise financeira¹⁴, o futuro passa por uma mudança ideológica no modo como encaramos o trabalho, o envelhecimento e as pessoas idosas de um modo geral, imagem que prevalece na nossa sociedade e que persiste em tratar as pessoas mais velhas como doentes e incapazes¹⁵.

Todos estes aspetos, têm vindo a refletir um desencanto cada vez maior, quer com a organização do próprio estado (marcada por objetivos políticos e excessivamente burocratizada), quer com o mercado (realidade desumanizada e geradora de desigualdades crescentes e insustentáveis), as organizações da sociedade civil – o Terceiro Sector – permitem mobilizar a capacidade realizadora da iniciativa privada para a resolução de problemas de interesse público e social.

¹² INE (2010). Estimativas anuais da população residente" e "Projeções da população residente, 2008-2060"

¹³ Oliveira, C. e Pires, C. (2010). Imigração e sinistralidade laboral, em: http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Estudos_OI/OI_41.pdf

¹⁴ OIT (2009). Saúde e vida no trabalho: um direito humano fundamental. Relatório global Abril, p.12

¹⁵ ISS (2011). Segurança Social em números. Agosto.

2.1 - Enquadramento das organizações da área social

O envelhecimento da população a que assistimos nos últimos anos tem grandes implicações para as Economias Europeias. As pressões sobre o mercado de trabalho e sobre as medidas de proteção social requerem ajustamentos consideráveis, que passam pela promoção de políticas de envelhecimento ativo que permitam aos cidadãos viver de uma forma mais saudável e produtiva.

A União Europeia divulgou medidas para sensibilizar a opinião pública e outras partes interessadas para a importância do envelhecimento ativo - *Ano Europeu 2012* – para promover o intercâmbio de informações e de experiências entre os estados-membros e partes interessadas, que irão, por certo possibilitar a elaboração de políticas associadas ao desenvolvimento de atividades específicas e a fixação de objetivos concretos.

As Nações Unidas também decidiram criar um Grupo de Trabalho¹⁶ com o objetivo de fortalecer a proteção dos direitos humanos das pessoas idosas, face à necessidade de viver em meios envolventes que lhes proporcionem apoio e capacitação, para compensar as mudanças físicas e sociais associadas ao envelhecimento¹⁷.

Em Portugal, o número de instituições, de funcionários e utentes agregado a este sector da área social ou terciário, tem crescido bastante¹⁸, especialmente nos últimos 20 anos, prevendo-se que esse aumento continue, face ao menor tempo disponível das famílias para cuidarem das pessoas idosas e o aumento dos casos de exclusão social.

Ainda que o envelhecimento demográfico e as mudanças económicas e sociais tenham alterado os modelos de família tradicionais e sua capacidade para cuidar, mantém-se como estrutura de apoio para a maioria das pessoas idosas em situação de doença crónica e de dependência.

Na ausência da família são as redes secundárias que prestam apoio aos idosos da sua comunidade, traduzindo-se na promoção da saúde física e mental dos utentes a par da existência de uma rede de afetos e ligações emocionais indispensável ao bem-estar dos Idosos¹⁹.

As projeções do instituto nacional de estatísticas (INE)²⁰, apontam para um crescimento continuado da população residente em Portugal até 2035, ano em que atinge 10.897,6 milhares de indivíduos²¹, invertendo-se depois a tendência, chegando-se a 2060 com valores abaixo do ano de partida, conforme a figura 2.2.

¹⁶ Resolução de Assembleia Geral das Nações Unidas A/C.3/65/L.8/Rev.1 de 19 de Novembro de 2010

¹⁷ OMS (2002). No seguimento do consignado na segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, Madrid

¹⁸ ISS (2010). Carta social 2009, em: <http://www.cartasocial.pt/pdf/cs2009.pdf>

¹⁹ INE (2007). Dia internacional do idoso, p. 2

²⁰ INE (2010). Projeções de população residente em Portugal, 2008-2060

²¹ CENSOS (2011). A população residente em Portugal no dia 21 de Março era de 10555853 indivíduos

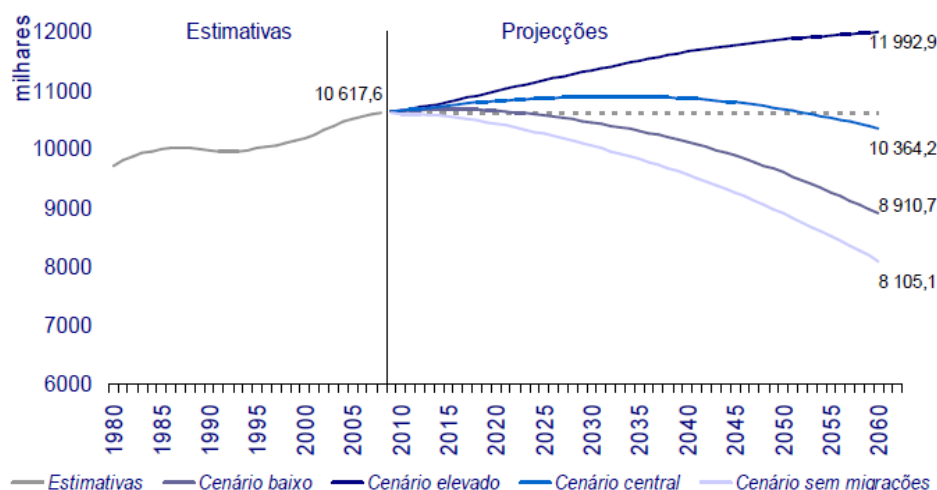


Figura nº 2.2 – População residente em Portugal, 1980 – 2060 (estimativas e projeções)

Segundo Mendes (2011), em primeiro lugar, é preciso tirar todas as dúvidas e explicitar todas as consequências do facto de o sistema de benefícios definidos financiado por repartição não ser mais viável, pois desapareceu a vantagem de bem-estar que uma demografia mais jovem lhe conferia no passado. Em segundo lugar, a responsabilidade individual pelos novos riscos de longevidade deve ser incrementada, através de um grande esforço de poupança das famílias, aumentando a adequação dos rendimentos totais disponíveis na velhice e não apenas nas pensões públicas. Ao mesmo tempo, tal esforço contribuirá para melhorar o legado às gerações vindouras, porque aumenta as possibilidades de investimento na economia nacional²².

Assim, as respostas sociais para a população idosa, consumidora de bens e serviços (vistas como improdutivas e caras para a sociedade, especialmente quando se trata de idosos dependentes) e a segurança e saúde dos trabalhadores, têm ainda de enquadrar o envelhecimento das populações residentes e imigrantes, o aumento da esperança de vida e o progresso das sociedades e o direito das pessoas idosas à participação na definição, criação e implementação de respostas que lhes estejam destinadas.

2.2 - O envelhecimento ativo

O mundo está a envelhecer rapidamente: o número de pessoas com mais de 60 anos, em termos de proporção da população global, aumentará de 11% em 2006 para 22% em 2050²³. Os países em vias de desenvolvimento estão a envelhecer a um ritmo mais acelerado do que os países desenvolvidos: Em 2050, 80% da população idosa mundial viverá em países em desenvolvimento, enquanto em 2005 essa percentagem era de 60%²⁴.

²² Mendes, F.R (2011). Segurança Social, o futuro hipotecado. 1ª Edição. Ensaio da Fundação Francisco Manuel dos Santos

²³ Departamento das Nações Unidas para os assuntos económicos e sociais (2009)

²⁴ Guia global das cidades amigas das pessoas idosas (2009)

Ao mesmo tempo, o nosso mundo é uma cidade cada vez maior: desde 2007, metade da população global vive em cidades, e nelas mais pessoas idosas, sem espaços públicos preparados para tal²⁵. A distribuição da população pelos territórios também evidencia uma oposição entre o Litoral e o Interior, originando maior concentração da população no Litoral e redução nas regiões do interior de cada região.

O envelhecimento da população, associado a uma baixa importante da fecundidade e a urbanização são o culminar do sucesso do desenvolvimento humano durante o século XX²⁶. São também enormes desafios que o século XXI terá de enfrentar. A maior longevidade é fruto de conquistas importantes em termos de saúde pública e de nível de vida. O “envelhecimento ativo”²⁷, é o processo de otimizar as oportunidades para a saúde, participação social e segurança, para aumentar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem permitindo aos indivíduos realizarem o seu potencial físico, social e mental ao longo da sua vida e participarem na sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades.

Simultaneamente, fornece-lhes proteção, segurança e cuidados necessários quando necessitarem. A palavra “ativo” refere-se à continuação da participação em atividades sociais, económicas, culturais, espirituais e cívicas e não só meramente à força física ou à participação no mercado de trabalho. Neste sentido, uma política²⁸ de incentivo ao envelhecimento ativo deve procurar atuar de uma forma integrada, focando todos estes aspetos e não cingir-se a medidas mais económicas e mais imediatas, tais como a eliminação de incentivos à reforma antecipada.²⁹ Depende de uma série de influências ou determinantes que rodeiam os indivíduos, as famílias e as nações, entre os quais se incluem condições materiais, bem como os fatores sociais que afetam os tipos de comportamento e os sentimentos de cada indivíduo, conforme a figura 2.3.

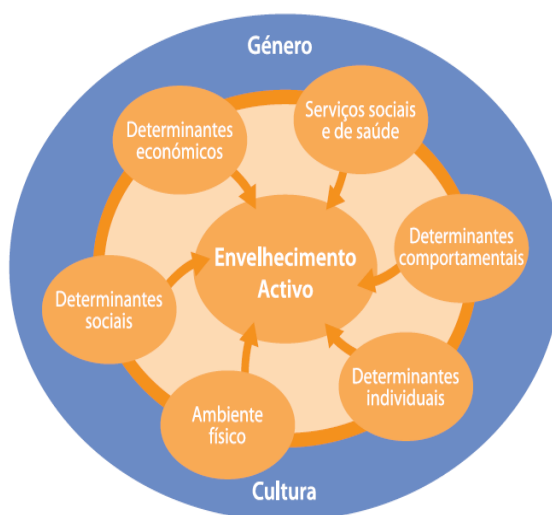


Figura nº 2.3 – Determinantes do envelhecimento ativo

²⁵ Introdução conceito design inclusivo (2005). Aplicações práticas em desenho urbano e equipamentos sociais/saúde

²⁶ DGS (2004). Circular Normativa Nº: 13/DGCG: Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas – 2 de Julho

²⁷ OMS (2002). Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, de Madrid

²⁸ Plano Nacional de Emprego (2009). Estratégia nacional de envelhecimento ativo

²⁹ Silília Marques (2010). Discriminação da terceira idade. 1ª Edição. Ensaio da Fundação Francisco Manuel dos Santos

Todos estes fatores, bem como a sua interação existente, desempenham um papel importante na influência exercida sobre a forma como os indivíduos envelhecem, devendo ser encarados segundo uma perspetiva de ciclo de vida, que reconheça que as pessoas idosas não são um grupo homogéneo e que a diversidade individual aumenta com a idade³⁰, confirme a figura 2.4.

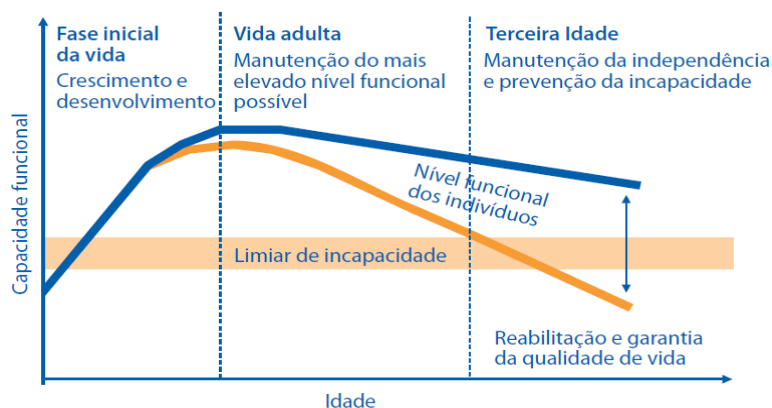


Figura nº 2.4 – Manter a capacidade funcional ao longo da vida

A capacidade funcional (tal como a força muscular e o rendimento cardiovascular) aumenta na infância, atinge o máximo no início da idade adulta e depois entra em declínio. O grau de declínio é determinado por fatores relacionados com o estilo de vida, doenças crónicas³¹, bem como com fatores externos sociais, ambientais e económicos. Sob uma perspetiva individual e social, a rapidez do declínio pode ser influenciada e que pode ser reversível em qualquer idade, através de medidas individuais e públicas, tais como a promoção de um meio envolvente amigável do idoso.

2.3 - Equipamentos sociais

Durante o Estado Novo estava legalmente consagrado o princípio da ação meramente supletiva do estado em relação às iniciativas particulares no domínio das atividades de saúde e assistência. Nessa altura, eram consideradas “instituições particulares de assistência” as instituições cuja administração pertencesse a entidades privadas e cujas atividades fossem mantidas mediante a contribuição de fundos e receitas próprias³².

A generalidade dos centros sociais paroquiais e outras instituições de assistência criadas pela igreja católica constituíram-se também mediante a aprovação dos respetivos estatutos pelo governo e após o procedimento a que obedecia tal aprovação. Também as santas casas da misericórdia (SCM), eram consideradas “estabelecimentos de assistência ou beneficência” (associações de beneficência), que se regiam por estatutos “elaborados de harmonia com o espírito tradicional das instituições para a prática da caridade cristã”.

³⁰ Guia global das cidades amigas das pessoas idosas (2009)

³¹ Margaret Pabst Martin (2008). Fórum Gulbenkian de saúde e envelhecimento 2008-2009

³² ISS (1998). As IPSS: Aspetos da Evolução do seu Regime Jurídico

Após a revolução de 25 de Abril de 1974 assistiu-se à proliferação de iniciativas que visavam a satisfação de carências das comunidades, motivadas por sentimentos de solidariedade e de entreajuda, nasceram frequentemente dos próprios interessados na criação dos equipamentos sociais, ou foram dinamizadas pelas autarquias ou pelas “organizações populares de base”. As instituições particulares defrontavam-se, com contradições e dificuldades, face ao abandonado do papel supletivo do Estado no domínio da assistência social e se reforçava o intervencionismo do estado nesta área, por outro lado contestavam-se também as condições que no anterior regime restringiam o exercício da liberdade de associação.

Desde a declaração de uma política da 3ª idade na constituição de 1976, o Estado tem promovido um investimento organizado em respostas sociais dirigidas aos problemas da população envelhecida que passaram sobretudo até 1985, pela substituição dos tradicionais asilos pelos lares de idosos e pela criação dos centros de dia e dos serviços de apoio domiciliário, cujo principal objetivo é a manutenção das pessoas idosas por mais anos nas suas residências³³.

A Carta Social Europeia³⁴ de 1989 surgiu como uma orientação de progressiva harmonização dos objetivos e das políticas de proteção social europeias e incidem sobre o Emprego, legislação laboral, igualdade de oportunidades, condições de trabalho, segurança e higiene no trabalho, formação profissional, proteção social, luta contra a exclusão social e proteção dos idosos e deficientes.

Registou-se assim um papel preponderante até 1995, protagonizado por instituição particular de solidariedade social (IPSS) e outras organizações similares, através das diferentes respostas que se foram criando e desenvolvendo, por exemplo, o Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII), o “Apoio 65 – Idosos em segurança” e o Programa Idosos em Lar (PILAR), para se poder concretizar a política de manutenção dos idosos no seu domicílio, não existindo um Estado-providência que fornecesse esses diferentes serviços³⁵.

A Carta Social tal como foi concebida, construída e atualizada, pretende ser um instrumento multusos de extrema flexibilidade nos domínios da informação social, da preparação da tomada de decisão do Estado aos diversos níveis, de apoio à cooperação institucional e, em particular, de informação ao cidadão no que diz respeito à rede de serviços e equipamentos sociais (RSES)³⁶.

Considera-se entidade proprietária³⁷, qualquer entidade, individual ou coletiva, lucrativas ou não lucrativas, a quem pertence (dono) um ou mais equipamentos (instalações) onde se desenvolvem respostas sociais³⁸. As entidades não lucrativas compreendem as IPSS, outras entidades sem fins lucrativos, as entidades oficiais, que prosseguem fins de ação social, os serviços sociais de empresas e as santas casas de misericórdia (SCM), conforme a figura 2.5.

³³ VIº Congresso Português Sociologia (2006). A análise da Política da Terceira Idade em Portugal, de 1976 a 2002

³⁴ Resolução da Assembleia da República n.º 64-A/2001

³⁵ Martins, R. e Santos A. (2005). Ser idoso Hoje, p. 4 e 5

³⁶ ISS (2010). Dados disponibilizados na Carta Social 2009, p. 4; 8

³⁷ ISS (2011). Guia Prático: Constituição de IPSS

³⁸ ISS (2009). Guia prático: Programa cooperação qualidade e segurança IPSS

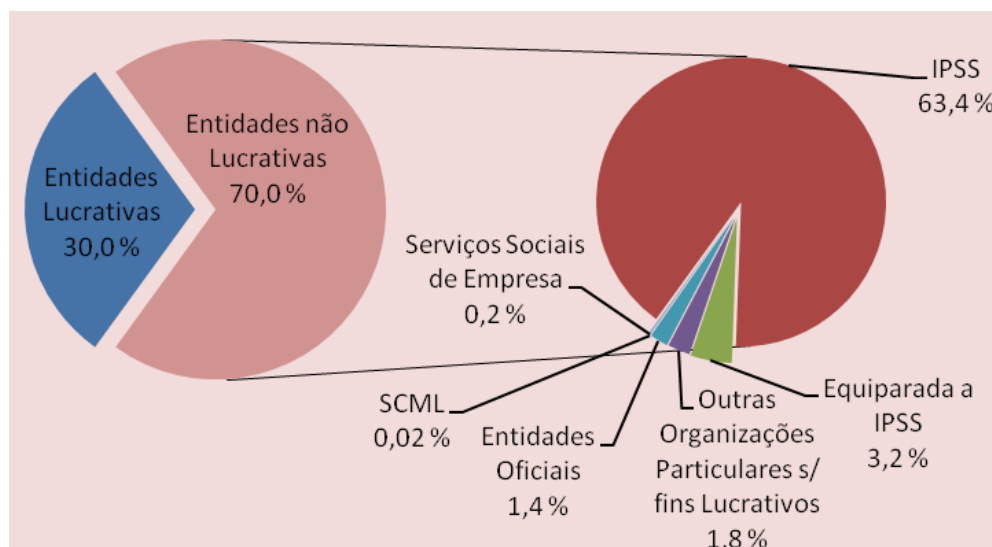


Figura nº 2.5 – Distribuição das entidades proprietárias, segundo natureza jurídica (2009)

As Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) são constituídas com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos, que não sejam administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico, para prosseguir com o apoio social aos idosos, integração social e comunitária, mediante a prestação de serviços celebrado através de protocolo entre ambas as partes³⁹.

O número de equipamentos sociais aumentou 45 % desde 1998, traduzindo-se em 7500 equipamentos em funcionamento em 2009. Quanto à natureza jurídica da entidade proprietária, eram maioritariamente oferecidos por entidades não lucrativas (83,4 %), pelas IPSS e pela SCM, embora se tenha verificado um aumento da ação de entidades de caráter lucrativo (16,6 %).

A implantação das respostas sociais tem acompanhado e privilegiado as zonas de maior densidade populacional, privilegiando a faixa litoral norte e centro, áreas metropolitanas de Lisboa e Porto e a península de Setúbal. Os distritos mais envelhecidos situam-se todos no interior, enquanto os mais jovens se localizam no litoral.

As respostas sociais continuam a dirigir-se maioritariamente às pessoas idosas (52,3%), seguindo-se o grupo das Crianças e Jovens (34,7 %) e as Crianças, Jovens e Adultos com Deficiência (5,8 %), o que reflete a preocupação ao nível das políticas sociais destinadas a estes grupos-alvo, conforme a figura 2.6.

³⁹ MTSS-CNIS (2010).Protocolo de cooperação. http://novo.cnis.pt/images_ok/Protocolo%20MTSS-CNIS%202010.pdf

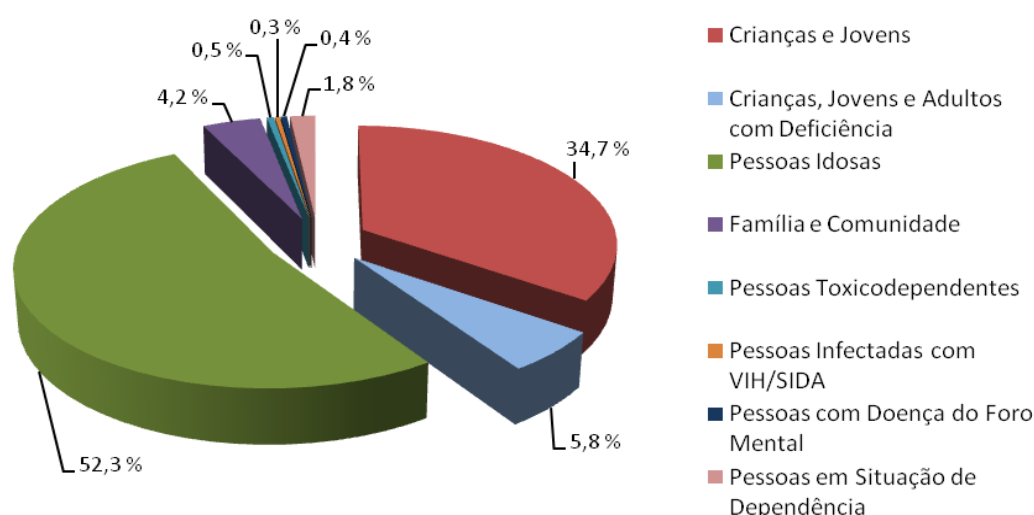


Figura nº 2.6 – Distribuição das respostas sociais por população-alvo Continente – 2009

O crescimento das respostas sociais em 2009 foi de 42,3%, correspondendo mais de 3800 novas respostas, refletindo-se igualmente no crescimento da capacidade instalada (77,6 %) e de utentes (71,8 %), por referência a 1998. Em 2009 encontram-se identificadas cerca de 6500 respostas sociais para as pessoas idosas, e relativa ao ano anterior verifica-se um crescimento de cerca 27 % nas valências residência de idosos, como resultado do forte investimento público com o objetivo da expansão da capacidade instalada e melhoria da qualidade das respostas existentes⁴⁰.

Desde o ano de 1998 o crescimento das respostas sociais para as pessoas idosas atingiu os 68,8 %. A capacidade das respostas sociais para idosos no ano de 2009⁴¹, eram 4534 lares residenciais, 61571 centros de dia, 68726 lares de idosos e 87322 serviços de apoio domiciliário. Qualquer equipamento social encontra-se atualmente abrangido pelo regime de licenciamento⁴² de fiscalização da prestação de serviços e os estabelecimentos⁴³ de apoio social em que sejam exercidas atividades e serviços do âmbito da segurança social.

O Instituto de Solidariedade Social (ISS) disponibiliza vários guias práticos com a informação e legislação aplicável para as respostas sociais⁴⁴, com o objetivo de garantir aos cidadãos o acesso a serviços de qualidade⁴⁵ adequados à satisfação das suas necessidades e expectativas.

No que respeita à Região Autónoma dos Açores (RAA)⁴⁶ os 32000 cidadãos idosos que residiam no arquipélago em 2004 (13% de 242.000 indivíduos) dispunham de 24 Lares de Idosos, em oito das nove ilhas da Região, exceto na ilha do Corvo. No total, estavam acolhidos em Lares 919 idosos, o que correspondia a cerca de 2,87% da população com 65 anos ou mais.

⁴⁰ ISS (2010). Dados disponibilizados na Carta Social 2009, p. 18, 19

⁴¹ GEP (2010). Carta Social, em: <http://www.cartasocial.pt>

⁴² ISS (2010). Guia Prático: Licenciamento da Atividade dos Estabelecimento de Apoio Social - (N43 – V4.01)

⁴³ ISS (2010). Recomendações Técnicas para Equipamentos Sociais: <http://www.seg-social.pt/left.asp?03.06.21>

⁴⁴ ISS (2011). Guia Prático: Respostas sociais para população adulta – Pessoas idosas (N35J – V4.06)

⁴⁵ ISS (2008). MGQ e legislação disponíveis em <http://www.seg-social.pt/left.asp?05.18.08.02>

⁴⁶ Provedoria de Justiça (2007). Lares de Idosos dos Açores

Na Região Autónoma da Madeira (RAM), em 2007 residiam 32259 idosos, representando 13% da população total que registaria os 246 689 habitantes. No mesmo período de referência, dispunha o arquipélago de 22 instituições de acolhimento de idosos. Aquelas instituições acolhiam, na sua totalidade, 991 idosos, correspondendo a cerca de 2,91% da população com 65 anos ou mais⁴⁷.

Esta descrição sumária das principais ofertas em termos de respostas sociais para as pessoas idosas no continente e nas regiões autónomas dos Açores e Madeira, permite comprovar o avanço que tem sido realizado nas últimas décadas. Não obstante, o aumento das respostas disponíveis não deve ser o único critério de avaliação do êxito deste tipo de políticas.

2.4 - Políticas europeias para as pessoas idosas

A União Europeia (EU) promove o envelhecimento saudável, através de iniciativas que visam melhorar a saúde dos idosos, da população ativa, das crianças e dos jovens e prevenir as doenças ao longo de toda a vida. Desenvolve também ações para melhorar as condições de vida das pessoas idosas⁴⁸, por exemplo as tecnologias da informação e das comunicações que podem desempenhar um papel importante na resposta a estes desafios⁴⁹.

Em 2000⁵⁰, a proporção de jovens na EU (16,7%), era superior à dos idosos (16,4%). A Irlanda era o país que se destacava com mais jovens (21,5%) e menos idosos (11,2%). No extremo oposto, a Itália, verificou um declínio da população jovem (14,4%) e um aumento da população idosa (18,2 %). Em países como no Reino Unido, França, Holanda, Dinamarca e Suécia, a população jovem situa-se entre os 18% e os 19%.

No que se refere à população idosa, para além da Itália, também a Suécia, Grécia, Bélgica, Espanha e Alemanha apresentavam valores superiores ao da média da União Europeia (UE). Portugal regista um envelhecimento pela base mais acentuado, revelando níveis de fecundidade inferiores ao do conjunto da EU. O topo da pirâmide reflete pelo contrário, um envelhecimento mais acentuado do conjunto da população europeia comparativamente a Portugal⁵¹. Alguns exemplos de Políticas:

Dinamarca: Existe um controlo do uso de vagas nas Instituições, bem como dos seus custos. Os idosos são encorajados a permanecerem nas suas casas, adiando a institucionalização; A equipa de saúde das instituições é composta por fisioterapeutas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e enfermeiros com formação para que possam atuar em tarefas médicas e farmacêuticas.

⁴⁷ RAM (2008). Os Idosos e as Instituições de Acolhimento da Região Autónoma da Madeira

⁴⁸ Bruxelas, 12.10.2006 COM (2006) 571 final. O futuro demográfico da EU: transformar um desafio em oportunidade

⁴⁹ Bruxelas, 14.6.2007 COM (2007) 332 final. Envelhecer bem na sociedade da informação

⁵⁰ Política Europeia em matéria social e de emprego (2000). Uma política para os cidadãos

⁵¹ Maria Irene Lopes de Carvalho (2006). Uma Abordagem do Serviço Social à Política de Cuidados na Velhice em Portugal

Alemanha: Puseram à disposição dos idosos boas infraestruturas de lazer, atendimento médico, serviços de entrega de refeições em casa e condomínios em que idosos convivem com casais jovens e crianças; Os idosos que não podem morar sozinhos são financiados basicamente pelo seguro de atendimento na velhice, pago na Alemanha pelas pessoas economicamente ativas.

Suécia: “*The Grandad Program*” tem por objetivo a organização de grupos de voluntários idosos que vão a escolas realizar trabalhos de preparação de acontecimentos, para ajudar na organização de trabalhos lúdicos, na resolução de conflitos, etc; Promoção de encontros inter-geracionais; Provisão de serviços financiados pelo Estado que visem a assistência a idosos.

Itália: As políticas visam o conhecimento das famílias, com a redistribuição de recursos coletivos às famílias económica e socialmente desfavorecidas e com serviços de saúde alternativos à prestação em residências de assistência sanitária a idosos. A família é ajudada na prestação de assistência ao próprio idoso sem esta se ver obrigada a hospitalizá-lo, existindo um plano social que permite integrar melhor as estratégias de luta contra a exclusão social em cada região.

França: Os imigrantes estrangeiros idosos beneficiam de subsídio de habitação, assistência na doença e recebem subsídios em qualquer local onde residam, face à implementação de uma rede de Unidades de Saúde Familiar (USF), onde se prestam serviços domiciliários.

O observatório para a evolução sociopolítica na Europa⁵² considera que as consequências das alterações demográficas, a solidariedade inter-geracional na área do voluntariado e da segurança e de saúde no trabalho são presentemente algumas das áreas de discussão a nível da Europa⁵³.

A definição de “boas práticas” em matéria de segurança e de saúde no trabalho⁵⁴, de acordo com a Diretiva 89/391/CEE do Conselho, de 12 de Junho de 1989, varia na União Europeia face às diferenças nos sistemas e na legislação, bem como às diferentes culturas, línguas e experiência: grupos diferentes com interesses diferentes e níveis de conhecimento diferentes têm pontos de vista diferentes em relação às boas práticas no local de trabalho⁵⁵. Os atos que transpõem essa Diretiva para a legislação de cada um dos Estados Membros contêm uma hierarquia de medidas a observar, contudo essa hierarquia significa que pode não haver uma única abordagem “correta” das boas práticas⁵⁶.

Antes da difusão das informações sobre boas práticas no local de trabalho, é necessário realizar uma avaliação adequada dos perigos e riscos do local de trabalho. Esta avaliação deve considerar todos os riscos e perigos do local de trabalho, a fim de assegurar uma verdadeira redução da exposição dos trabalhadores e de outras pessoas a danos e não apenas a substituição de um risco por outro⁵⁷.

⁵² Em: www.sociopolitical-observatory.eu/en/

⁵³ LINZ, K., STULA S. (2011). Bulletin European Policies on Senior Citizens of the Observatory for Sociopolitical Developments in Europe

⁵⁴ E_Fasts 29 (2003). Boas práticas em matéria de SST para o setor da saúde

⁵⁵ Newsletter for Observatory for Sociopolitical Developments in Europe (1/2010, 2/2001 e 2/2011)

⁵⁶ A Resolução n.º 44/2001, determinou que o dia 28 de Abril fosse consagrado como “Dia Nacional Prevenção SHT”;

⁵⁷ Em: <http://osha.europa.eu/en/topics/riskassessment>

2.5 - A governação do sector social

O investimento em serviços e equipamentos sociais tem sofrido algumas alterações ao longo do tempo⁵⁸, evidenciando-se um aumento a partir de 2007, conforme a figura 2.7.

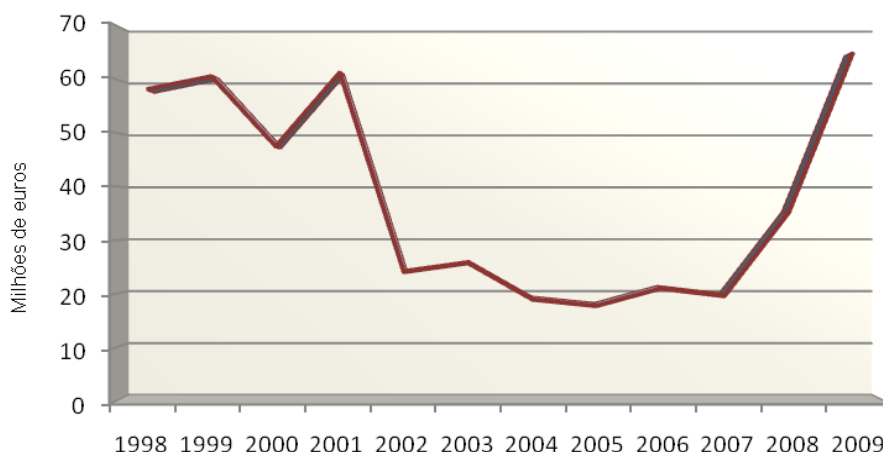


Figura nº 2.7 - Evolução do investimento em serviços e equipamentos sociais (98 – 09)⁵⁹

Dados de 2009, confirmam o ritmo de crescimento da rede de serviços e equipamentos sociais (RSES). Uma das apostas fortes nas últimas décadas em termos de respostas sociais em Portugal tem sido o serviço de apoio domiciliário. Este tipo de serviços tem a mais-valia de prolongar o tempo de permanência no próprio lar das pessoas que necessitam de algum tipo de ajuda mais particular, no entanto, a oferta é limitada e cinge-se sobretudo aos serviços de higiene e alimentação⁶⁰ e em que a segurança e saúde dos trabalhadores são colocadas em segundo plano.

A alteração do modelo de financiamento poderia promover a escolha dos idosos e dos seus familiares por serviços diferenciados existentes (centros de dia, residência e lar de idosos, serviço de apoio domiciliário). A aposta no financiamento às famílias permitiria ao cliente escolher no mercado a entidade (lucrativa ou não lucrativa) que melhor respondesse às suas necessidades. As estruturas residenciais para idosos registaram um crescimento da sua capacidade em 40%, o que representa a criação de mais de 20000 lugares, desde 1998⁶¹.

As políticas públicas⁶² encontram-se perante desafios, como a promoção da qualidade e a necessidade da adoção e implementação de sistemas de gestão da qualidade das políticas, assegurando aos cidadãos, às entidades envolvidas e à sociedade em geral, que as estratégias políticas, os programas e medidas que as operacionalizam e os resultados e impactos respetivos respondem, com qualidade, de forma eficaz e eficiente, às necessidades e expectativas dos cidadãos.

⁵⁸ ISS (2010). Dados disponibilizados na Carta Social 2009, p 30

⁵⁹ GEP (2010). Relatórios de Execução Anual do PIDDAC - Informação disponibilizada pelo MTSS

⁶⁰ ISS (2010). Dados disponibilizados na Carta Social 2009, p.11, 20

⁶¹ Carta Social (2005). Rede de equipamentos e serviço, p. 22

⁶² Políticas sociais constantes no programa do XIX Governo PSD/CDS (2011)

A despesa com o funcionamento da rede é assegurada, no caso da rede solidária, pelos acordos de cooperação celebrados entre o Estado e as instituições de solidariedade social, pela comparticipação do utente ou respetiva família e pelas receitas próprias das instituições. Os encargos com as respostas dirigidas às pessoas idosas constituíam 41 % da despesa total, sendo que em 2010, o valor foi o valor de 2009, que tinha sido atualizado em 2,6 % sobre os valores praticados em 2008⁶³.

Nos últimos anos tem-se verificado que o valor da componente nacional tem sido sempre superior ao valor do investimento assegurado pela componente comunitária, com especial realce nos dois últimos anos em resultado da política de investimento atrás referida⁶⁴. Portugal tornou-se um país “intervencionado” através da *TROIKA* e como tal, sujeito a um conjunto de medidas que visam restabelecer a confiança dos mercados e criar as condições para que o país possa honrar os seus compromissos internacionais, nomeadamente na área da 3ª idade:

- Rever a legislação de licenciamento de equipamentos sociais para que as instituições particulares de solidariedade social (IPSS) não fiquem reféns da teia da burocracia;
- Colocar as pessoas idosas a usufruírem das capacidades instaladas, rentabilizando-as e passando de 75% para 85% (ou mesmo 95%) a comparticipação das Entidades Europeias;
- Acabar com as regras de “hotéis de 5 estrelas” para as IPSS, exigindo regras de qualidade, segurança e saúde no trabalho e segurança alimentar ao nível das pequenas empresas.

A economia social representava em 2010, mais de 5 mil Instituições, empregando mais de 206 mil pessoas (5.6% do PIB e 4.5% do emprego), tem de ser respeitada e dignificada juridicamente⁶⁵. Necessita também do devido acompanhamento e enquadramento estatístico, pela importância que representa no País um sector que em tempos de globalização, não corre o risco de “emigrar” ficando sempre em território nacional, cumprindo um papel ímpar de inovação ao criar empresas sociais⁶⁶.

O direito de todos os trabalhadores à prestação do trabalho em condições de segurança e saúde encontra-se consagrado na Constituição da República e regulamentado na Lei n.º 102/2009 de 10 de Setembro, que aprova o regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho (SHT). Todos os trabalhadores, sem exceção, têm direito à prestação de trabalho em condições que respeitem a sua segurança e saúde asseguradas pelas organizações, independentemente do seu vínculo contratual. O direito à participação dos trabalhadores neste domínio assenta, pois, num conjunto de direitos, todos interligados à prevenção de riscos nos locais de trabalho, entre os quais o direito de tomar conhecimento, através da informação e formação adequadas, dos riscos profissionais que existem no seu local de trabalho, suas causas e medidas de prevenção e proteção.

⁶³ Protocolo de cooperação celebrado entre o MTSS e CNIS (2010)

⁶⁴ MTSS (2010). Estatísticas Quadros de pessoal

⁶⁵ Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2011). Relatório de primavera 2011

⁶⁶ Costa, M. A. (2011). Intervenção do Senhor Secretário de Estado da Solidariedade e Segurança Social: Jornadas Parlamentares PSD

2.6 – Gestão da qualidade das respostas sociais

O acesso a cuidados de qualidade é um dos direitos fundamentais do homem. Os utentes têm o direito de esperar que sejam feitos todos os esforços para assegurar a sua segurança enquanto utilizadores dos serviços. Deste modo a segurança é encarada com um componente fundamental da qualidade na prestação de cuidados e é cada vez mais uma exigência da sociedade a todos os níveis e do Instituto de Segurança Social (ISS), sendo um caminho a percorrer pelas instituições particulares de solidariedade social (IPSS).

A importância da qualidade para as IPSS assume um duplo sentido. Por um lado, a qualidade é um elemento fundamental de garantia para o utente, por outro lado, o desenvolvimento de critérios de qualidade é um aspeto crucial na sua relação com os colaboradores e postos de trabalho, na medida em que permite consolidar a profissionalização e interligação desses elementos.

Inicialmente, a conceção e implementação de sistemas de gestão da qualidade tiveram uma expressão significativa através do “Plano Avô”⁶⁷, com a finalidade de desenvolver as práticas da qualidade em Lares para Idosos. Em 2005, surgiu o Projeto “Qual_Idade”, com o apoio do Instituto Português da Qualidade (IPQ) e desenvolveu as suas atividades nas diferentes respostas sociais, incluindo os lares de idosos⁶⁸.

Quaisquer serviços prestados na área social são, por inerência, serviços em que a utilização dos processos de gestão da qualidade têm uma larga aplicação devido a: 1) área em que a segurança das pessoas e bens é crítica; 2) os custos das falhas são muito elevados, ou mesmo irreparáveis; 3) a prevenção tem nesta área um valor inquestionável; 4) a improvisação e os erros causam elevada insatisfação; 5) o cliente dispõe, muitas das vezes, de uma menor possibilidade de escolha⁶⁹.

Segundo Pires (2005), com a norma ISO 9001:2008, a abordagem sistémica por processos, ganhou uma nova dinâmica e importância para as organizações, ao promoverem as atividades de análise dos processos, à semelhança do que já acontecia nos Modelos de Excelência. O Instituto de Segurança Social (ISS) desenvolveu em 2008 os modelos de avaliação da qualidade das respostas sociais⁷⁰ (processos-chave, avaliação da qualidade e avaliação da satisfação) que atribuem uma grande importância à satisfação das necessidades dos utentes, indo ao encontro das suas expectativas e que se podem traduzir na frase: “*pequenas mudanças, grandes oportunidades*”⁷¹.

⁶⁷ ISO 9001:2000 para lares de idosos (2001), em: http://195.245.197.196/preview_documentos.asp?r=7306&m=PDF

⁶⁸ IPQ 82008). Manual de Gestão da Qualidade para lares de idosos, em: http://www.ipq.pt/backfiles/MGO_LI.pdf

⁶⁹ A qualidade em organizações de serviços na área social (2006). Experiências e reflexões - Caderno n.º 25, pág 2-26

⁷⁰ Em: <http://www2.seg-social.pt/left.asp?05.18.08.02>

⁷¹ APCER (2010). Guia interpretativo EN NP ISO 9001:2008 – Abril [página 3]

Em cada processo são descritos indicadores que permitem avaliar o grau de qualidade para o serviço⁷² dos lares e estruturas residenciais para idosos, sendo compostos por sete processos chave: Candidatura, Admissão e acolhimento, Projeto individual, Cuidados pessoais e de saúde, Nutrição e alimentação, Apoio nas atividades instrumentais da vida quotidiana e Planeamento e acompanhamento das atividades socioculturais. Para cada um destes processos, foram definidos os objetivos, o campo de aplicação, o fluxograma das atividades e modo operativo, indicadores, dados de entrada e saída e responsabilidades. São ainda fornecidas instruções de trabalho e os impressos a utilizar quando necessários.

Estes manuais representam um avanço nesta matéria, no entanto, são exigentes e de difícil exequibilidade no curto prazo, uma vez que exigem meios financeiros e recursos humanos muitas vezes indisponível para as instituições, pelo que poucas demonstram atualmente preocupação com a implementação da qualidade ao nível dos indicados nestes guias de qualidade.

Segundo Pires (2005), “a definição de objetivos deve ser partilhada, isto é negociada com as pessoas, e não podem ser só os objetivos a ser avaliados mas também o envolvimento, a participação e a criatividade”. Assim, quando o cidadão procura os serviços de um equipamento social quer garantias de que este é capaz de responder às suas necessidades, expectativas e exigências de qualidade⁷³.

A certificação da qualidade das respostas sociais é o reconhecimento, por uma entidade externa e independente à segurança social (entidade certificadora acreditada), que os serviços prestados satisfazem de uma forma eficaz os clientes e as exigências legais e regulamentares ao seu funcionamento. A aposta na qualidade dos serviços é o caminho a seguir para garantir a melhoria das respostas sociais para as pessoas idosas no nosso país. A qualidade dos serviços, a qualidade das respostas às necessidades e expectativas dos utentes e outras partes interessadas, requer a capacitação permanente das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), bem como a qualificação dos seus colaboradores e gestão.

O Instituto de Segurança Social (ISS) disponibiliza 3 níveis de qualificação de crescente exigência, que dependendo do grau de desenvolvimento do seu Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ), a Instituição pode solicitar a qualificação⁷⁴: A (máximo: A+B+C), B (B+C) e C (mínimo). O Modelo prevê a realização de auditorias por entidade certificadoras acreditadas⁷⁵, que certifiquem a conformidade do nível de Qualificação, conforme a figura 2.8.



Figura nº 2.8 - Marca “Resposta Social Certificada”

⁷² ISS (2008). Lar residencial: Manual processos-chave 9001:2008; Modelo avaliação qualidade; Questionários avaliação satisfação

⁷³ ISS (2009). Guia prático das respostas sociais: Programa Cooperação para Qualidade e Segurança das respostas Sociais

⁷⁴ ISS (2008). Modelo de avaliação qualidade: Estruturas residenciais para idosos (Ccheck-list)

⁷⁵ IPAC (2009). OEC003: Certificação Respostas Sociais (v070709);

Existem várias empresas de consultadoria social especializadas em formação e consultadoria para o terceiro sector, para auditorias da qualidade, formação profissional e implementação de processos de qualidade, para auxiliar a gestão nas tomadas de decisões estratégicas, com grande impacto sobre os resultados e nos trabalhadores das IPSS⁷⁶.

O investimento na segurança e saúde no trabalho não acompanha o desenvolvimento na área da Qualidade, porém o investimento na qualidade (certificação) cria as condições necessárias para a implementação de sistemas de segurança, para prevenção de acidentes e de doenças profissionais bem como da proteção e promoção da segurança e da saúde dos trabalhadores (SST). Tem como objetivo melhorar as condições e o ambiente de trabalho. A saúde no trabalho abrange a promoção e a manutenção do mais alto grau de saúde física e mental e de bem-estar social dos trabalhadores⁷⁷.

Segundo Pinto (2009), a implementação do sistema de gestão da segurança e saúde no trabalho (SGSST) deve ter como objetivo a criação de um sistema organizado, com os meios necessários à defesa da SST e de terceiros, assente em princípios de prevenção como, a planificação da prevenção através de um sistema coerente que integre a técnica, a organização do trabalho, as medidas de prevenção e de proteção, as relações sociais e a influência dos fatores ambientais no trabalho.

A antecipação, a identificação, a avaliação e o controlo de riscos com origem no local de trabalho, ou daí decorrentes, que possam deteriorar a saúde e o bem-estar dos trabalhadores, são os princípios fundamentais do processo de avaliação e de gestão de riscos profissionais. O possível impacto nos utentes e no meio ambiente deve ser igualmente tomado em consideração.

Embora seja reconhecido que os SGSST são componentes essenciais na criação de ambientes de trabalho mais saudáveis e mais seguros, coloca-se a questão de saber qual a abordagem mais adequada⁷⁸ para promover a sua integração com outros sistemas de gestão, por exemplo", que a Segurança e Saúde do Trabalho (SST) deveria ser parte integrante da gestão comercial⁷⁹.

Os resultados estão diretamente ligados com o comprometimento dos colaboradores com a cultura de segurança, valores, missão e objetivos das IPSS, com ou sem fins lucrativos, para além obviamente das suas competências técnicas e profissionais.

Deve ser assim uma prioridade no processo de gestão⁸⁰, todas as questões referentes à qualidade do ambiente e das condições de trabalho que são proporcionadas aos seus colaboradores, nomeadamente, nas vertentes da SST.

⁷⁶ SOCIALGEST (2011). Em: http://www.socialgest.pt/_dlds/FolhetoSocialgest.pdf

⁷⁷ SGS (2008). Interpretação da OHSAS 18001: Sem acidentes

⁷⁸ FACTS 26 (2002). A utilização de SGSST nos Estados-Membros da União Europeia

⁷⁹ OIT (2001). Guidelines on OSH Management Systems (ILOOSH), em: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd27/guidelin.pdf>

⁸⁰ FACTS 92 (2010). Integração da SST nos processos de gestão empresarial: Resumo de um relatório da Agência

A “Estratégia Nacional para a segurança e saúde no trabalho: 2008-2012” aponta também a promoção de mudanças de comportamento como uma das definições estratégicas para diminuir os acidentes de trabalho e alude a uma cultura partilhada entre gestão e trabalhadores de prevenção dos riscos profissionais. Um dos objetivos é o de “desenvolver e consolidar uma cultura de prevenção entendida e assimilada pela sociedade” e tem como meta a redução dos acidentes de trabalho na ordem dos 25% e a simplificação da legislação.

Com objetivo de reduzir os acidentes de trabalho, a campanha associada ao dia mundial da segurança e saúde no trabalho – 2011 da OIT, realça também a importância na implementação de sistema de gestão da segurança e saúde no trabalho (SGSST) como “ferramenta para a melhoria contínua na prevenção de incidentes e acidentes de trabalho”, com base no ciclo PDCA: PLAN, DO, CHECK, ACT (Planificar, Desenvolver, Verificar e Ajustar), conforme a figura 2.9⁸¹.

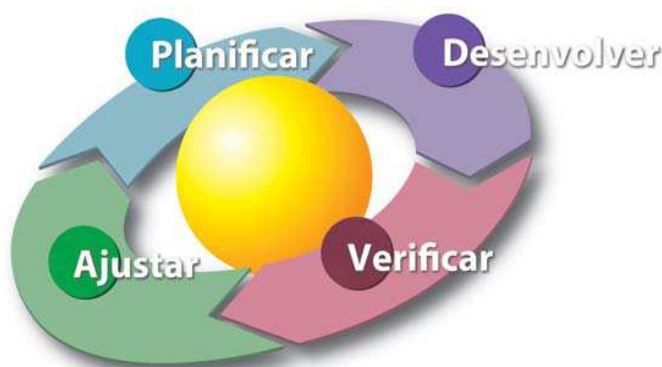


Figura nº 2.9 - O Ciclo operacional Deming⁸²

Quando aplicado a Segurança e Saúde do Trabalho (SST): “*Planificar*” envolve a definição duma política de SST, o planeamento incluindo a afetação de recursos, a aquisição de competências e a organização do sistema, a identificação de perigos e a avaliação de riscos. A etapa “*Desenvolver*” refere-se à implementação e à operacionalidade do programa de SST. A etapa “*Verificar*” destina-se a medir a eficácia anterior e posterior ao programa. Finalmente, a etapa “*Ajustar*” fecha o ciclo com uma análise do sistema no contexto de uma melhoria contínua e do aperfeiçoamento do sistema para o ciclo seguinte.

A implementação desse sistema é uma ferramenta de auxílio que permite, de uma forma organizada, sistemática e estruturada, gerir as atividades relativas à SST de acordo com a norma OHSAS 18001:2007 / NP 4397:2008, através de requisitos que permitem que as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) possam controlar os seus riscos para a segurança e saúde no trabalho e melhorar o seu desempenho, sendo que a sua certificação promove um ambiente de trabalho saudável e seguro, permitindo às instituições melhorar o seu desempenho de uma forma consistente, contribuindo para reforçar a confiança na sua responsabilidade social⁸³.

⁸¹ OIT (2011). SGSST: Um instrumento para uma melhoria contínua

⁸² Diagrama de Karn G. Bulsuk, em: (<http://blog.bulsuk.com/2009/02/taking-first-step-with-pdca.html#axzz1GBg5Y7Fn>)

⁸³ APCER (2010). Guia interpretativo OHSAS 18001 | NP 4397

A responsabilidade social, enquanto evolução positiva e estrategicamente importante, tem também assumido uma importância cada vez maior, salientando-se a recente norma NP ISO 26000:2011 / NP 4469:2011, sendo que a SST é uma componente essencial da responsabilidade social, oferecendo a gestão e colaboradores uma série de oportunidades e desafios⁸⁴ ao Sistema de Gestão da Segurança e Saúde no Trabalho (SGSST).

A implementação de um SGSST de acordo com os requisitos da 18001:2007 / NP 4397:2008 (no caso de Portugal da norma NP 4397) permite que a organização possa vir a ter o seu sistema reconhecido por uma entidade exterior à semelhança do que acontece com outros sistemas de gestão, como são exemplo a NP EN ISO 9001:2008 ou a NP EN ISO 14001:2004. A decisão de certificar o sistema de gestão implementado é sempre da organização, assim como, a escolha da entidade certificadora.

Segundo Pires (2004) “A integração e compatibilização de sistemas têm um impacto importante ao nível operacional, nomeadamente: A interpretação dos requisitos da norma OHSAS 18001:2007 / NP 4397:2008 pode ser feita com base nos requisitos da norma NP EN ISO 9001:2008; Grande parte dos procedimentos do sistema da qualidade pode ser diretamente adotadas pelos outros sistemas; Outros procedimentos são facilmente adaptáveis, com base na filosofia da gestão da qualidade (assegurando ganhos na gestão documental, evitando a proliferação de documentos e registos, e consumos de tempo associados à sua aplicação e gestão); Os requisitos mais endereçados ao sistema de gestão da segurança e saúde no trabalho (SGSST) podem ser associados a requisitos próximos do sistema da qualidade; Por último, a própria linguagem da norma OHSAS 18001:2007 / NP 4397:2008 pode ser entendida com mais facilidade se adotarmos a NP EN ISO 9001:2008 como base de referência”.

As instituições dependem ainda de entidades de certificação acreditadas pelo Instituto Português de Acreditação, IP (IPAC)⁸⁵ para avaliar o seu nível de cumprimento face às exigências do SGSST e a eficácia das medidas implementadas. Os processos de auditoria completam o SGSST, providenciando uma avaliação independente do seu desempenho e propondo ações corretivas e novos objetivos para melhorias futuras⁸⁶.

Um dos requisitos fundamentais da OHSAS 18001:2007 / NP 4397:2008 é o cumprimento da legislação, que aliás deve ser sempre um compromisso da gestão das instituições.

As auditorias de concessão da certificação ao nível de SGSST têm uma fase específica para verificar o cumprimento da legislação aplicável em matéria da SST. Por estas razões, aponta-se como uma das vantagens da implementação de um SGSST a evidência do compromisso do cumprimento da legislação. No entanto, os SGSST são mais abrangentes do que o cumprimento da legislação, promovendo a implementação de um modelo pró-ativo de gestão da segurança e saúde no trabalho e incentivando a organização à melhoria contínua do seu sistema.

⁸⁴ FACTS 54 (2004). Responsabilidade social das empresas e segurança e saúde no trabalho

⁸⁵ IPAC (2010). OEC008: Certificação SGSST (v311210)

⁸⁶ OIT (2011). SGSST: Um instrumento para uma melhoria contínua, p. 9

3 – A SEGURANÇA NAS ESTRUTURAS RESIDENCIAIS PARA IDOSOS

A realidade da solidariedade social em relação aos lares e estruturas residenciais para idosos, numa perspetiva de segurança e higiene do trabalho⁸⁷, é uma realidade ainda pouco documentada em Portugal, havendo pouca bibliografia ou informações gerais disponíveis sobre o tema.

A gestão destes equipamentos sociais, podem ocorrer relações tensas com os colaboradores no respeito pelos direitos de organização (emprego, contratação coletiva de trabalho e da proteção da mobilidade profissional⁸⁸) e no cumprimento das regras de segurança e saúde no trabalho (SST) dos seus trabalhadores, pois sendo em baixo número têm dificuldade em conseguir realizar o seu trabalho com qualidade para os utentes, face às necessidades de polivalência ou à ausência de iniciativas de reintegração para pessoas incapacitadas a longo prazo⁸⁹.

As instituições também carecem de pessoal qualificado, sobretudo quando se trata de apoio a utentes mais carenciados que não têm poder económico para viverem nas estruturas residenciais. Acrescem as dificuldades em recrutar novos trabalhadores, sector que emprega sobretudo mulheres e que se “feminizou” por um lado, pelas qualidades femininas para este tipo de funções – enfermagem, limpeza, auxílio e prestação de cuidados - e por outro, devido à massiva entrada de mulheres no mercado de trabalho. Do grupo não-técnico, os ajudantes de lar e o pessoal auxiliar são os trabalhadores mais numerosos nos lares para idosos. Mas, há todo um conjunto de outras categorias inseridas neste trabalho, que precisam de maior atenção, como é ainda, os enfermeiros, pessoal das cozinhas, motoristas, auxiliares de ação médica e de limpeza.

A diversidade e a gestão da diversidade no local de trabalho são atualmente questões importantes, no âmbito da SST⁹⁰. Contudo, a diversidade raramente tem sido alvo de estudo na perspetiva da avaliação de riscos. Ainda são escassos os instrumentos práticos de avaliação de riscos que levam em consideração os riscos específicos a que estão expostos, por exemplo, pessoas com deficiência⁹¹, trabalhadores migrantes, trabalhadores idosos e trabalhadores temporários⁹². Isto conduziu ao lançamento de iniciativas destinadas a persuadir as instituições da importância da segurança e saúde no trabalho (SST) e a estabelecer uma ligação clara entre a SST e o desempenho organizacional⁹³. Muitos destes fatores, de difícil quantificação, conduzem à promoção da SST de forma qualitativa, sem recurso a análises de custo/benefício quantitativas, através de incentivos⁹⁴.

⁸⁷ AESST (2008). Facts 76: Economia nacional e SST

⁸⁸ MTSS (2011). Em: www.portugal.gov.pt/pt/GC18/Documentos/MTSS/Emprego_Proteccao_mobilidade.pdf

⁸⁹ AESST (2001). Facts 12: A SST e Empregabilidade: Os Programas, Práticas e Experiências na UE

⁹⁰ AESST (2010). Relatório anual, em: http://osha.europa.eu/pt/publications/annual_report/ar_summary_2010

⁹¹ AESST (2004). Facts 53: Garantir a segurança e a saúde dos trabalhadores com deficiência

⁹² AESST (2009). Facts 87: Diversidade dos trabalhadores e avaliação de riscos: garantir uma abrangência total

⁹³ AESST (2008). Facts 76: Economia nacional e SST

⁹⁴ AESST (2010). Facts 76: Resumo do relatório sobre os incentivos económicos para a melhoria da SST: Análise à escala europeia

A segurança e saúde no trabalho (SST) requerem um forte comprometimento da Gestão, a participação dos trabalhadores e um sistema de gestão bem estruturado⁹⁵. É da responsabilidade da Gestão, avaliar os riscos e tomar medidas práticas para proteger a SST dos seus trabalhadores, manter registos de acidentes, fornecer informação e formação, consultar os trabalhadores e cooperar e coordenar medidas com as partes interessadas. A consulta dos trabalhadores contribui para uma correta deteção dos riscos e para a aplicação de soluções viáveis. Uma abordagem estruturada da gestão, garante uma avaliação completa dos riscos bem como a introdução e observância de métodos de trabalho seguros. A realização de auditorias e a revisão do sistema pela gestão⁹⁶ permitem verificar se essas medidas continuam a ser adequadas, conforme a figura 3.1.



Figura nº 3.1 – Linhas orientadoras sobre SGSST: Um ciclo de melhoria contínua⁹⁷

3.1 – Gestão da segurança e saúde no trabalho

A Diretiva 89/391/CEE, de 12 de Junho de 1989, baseia-se na avaliação periódica dos riscos e ainda pela necessidade de, ao nível das instituições, serem criados serviços de prevenção que organizem de forma adequada as atividades de segurança e saúde no trabalho (SST). Para além de constituir uma obrigação legal e social, as organizações valorizam o facto de se prevenir lesões e doenças dos trabalhadores resultantes do trabalho, mas ela é também um elemento fundamental do êxito de uma organização⁹⁸.

⁹⁵ AESST (2001). Facts 13: Uma Gestão bem sucedida para Prevenir Acidentes

⁹⁶ De acordo com a norma OHSAS 18001:2007 / NP 4397:2008

⁹⁷ OIT (2011). SGSST: Um instrumento para uma melhoria contínua, p. 7

⁹⁸ AESST (2008). Facts 77: Vantagem para as empresas de uma boa SST

A avaliação de “custos-benefícios” das medidas de SST tem vindo a adquirir uma importância crescente na maior parte dos Estados-Membros, e ao mesmo tempo, o reconhecimento da importância dos aspetos éticos no âmbito da formulação dessas mesmas políticas de SST⁹⁹.

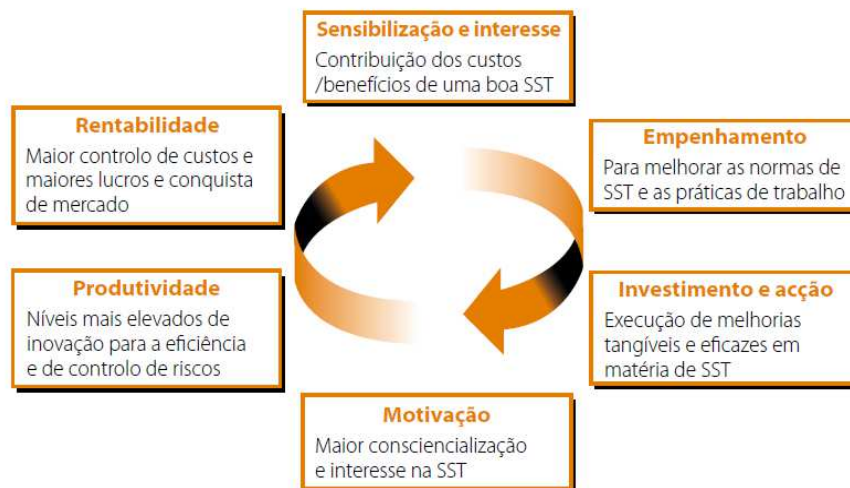


Figura nº 3.2 – Vantagens de uma boa segurança e saúde no trabalho

As alterações que se verificam atualmente ao nível da estrutura de emprego, com os riscos emergentes (como o stress, o assédio moral e sexual, a sobrecarga de trabalho, o trabalho por turnos ou o trabalho noturno, o trabalho temporário, bem como a feminização e o envelhecimento), tornam premente a identificação de soluções para que, dispondo de recursos humanos competentes, as instituições estejam em reais condições de igualdade com a média europeia.

A gestão da SST abrange todas as atividades de qualquer instituição e tem como objetivo a prevenção dos riscos profissionais, a minimização dos custos económicos decorrentes dos acidentes, o contributo para a melhoria do desempenho dos colaboradores e garantia de segurança para todos os seus utentes. Verifica-se uma preocupação, por parte das instituições sociais, em integrar este sistema de gestão nas suas organizações, bem como, a dinamização dos projetos de vida e um cuidado no acompanhamento aos utentes¹⁰⁰.

A prevenção de riscos profissionais constitui um dos fatores de desenvolvimento das instituições, ao contribuir para a sua competitividade e para a qualidade de vida dos trabalhadores¹⁰¹. Quando os índices de sinistralidade e os casos de doenças profissionais diminuem, o absentismo dos trabalhadores e os tempos de paragem diminuem na mesma proporção, consolidando a imagem das instituições, favorecendo a fixação de pessoal qualificado e atraindo utentes, famílias e outros, que acompanham a sua atividade.

⁹⁹ AESHT (2010). O impacto económico da política de segurança e saúde no trabalho nos Estados-Membros da EU

¹⁰⁰ AESST (2008). Facts 77: Vantagem para as empresas de uma boa SST

¹⁰¹ AESST (2010). Inquérito europeu às empresas sobre riscos novos e emergentes

O direito dos trabalhadores à prestação do trabalho em condições de segurança encontra-se consagrado na constituição da república e regulamentado na Lei n.º 102/2009 de 10 de Setembro que aprova o regime jurídico da promoção da SHT. Todos os trabalhadores, sem exceção, têm direito à prestação de trabalho em condições que respeitem a sua segurança e saúde asseguradas pelo empregador, independentemente do seu vínculo contratual.

As principais dificuldades¹⁰² das instituições são os edifícios antigos, onde há ausência de procedimentos que possibilitem uma reação adequada dos diversos agentes envolvidos, em situação de eventual catástrofe, nos quais se verifica a desadequação das instalações a pessoas com mobilidade condicionada, no que diz respeito ao acesso a edifícios, desadequada implementação dos mecanismos de segurança contra incêndios, seja no referente à omissão, em algumas situações, de mecanismos de alerta, alarme e extinção de incêndios, ou ao nível da elaboração de planos de emergência, ou do índice de periodicidade de ações formativas realizadas aos colaboradores¹⁰³.

Algumas instituições não têm um plano de segurança e plantas de emergência, nem é implementada ações de treino específico dos colaboradores e utentes, por parte dos bombeiros, das câmaras municipais ou pelo Serviço de Proteção Civil. O Decreto-Lei nº 220/2008, de 12 de Novembro, aprovou o regime jurídico da segurança contra incêndio (SCIE)¹⁰⁴, aplicável a todos os edifícios (Tipo V - Hospitalares e Lares de idosos), assim como das medidas de autoproteção previstas na Portaria n.º 1532/2008, de 29 de Dezembro pelo que o passa pela verificação e implementação das condições de segurança e do cumprimento de toda a legislação aplicável¹⁰⁵.

A melhoria das condições de segurança e a existência de um bom ambiente de trabalho é importante por razões humanas, para reduzir o sofrimento e as doenças dos trabalhadores e dos utentes, mas também porque assegura, no longo prazo, o êxito e a sustentabilidade das organizações e a prosperidade das economias.

Em tempos de crise, o reforço das políticas e a legislação anti discriminação torna-se mais difícil, face à cultura das organizações, da legislação e das práticas nacionais, de fatores sociais e culturais, e de diferentes perceções sobre as causas dos problemas económicos e sociais.

No que respeita ao novo regime jurídico de segurança contra incêndios, apos a gestão e direção técnica denotaram um maior envolvimento no âmbito da proteção civil, que visam a prevenção de riscos internos e externos, nomeadamente com os aspetos relacionados com procedimentos de prevenção, plano de prevenção, plano de emergência interno e registos de segurança.

¹⁰² RTES (2010). Recomendações Técnicas para Equipamentos Sociais: Lares de idosos

¹⁰³ PROCIV (2008). Caderno Técnico 4: Manual para elaboração de planos de segurança para estabelecimentos de apoio social a pessoas idosos

¹⁰⁴ ANPC (2007). 00 NT SCIE: Listagem das novas notas técnicas de SCIE ref.0.0.00

¹⁰⁵ ANPC (2009). Compilação Legislativa SCIE. 1ª edição

3.2 – Igualdade de género

A relação¹⁰⁶ entre a igualdade de género, a conciliação das responsabilidades profissionais e familiares, a proteção da maternidade e da paternidade, o assédio sexual, ação das organizações de empregadores e de trabalhadores, do emprego, da contratação coletiva de trabalho e proteção da mobilidade profissional, torna-se importante numa época de adversidade económica¹⁰⁷.

A igualdade de género¹⁰⁸ é apresentada como sinónimo de luta das mulheres pela sua independência económica, igualdade salarial e empoderamento, mas é a clarificação de ambos, homens e mulheres, trabalharem em conjunto para os mesmos propósitos e metas, e concordarem que as tradicionais funções socialmente definidas como tipicamente femininas e masculinas têm de ser mudadas ao nível da segurança e higiene no trabalho (SHT)¹⁰⁹.

Um método de avaliação dos postos de trabalho sem enviesamento de género em igualdade salarial deve: comparar ocupações de predominância, comparar trabalho de valor igual e conteúdo (posto de trabalho/ocupação), tornar visíveis exigências associadas a um posto de trabalho; e atribuir o justo valor de um trabalho.

Ao aprofundar as características/exigências dos postos de trabalho, pode trazer benefícios a vários níveis, contribuindo para melhorar as práticas de gestão de recursos humanos, de organização do trabalho e da segurança e saúde no trabalho (SST)¹¹⁰.

Nas estruturas residenciais para idosos, predomina o feminino¹¹¹ e deste modo realçam a igualdade no género. Na realidade, as políticas europeias¹¹² e nacionais melhoraram nas últimas décadas, mas subsistem ainda desafios importantes em matéria de igualdade de género no trabalho. As mulheres continuam a sofrer discriminações nos empregos que lhes são disponibilizados, na remuneração, nas regalias e condições de trabalho e no acesso a cargos de decisão¹¹³, assim como na maior suscetibilidade das mulheres relativamente à intimidação e assédio moral e sexual.

Em 1995¹¹⁴, os problemas de saúde evidenciados pelas mulheres já encontravam-se próximo ou, acima, de metade dos casos, por exemplo, alergias (45%), doenças infecciosas (61%), afeções neurológicas (55%), e problemas hepáticos e dermatológicos (48%). Acresce que, os serviços sociais e de saúde, o sector das limpezas, entre outros, destacavam um aumento das taxas de acidentes, inclusive de acidentes mortais.

¹⁰⁶ OIT (2011). Igualdade no trabalho: Relatório global, p. 11 a 14

¹⁰⁷ MTSS (2011). Emprego, contratação coletiva trabalho e proteção mobilidade profissional em Portugal

¹⁰⁸ MTSS (2010). Plano de Ação para a Igualdade, p. 4

¹⁰⁹ CITE (2010). A igualdade de mulheres e homens no trabalho e no emprego

¹¹⁰ OIT (2008). Valor do Trabalho e Igualdade de Género, p. 11

¹¹¹ CCIG (2008). Manual Integração da Dimensão da Igualdade de Género nas Políticas de Inclusão e Proteção Social

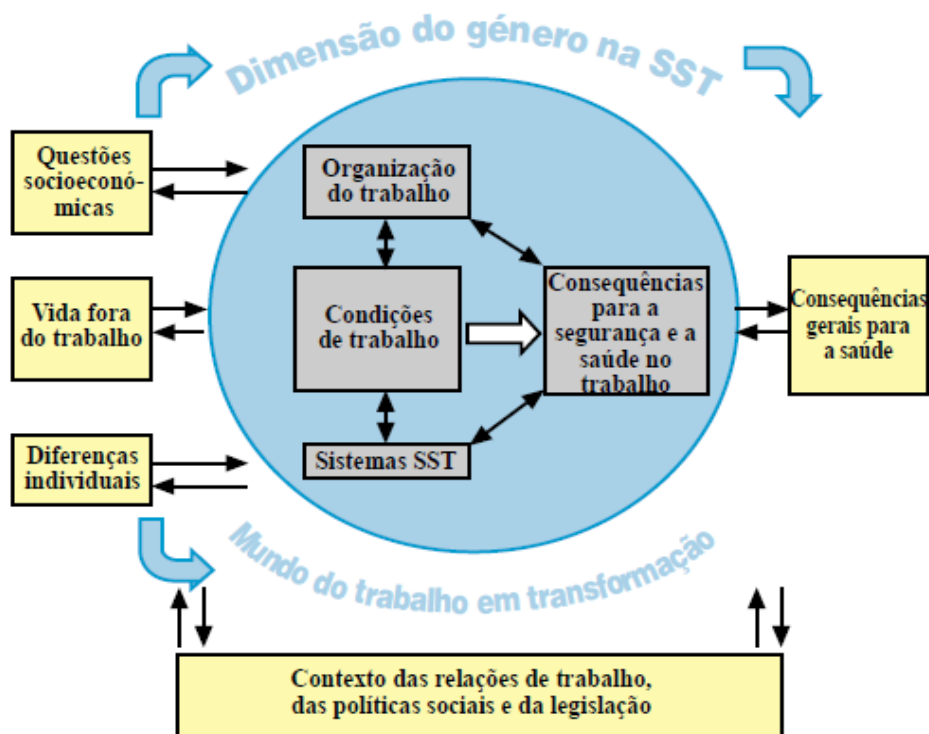
¹¹² EU (2010). Strategy for equality between women and men 2010-2015

¹¹³ OIT (2010). A igualdade de género no coração do trabalho digno

¹¹⁴ EU-OSHA (2011). Risks and Trends in the Safety and Health of Women at Work

Em Portugal, 75,5 % do total de acidentes de 2008 ocorreram com sinistrados homens, enquanto as ocorrências com mulheres, aumentou para 24,5 % em 2008 (23,5 % em 2007), constatando-se uma crescente incidência de acidentes nas mulheres desde 2003. A incidência nos homens, manteve-se abaixo do seu valor de referência desde 2003, pelo que o afastamento evidencia a crescente sinistralidade nas mulheres, alimentado pela própria evolução do emprego para este sexo. No caso dos acidentes de trabalho por “atividades de saúde humana e apoio social”, sendo uma das atividade que atingem as mulheres (85%)¹¹⁵.

Por força das diferenças entre os géneros¹¹⁶, existem diferenças quanto aos riscos e perigos a que homens e mulheres estão expostos, sendo necessários esforços para melhorar as condições de trabalho. A abordagem neutra em termos de género na avaliação dos riscos e na prevenção pode fazer com que os riscos incorridos pelas mulheres sejam subestimados ou mesmo ignorados¹¹⁷.



Quadro nº 3.1 – Exemplo ilustrativo de casos de diferenças de género suscetíveis de afetar a SST

Apresentamos no **Anexo 1** alguns exemplos de diferenças de género nos riscos e nas repercussões para a saúde dos perigos e riscos, e das etapas de construção do método de avaliação dos postos de trabalho sem enviesamento de género.

¹¹⁵ GEP/MSSS (2011). Inquérito aos Ganhos, relativos aos meses de Abril e Outubro de 2010, p. 20 e 21

¹¹⁶ AESST (2003). Facts 42: Problemática do género na segurança e saúde no trabalho

¹¹⁷ AESST (2003). Facts 43: Integrar a dimensão do género na avaliação dos riscos

3.3 - Identificação dos riscos profissionais

Todos os colaboradores devem estar conscientes de que o seu trabalho envolve riscos para si próprios e para terceiros¹¹⁸. Como tal, os responsáveis pelas instituições¹¹⁹ devem considerar a necessidade de formação adequada ao exercício das várias funções, respeitando as regras de segurança e saúde e com capacidade para reagir adequadamente perante uma situação de perigo ou risco que possa surgir no desenrolar das suas funções¹²⁰.

Neste contexto, a antecipação, a identificação, a avaliação e o controlo de riscos com origem no local de trabalho, que possam deteriorar a saúde e o bem-estar dos trabalhadores, são os princípios fundamentais do processo de avaliação e de gestão de riscos profissionais. O possível impacto nas comunidades envolventes e no meio ambiente deve ser igualmente tomado em consideração¹²¹. A identificação de riscos constitui a primeira fase do processo de gestão de riscos, permitindo à gestão analisar as medidas que devem tomar para melhorar a saúde e a segurança no local de trabalho (SST). Quando um risco é identificado, a primeira coisa a considerar é a possibilidade de eliminar esse risco. Se tal não for possível, os riscos devem ser controlados¹²².

De acordo com a Organização Mundial do Trabalho¹²³ (OIT), um perigo é a propriedade intrínseca de um produto (por exemplo produtos químicos), de um processo ou de uma situação nociva, que provoca efeitos adversos na saúde ou causa danos materiais, e que pode ter origem numa situação de trabalho (utilização de uma escada, incêndio ou num chão escorregadio). Risco é a possibilidade ou a probabilidade de que uma pessoa fique ferida ou sofra efeitos adversos na sua saúde quando exposta a um perigo, ou que os bens se danifiquem ou se percam: *Perigo x Exposição = Risco*.

As diversas áreas de conhecimento e metodologias de avaliação e controlo dos riscos profissionais tendentes a identificar, caracterizar e avaliar situações de risco profissional, permitem o desenvolvimento de programas de prevenção e gestão dos riscos profissionais. Nesse contexto devem ser valorizadas as variáveis individuais (trabalhadores) para além das variáveis ambientais, aquando da avaliação e gestão do risco em SST¹²⁴. Para o concretizar, a deteção de perigos e a avaliação de riscos têm de ser consideradas de modo a identificar o que poderia afetar os trabalhadores, para que se possam desenvolver e implementar medidas de prevenção e de proteção adequadas¹²⁵.

¹¹⁸ AESST (2001). Facts 17: Como transmissão de uma Mensagem: Uma Campanha de Segurança e de Saúde

¹¹⁹ AESST (2008). Facts 80: Avaliação de riscos: Funções e responsabilidades

¹²⁰ AESST (2007). E_FACTS 18: Risk assesment in Health Care

¹²¹ AESST (2000). Facts 7: Futuras necessidades e prioridades de investigação no domínio da SST na EU

¹²² AESST (2008). Locais de trabalho seguros e saudáveis

¹²³ OIT (2011). SGSST: Um instrumento para uma melhoria contínua, p. 4

¹²⁴ UVA, A. (2006). Avaliação e gestão do risco em saúde ocupacional: Algumas vulnerabilidades. Revista saúde ocupacional. Volume temático n.º 6

¹²⁵ AESST (2008). Facts 81: Avaliação de riscos, a chave para locais de trabalho seguros e saudáveis

Na maior parte das organizações, a avaliação de riscos numa abordagem direta em cinco fases, deverá funcionar conforme as etapas definidas:

Etapas 1 – Identificar os perigos: Procurar nas atividades / tarefas o que é suscetível de causar danos e identificar os trabalhadores eventualmente expostos.

Etapas 2 – Determinar quem pode ser afetado e como: Estimar os riscos existentes e estabelecer prioridades por ordem de importância. É essencial definir prioridades para os trabalhos destinados a eliminar ou prevenir riscos.

Etapas 3 – Avaliar os riscos e decidir sobre as precauções a tomar, identificando as medidas adequadas para eliminar ou controlar os riscos.

Etapas 4 – Registrar os resultados e implementá-los: Aplicar as medidas de prevenção e de proteção identificadas de acordo com um plano de atribuição de prioridades, especificando quem faz o quê e quando, o prazo para a execução de cada tarefa e os meios consagrados à aplicação das medidas.

Etapas 5 – Rever a avaliação e atualizá-la se necessário: A avaliação deve ser revista, para assegurar a sua atualidade. Deve igualmente ser revista sempre que ocorram mudanças nas instituições ou no seguimento das conclusões de um inquérito sobre um acidente ou “quase acidente”.

Por detrás de uma noção como a de avaliação de riscos, há as pessoas que podem perder a vida, ou ter de viver para sempre com as consequências dos acidentes sofridos e dos danos causados à sua saúde, por os riscos não terem sido identificados e prevenidos. Os trabalhadores do sector social, incluindo a área da saúde e no apoio aos idosos, têm de fazer face a uma série de atividades e ambientes que constituem uma ameaça para a sua saúde e os colocam em risco de doenças profissionais ou de acidentes de trabalho.

Apresentamos informações sobre esses tipos de riscos e métodos eficazes para os avaliar e eliminar ou minimizar. A natureza do seu trabalho (prestação de cuidados de primeira linha a pessoas com problemas físicos ou mentais; envolvimento com os idosos doentes; serviços de limpeza; alimentação, etc...), torna imperativo que a segurança constitua uma prioridade. Entre os riscos a que os trabalhadores estão expostos contam-se:

- **Riscos biológicos**¹²⁶, por exemplo, infeções causadas por picadas de agulhas¹²⁷, prevenção de ferimentos provocados por objetos cortantes ou perfurantes, pandemias¹²⁸ (gripe A – H1N1)¹²⁹, agora no período pós-pandémico¹³⁰, e gripes sazonais¹³¹.

¹²⁶ AESST (2007). FACTS 68: Previsões de peritos sobre os riscos biológicos emergentes relacionados com a SST

¹²⁷ AESST (2008). E_FACTS 40: Avaliação de riscos e ferimentos por picada de agulha

¹²⁸ DGS (2010). Gripe sazonal 2010/2011 - Casos graves pela estirpe A (H1N1)

¹²⁹ DGS (2009). Plano Contingência para Lares: Medidas de proteção individual contra a Gripe A (H1N1)

¹³⁰ DGS (2010). Descrição das fases de pandemia e principais ações por fase - OMS

¹³¹ DGS (2011). Vacinação contra a gripe com a vacina trivalente na época

- **Riscos químicos**¹³², substâncias perigosas¹³³ utilizadas pelos serviços de limpeza¹³⁴, cozinha e lavandaria, incluindo desinfetantes e detergentes, drogas¹³⁵, resinas e plásticos, antibióticos, latex (luvas), problemas da pele de origem profissional provocados pelo contacto com determinadas substâncias no trabalho. Afetam as mãos e os antebraços, mais suscetíveis de estar em contacto com a substância, mas podem alastrar-se por outras partes do corpo¹³⁶.

- **Riscos físicos**¹³⁷, como lesões músculo-esqueléticas¹³⁸, escorregões¹³⁹ e tropeções¹⁴⁰, stress térmico¹⁴¹, ruído¹⁴², iluminação, uso e manutenção de equipamentos¹⁴³. Os riscos associados ao uso de equipamentos de proteção individual (EPI's) resultam da falta de informação e formação para o manuseamento e manutenção das máquinas, por exemplo, riscos de choque, cortes, esmagamento e queimaduras.

Segundo Pereira, F. D. (2003) na manutenção, deve-se ter em conta a facilidade de obtenção de materiais consumíveis e de peças de reserva, as condições de trabalho e a economia de custos, incluindo os custos indiretos relacionados com as perdas de horas de trabalho devidas a avarias, acidentes ou “quase acidente”.

- **Riscos ergonómicos**¹⁴⁴, são os mais frequentes e os que afetam com diferente gravidade os trabalhadores¹⁴⁵, por exemplo, os que se ocupam de idosos com pouca mobilidade são obrigadas a movimentar os doentes diversas vezes ao dia¹⁴⁶, para as erguer, deslocar, sentar ou deitar, dar banho¹⁴⁷ apoiar, movimentação de cargas¹⁴⁸ e das cadeiras de rodas, representando uma carga considerável para os sistemas músculo-esqueléticos dos trabalhadores¹⁴⁹, podendo mesmo dar origem¹⁵⁰ a lesões músculo-esqueléticas¹⁵¹.

Os sectores da limpeza¹⁵² e da cozinha¹⁵³ são transversais a todas as atividades económicas definindo-se sobretudo pelas tarefas executadas. A maioria dos trabalhadores são mulheres, muitas das quais imigrantes, empregadas em regime de trabalho temporário, ora, a precariedade do trabalho, a rotatividade e as dificuldades de expressão em língua portuguesa (dado que muitas são imigrantes), bem como o facto de se tratar na sua maioria de trabalhadoras pouco qualificadas, são razões acrescidas de preocupação nesta área.

¹³² AESST (2008). FACTS 84: Previsões sobre riscos químicos emergentes; E-FACT53 (2010): Risk assessment biological agents

¹³³ AESST (2003). FACTS 35: A comunicação da informação sobre substâncias perigosas

¹³⁴ AESST. E_FACTS 36: Prevenção de acidentes e de doenças nos trabalhadores do sector da limpeza

¹³⁵ AESST (2003). FACTS 39: Alergêneos respiratórios

¹³⁶ AESST (2003). FACTS 40: Agentes sensibilizadores da pele - 2003

¹³⁷ AESST (2000). FACTS 60: Previsões de peritos sobre os riscos físicos emergentes associados à SST

¹³⁸ AESST (2007). Redução dos riscos de lesões músculo-esqueléticas no local de trabalho

¹³⁹ AESST (2001). FACTS 14: Prevenção de Escorregões e Tropeções Relacionados com o Exercício de uma Profissão

¹⁴⁰ AESST (2001). Prevenção de Escorregões e Tropeções

¹⁴¹ AESST. E_FACTS 27: Ambientes aquecidos no sector HORECA

¹⁴² AESST (2005 a 2006). FACTS 56, 57, 58, 59 e 67: Ruído

¹⁴³ AESST. E_FACTS 38: Equipamento de trabalho, ferramentas e trabalhadores de limpeza

¹⁴⁴ AESST (2000). FACTS 3: Perturbações Músculo-Esqueléticas causadas pelo trabalho na Europa

¹⁴⁵ AESST: E_FACTS 45: Lista de verificação para a prevenção de más posturas de trabalho

¹⁴⁶ AESST: E_FACTS 28: Técnicas mobilização doentes para prevenir lesões músculo-esqueléticas na prestação de cuidados de saúde

¹⁴⁷ Silva, A., Duarte, C., Gaia, T. (2005). Ajudas técnicas para o banho: Reabilitação das pessoas com deficiência. 2ª edição

¹⁴⁸ AESST (2007). E_FACTS 24: Movimentação Manual Cargas – Práticas em vários países

¹⁴⁹ Diretiva 90/269/CEE, transposta pelo Decreto-Lei n.º 330/93: Movimentação manual de cargas que comportem riscos região dorso-lombar

¹⁵⁰ AESST (2007). E_FACTS 71: Introdução às lesões músculo-esqueléticas

¹⁵¹ AESST (2008). FACTS 78: Perturbações Músculo-Esqueléticas relacionadas com o trabalho

¹⁵² AESST (2009). Facts 86: Prevenção de acidentes e doenças profissionais dos trabalhadores do sector da limpeza

¹⁵³ AESST (2008). E-Fact 21: Introduction to the HORECA Sector; E_FACTS 24: Lesões músculo-esqueléticas no sector HORECA

- **Riscos psicossociais**¹⁵⁴, relacionam-se com o papel social do trabalhador e as suas relações interpessoais no trabalho, horários de trabalho noturno e por turnos, stress laboral¹⁵⁵, exigências profissionais¹⁵⁶, falta de orientação das chefias, assédio moral¹⁵⁷, injustiças organizacionais, violência dos utentes¹⁵⁸ e trabalho de equipa ineficiente.

É importante que, antes da difusão das informações sobre boas práticas no local de trabalho, seja realizada uma avaliação adequada de todos os riscos e perigos, a fim de assegurar uma verdadeira redução da exposição dos trabalhadores e de outras pessoas a danos e não apenas a substituição de um risco por outro¹⁵⁹. Deverá ser um exame cuidadoso daquilo que, no ambiente de trabalho, é suscetível de causar danos às pessoas, e que permite determinar se as precauções tomadas são suficientes ou se é necessário adotar mais medidas para prevenir eventuais danos.

Apresentamos em anexo (ver **Anexo 2**) uma descrição simples de uma avaliação de riscos através do método das matrizes compostas. O método das matrizes permite o tratamento de dados, com a elaboração de listagens com medidas preventivas/corretivas, listagens de situações perigosas por grau de risco, permitindo também o estabelecimento de prioridades de atuação¹⁶⁰. O exemplo apresentado, segundo o método das matrizes compostas, indica que o conjunto de funções que apresenta maior grau de risco é o realizado pelas ajudantes de ação direta¹⁶¹.

Os resultados de uma avaliação de riscos devem permitir aos responsáveis das instituições escolher as medidas de boas práticas mais adequadas a cada situação, porém antes da aplicação de uma boa prática no local de trabalho, deve proceder-se, sistematicamente, a uma avaliação de riscos.

Os lares e estruturas residenciais para idosos também podem beneficiar do projeto de ferramenta interativa de avaliação de riscos em linha (OiRA), que tem como objetivo a redução dos encargos das pequenas empresas, com a realização e a documentação das avaliações de riscos, tornando o processo mais fácil e rápido, mas não menos rigoroso para às necessidades do processo de trabalho, a título gratuito¹⁶².

Apresentamos também no **Anexo 3** uma descrição simples de recomendações de segurança para as instituições e seus trabalhadores. O Health and Safety Executive (HSE) utiliza a seguinte frase nas suas publicações: *“As presentes orientações representam o que é considerado como boas práticas... Não é obrigatório seguir estas orientações e é livre de tomar outras medidas... mas estará a fazer o que é necessário para respeitar a legislação?”*

¹⁵⁴ AESST (2007). FACTS 74: Previsão dos peritos sobre os riscos psicossociais emergentes

¹⁵⁵ AESST (2002). FACTS 8: Stress no trabalho – 2000; FACTS 22 – Stress relacionado com o trabalho

¹⁵⁶ AESST (2002). FACTS 32: Como enfrentar riscos psicossociais e reduzir Stresse Trabalho

¹⁵⁷ AESST (2002). FACTS 22: O assédio moral no local de trabalho

¹⁵⁸ AESST (2002). FACTS 23: Violência no trabalho

¹⁵⁹ AESST (2009). Facts 85: Avaliação, eliminação e redução substancial dos riscos profissionais

¹⁶⁰ Cristina I. R. de Sousa (2008). Metodologias SHT a adotar pelos trabalhadores de um lar de idosos. Universidade da Madeira

¹⁶¹ ISS (2010). Orientação técnica n.º 18: Saúde e Segurança no Trabalho conservação de documentos e destino dos dados de saúde

¹⁶² Em: <http://osha.europa.eu/pt/topics/riskassessment/OiRA-Online-Risk-Assessment>

3.4 - Acidentes de trabalho

Segundo dados da organização internacional do trabalho (OIT), anualmente perdem a vida 2 milhões de trabalhadores, ocorrem cerca de 270 milhões de acidentes de trabalho, 1 milhão de trabalhadores ficam incapacitados e cerca de 160 milhões contraem doenças por causas diretamente relacionadas com o trabalho¹⁶³.

Os países da UE que estão no grupo dos mais desenvolvidos do mundo (Dinamarca – 4,9%, França – 5,4%, Finlândia – 6,3% e Suécia – 5,1%), aparecem, de acordo com as estatísticas, como os países com maior incidência (% do total de trabalhadores) de acidentados no trabalho. Os países com maiores problemas de desenvolvimento da União Europeia (Bulgária – 0,6%, Hungria – 1,0%, Polónia – 1,1%, Eslováquia – 1,6% e Letónia – 1,0%) aparecem como os que apresentam uma menor taxa de incidência de acidentados face ao total de trabalhadores.

Em Portugal, 3% dos trabalhadores tiveram um acidente de trabalho em 2008¹⁶⁴. Este valor, abaixo da média comunitária (EU-27 3,6% / EU-15 3,2%), não deixa de sugerir que estamos entre os países onde trabalhador acidentado necessita mais vezes de baixa médica (86% dos casos de acidente e 4.º lugar na EU-27) para recuperar do acidente, e entre os países em que os trabalhadores acidentados entram em baixa médica prolongada mais vezes (38% dos casos de baixa por acidente e 3.º lugar na EU-27), num período igual/superior a um mês¹⁶⁵.

Estes dados sugerem que apenas os acidentes mais graves escapam à baixa notificação às entidades oficiais e à baixa participação dos acidentes às entidades seguradoras responsáveis, porque ao contrário da conclusão imediata que se pode retirar do facto estarmos abaixo da média comunitária, no que respeita ao número de trabalhadores acidentados (apenas 3% do total), e que nos poderia indicar que o nosso país tem, em comparação com a EU-27, uma sinistralidade mais baixa, a verdade é que estamos entre os países onde o recurso à baixa médica é muito frequente (em 86% dos casos de acidente) e nos quais o recurso à baixa médica prolongada é mais frequente (38% das situações de baixa por acidente)¹⁶⁶.

Dados de 2008¹⁶⁷ referem que, nesse ano, o Centro Nacional de Proteção Contra os Riscos Profissionais (CNPCRP) certificou um total de 4841 novos casos¹⁶⁸ de doença profissional¹⁶⁹, tendo sido registados 132 óbitos cuja morte esteve relacionada com a doença profissional. As doenças de maior incidência¹⁷⁰ foram as músculo-esqueléticas com 66,32% (2925 doenças), seguidas das doenças da audição – surdez profissional – com 12,97% (572 casos) do total.

¹⁶³ Journal of Safety Research, 40 (2009)125-139

¹⁶⁴ EUROSTAT (2009). Boletim 63 em: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-09-063/EN/KS-SF-09-063-EN.PDF

¹⁶⁵ De acordo com o departamento de SHT da CGTP-IN, em: <http://shst.cgtp.pt/phocadownload/Dados%20do%20Eurostat.pdf>

¹⁶⁶ MTSS (2010). Série cronológicas estatísticas acidente

¹⁶⁷ MTSS (2010). Acidentes de trabalho 2008

¹⁶⁸ Decreto-Lei n.º 352/2007, de 23 de Outubro e Tabela Nacional de Incapacidades

¹⁶⁹ Decreto Regulamentar n.º 76/2007 de 17 Julho, que aprova lista das doenças profissionais e respetivo índice codificado

¹⁷⁰ CNPCRP (2010). Newsletter n.º 0

Segundo dados da Autoridade para as Condições de Trabalho (ACT)¹⁷¹, em 2010 ocorreram 130 acidentes mortais, sendo que destes 55 se verificaram no sector da construção civil. Os distritos mais afetados foram Porto (23), Lisboa (16) e Aveiro (14), sendo que as “quedas em altura” foram a principal causa de mortalidade laboral, sendo responsáveis por 47 mortes no trabalho. Considerando todos estes fatores e estatísticas, a taxa de incidência (N° acidentes de trabalho / N° trabalhadores $\times$ 1 000) do total de acidentes de trabalho, por secção de atividade económica “Q - Atividades de saúde humana e apoio social” foi de 40,6¹⁷².

De acordo com o Instituto Seguros de Portugal (ISP)¹⁷³, as progressivas alterações e inovações nas bases jurídicas do seguro obrigatório de Acidentes de Trabalho¹⁷⁴, têm vindo a melhorar a proteção dos trabalhadores e dos seus familiares¹⁷⁵. Com a publicação da Lei n.º 98/2009, o seguro obrigatório de Acidentes de Trabalho, passou a estar regulado um patamar de segurança para o trabalhador no domínio da reabilitação e reintegração profissional em caso de acidente¹⁷⁶.

Estes fatores¹⁷⁷ indiciam uma maior gravidade dos acidentes reportados. Os acidentes mais graves acontecem quando existe mais sinistralidade e não o contrário, pois qualquer acidente acontece como resultado de um ambiente laboral inseguro, e esse tipo de ambiente, sem prejuízo das diferenças quanto ao tipo de atividade laboral, faz aumentar a probabilidade de ocorrência de acidentes, de todo o tipo de acidentes, dos menos aos mais graves.

Nem sempre é fácil convencer as Instituições de que só têm a lucrar com condições de trabalho mais seguras e saudáveis. Para atingir este fim poderá ser a realização de estimativas financeiras ou económicas, oferecendo uma visão de conjunto realista dos custos dos acidentes, bem como das vantagens decorrentes da prevenção de acidentes. Os custos totais e os benefícios devem incluir quer os custos visíveis quer os custos ocultos, juntamente com os custos que podem ser facilmente quantificáveis e os que apenas podem ser expressos em termos qualitativos¹⁷⁸.

Um estudo¹⁷⁹ de 2009 conclui que a investigação do impacto social dos acidentes mortais de trabalho tem sido relativamente negligenciada e sugere novas pistas de pesquisa. Ao entrevistar as famílias das vítimas, os investigadores descobriram que o impacto do sofrimento causado por estas mortes é muito prolongado no tempo e, que está diretamente relacionado com a forma como as famílias foram informadas e tratadas após o acidente¹⁸⁰. O absentismo derivado de acidente ou doença é, assim, um dos grandes desafios da segurança social que pode ser contrariado com a adequada prevenção dos riscos profissionais¹⁸¹.

¹⁷¹ Relatório do dia nacional da prevenção e segurança no trabalho 2010, em: http://www.dnpst.eu/pdfs/relatorio_AR2010.pdf

¹⁷² MTSS (2011). Síntese Sht 2009, em: <http://www.gep.mtss.gov.pt/estatistica/index.php>

¹⁷³ ISP (2011). Caracterização atividade de medição de seguros, em: <http://www.isp.pt/winlib/cgi/winlibimg.exe?key=&doc=16507&img=2215>

¹⁷⁴ Em: <http://www.isp.pt/winlib/cgi/winlibimg.exe?key=&doc=16513&img=2216>

¹⁷⁵ ISP (2011). Seguros de acidente de trabalho em Portugal: Mortalidade e Remaridação

¹⁷⁶ ISP (2011). Estatísticas acidentes de trabalho, em: http://www.isp.pt/Estatisticas/seguros/estatisticas_anuais/historico/ES%202010/C5.pdf

¹⁷⁷ ISP (2011). Indemnizações por acidentes de trabalho

¹⁷⁸ AESST (2002). Facts 27: Custos socioeconómicos resultantes de acidentes de trabalho

¹⁷⁹ Em: <http://knowledge.asb.unsw.edu.au/article.cfm?articleid=1457>

¹⁸⁰ ANDST (2006). Estudo “A reintegração socioprofissional”, em: <http://www.andst.pt/www/estudo.pdf>

¹⁸¹ ISSA Seminar on Promoting Employability (2011): Activity, Health and Reintegration, em: <http://www.issa.int/News-Events/Events/ISSA-Seminar-on-Promoting-Employability-Activity-Health-and-Reintegration>

Considerando estes fatores, a prevenção de acidentes de trabalho¹⁸², lesões e doenças relacionadas com o trabalho, reduz os custos, como também contribui para melhorar o desempenho das organizações: Trabalhadores saudáveis são mais produtivos e a qualidade do seu trabalho pode ser superior; menos acidentes e doenças relacionados com o trabalho significam menos faltas por doença e numa diminuição dos custos e das paragens.

Independentemente do que reflete a política laboral assumida na União Europeia, a sinistralidade laboral assume-se como um fator de doença pessoal, social e de desigualdade. O Observatório Europeu dos Riscos publicou uma análise dos métodos utilizados na Europa para estimar os acidentes e as doenças relacionados com o trabalho entre os trabalhadores independentes¹⁸³.

Apresentamos no **Anexo 4** uma descrição simples de custos socioeconómicos para a prevenção de acidentes para as entidades empregadoras e trabalhadores em lares de idosos. Considerando a saúde e trabalho em Portugal, 646 mil indivíduos (8% da população empregada no momento da entrevista ou alguma vez empregada), com 15 ou mais anos¹⁸⁴, referiram que tinham algum problema de saúde causado ou agravado pelo trabalho¹⁸⁵. À medida que os acidentes baixam, aumentam as doenças e os problemas de saúde relacionados com o trabalho, sendo que este tipo de efeitos na saúde das mulheres¹⁸⁶, que se encontram representadas neste setor de apoio social em grande escala (85%).

3.5 - Perceção dos utentes

A qualidade de vida das pessoas idosas depende da articulação de um conjunto complexo de fatores organizacionais e relacionais que tenha como objetivo nuclear o respeito e a promoção da dignidade de cada idoso, considerado na sua individualidade como sujeito de direitos vivendo uma fase da vida relevante no percurso da sua realização como pessoa. As pessoas idosas, não estando no seu meio familiar, necessitam do empenho e competência da gestão e trabalhadores das estruturas residenciais, para que as dimensões físicas, psíquicas, intelectuais, emocionais, culturais e sociais da vida de cada idoso possam ser desenvolvidas sem limitações dos seus direitos fundamentais à identidade, segurança e à autonomia.

O êxito dessa intervenção depende da qualidade de uma cultura de pensamento e de segurança, ao nível institucional e pessoal, traduzida na conceção e concretização de boas práticas, a todos os níveis, através de uma cultura radicada na constante preocupação pelo respeito, promoção e defesa dos direitos humanos dos residentes e da segurança e saúde no trabalho (SST) dos colaboradores das instituições, base fundamental do seu bem-estar e qualidade de vida.

¹⁸² AESST (2001). Facts 20: Como reduzir os acidentes no local de trabalho

¹⁸³ Em: http://osha.europa.eu/en/publications/literature_reviews/self-employed/view

¹⁸⁴ AESST (2006). E-Fact 8: A statistical portrait of the health and safety at work of young workers

¹⁸⁵ INE (2011). Estatística do Emprego: 2º trimestre, p. 34 a 47

¹⁸⁶ AESST (2002). Facts 25: Novas formas de relações contratuais e respetivo significado para a SST

O abuso das pessoas idosas pode assumir igualmente uma dimensão nos lares e estruturas residenciais, praticado principalmente pelos trabalhadores remunerados para prestarem cuidados e serviços aos idosos. Os tipos de maus-tratos mais frequentemente infligidos aos idosos são a existência de restrições excessivas, a sub/sobre medicação, a agressão verbal, a exploração financeira, a infantilização, a despersonalização, desumanização e vitimação. Os idosos tendem a desenvolver atitudes de culpa, baixa autoestima, isolamento social e entram facilmente em depressão, sofrem perturbações do sono, reforçam as suas dependências e o estigma social¹⁸⁷.

O idadismo reflete também “as atitudes negativas em relação a uma pessoa baseadas somente na sua idade”. Portugal é o quarto país europeu a percecionar a discriminação etária como um problema grave ou bastante grave. Em consonância com a Europa, em Portugal a discriminação subtil é mais comum do que a flagrante, mas ao contrário dos restantes países, é mais frequente contra os idosos do que contra os jovens, o que pode indiciar a existência de elevados níveis de preconceito e discriminação latentes dos idosos.¹⁸⁸

As boas práticas de segurança e saúde no trabalho (SST) devem assim ser continuamente assumidas, refletidas e avaliadas, em ambiente de transparência e confiança, orientadas pela preocupação essencial de efetivação dos direitos humanos da pessoa idosa e também pelo objetivo da consequente realização pessoal e profissional de todos os dirigentes e trabalhadores empenhados nesta missão, de tão relevante importância social.¹⁸⁹

É fundamental que nas instituições impere uma atuação humanizada, personalizada e que tenha em conta as necessidades reais e específicas de cada situação, tendo sempre como horizonte que os idosos são o centro de toda a atuação e que o meio familiar e social de que cada um provém é parte integrante das suas vivências, devendo continuar a ser particularmente considerado no apoio às pessoas idosas, de acordo com os seus desejos e interesses.

A importância crescente da qualidade e segurança nas respostas sociais, reflete-se nalgumas iniciativas que decorreram nas últimas décadas e que permitiram a seu tempo identificar e caracterizar diretamente ou indiretamente a perceção dos utentes de lares e residências para idosos, nomeadamente o “Plano Avô” e a “carta social” já referenciados no segundo capítulo.

Em 2000, foi efetuado um diagnóstico¹⁹⁰ para análise da prestação de serviços a pessoas idosas em lares de todo o País, tendo sido aplicado dois inquéritos: um aplicado a mais de 51000 idosos institucionalizados, que se encontravam em condições de responder e, um outro, aos responsáveis pelas instituições, num total de 1250, concluindo-se pela existência de uma “cultura de cliente pouco vincada”, justificando a atitude de “não reclamação”, em parte, com a identidade que é veiculada institucional e socialmente do que é ser Idoso.

¹⁸⁷ DIAS, M.I.C (2009). Os maus tratos aos idosos: Abordagem concetual e intervenção social

¹⁸⁸ Instituto do envelhecimento (2011). Preconceito e discriminação das pessoas mais velhas em Portugal numa perspetiva comparada

¹⁸⁹ ISS (2009). Manual de boas práticas: Acolhimento residencial das pessoas mais velhas

¹⁹⁰ ANTUNES, G., PIRES, R. (2006). A qualidade em organizações de serviços na área social: Experiências e reflexões. Caderno n.º 25, p. 5

Em 2005, incorporou-se na carta social um módulo de recolha de informação relativa à qualidade das respostas sociais e a satisfação dos utentes ou, em caso de impossibilidade de inquirição direta, na perceção dos familiares dos utentes relativamente a um conjunto de dimensões-chave: *Principal motivo para escolha do equipamento social, Avaliação das condições de higiene; Avaliação quantitativa e da qualidade dos Recursos Humanos; Avaliação da comparticipação familiar; Principal problema identificado; Qualidade e adequação; Grau de satisfação.*

As principais conclusões¹⁹¹ dessa recolha de informação, prendem-se com a proximidade da residência. Na área da reabilitação e integração das pessoas com deficiência a escolha parece ser orientada mais pela qualidade dos serviços prestados e por um conjunto de outros motivos entre os quais figuram os conhecimentos informais, ou seja, a circunstância de ter amigos e familiares a frequentar a resposta social ou oferecer ingresso imediato. Em termos individuais, a proximidade da residência assume-se como 2º motivo mais referido para a escolha do equipamento social. Os utentes e familiares, têm avaliações e indicações favoráveis, para as condições de higiene, para a qualidade e quantidade dos recursos humanos, para a qualidade da resposta social e a adequação às necessidades dos utentes. Contudo, o grau de satisfação apurado não é suficiente para permitir a apreciação dos utentes face à utilização das respostas sociais.

Outro indicador é o papel da DECO, principal associação defensora dos direitos dos consumidores Portugueses, pela denúncia das limitações e problemas dos equipamentos sociais para as pessoas idosas existentes. Em 1997 e 2009, efetuaram estudos sobre a qualidade dos lares e residências para idosos, localizados em Lisboa (cerca de 480 mil habitantes – 2 milhões na Grande Lisboa) e no Porto (cerca de 211 mil habitantes – 1,3 milhões no Grande Porto)¹⁹². Importa realçar as conclusões de 2009, referente à amostra de 28 lares realizada entre Julho e Agosto de 2008, mostram que apenas sete destes estabelecimentos obtinham nota positiva em termos da segurança e da qualidade de vida proporcionada aos utentes¹⁹³.

Muitos dos estabelecimentos não tinha condições para evacuação segura em caso de emergência, o número de funcionários era muito abaixo do esperado (havia instituições com 3 empregados nas horas noturnas para 130 utentes e mesmo um caso com 3 empregados para 90 pessoas idosas). Esta insuficiência em termos de pessoal torna impossível uma evacuação adequada pois os idosos, muitas vezes, têm problemas de mobilidade. Em 9 dos lares investigados os caminhos de evacuação em caso de incêndio estavam mesmo bloqueados.

Além dos problemas evidentes ao nível da promoção da segurança e higiene no trabalho (SHT), a falta de profissionais qualificados constitui uma lacuna grave quando se pretende garantir o adequado funcionamento dos serviços, tornando difícil um acompanhamento individualizado e muitas vezes, limita as interações com os idosos aos cuidados básicos e padronizados relacionados sobretudo com a alimentação e higiene.

¹⁹¹ Carta Social (2007). Rede de serviços e equipamentos, p. 9, 12, 15, 18, 20, 24, 27 e 30

¹⁹² DECO (2009). Ckeck-Lisk - Avaliação dos Lares: Serviço e Segurança.

¹⁹³ Em: <http://www.deco.proteste.pt/familia-e-vida-privada/lares-este-pais-nao-e-para-velhos-s549751.htm>

Outro indicador é a utilização cada vez maior da Linha dos Cidadãos Idosos, instrumento de divulgação junto das pessoas idosas sobre os seus direitos à saúde, segurança social, habitação, ação social, equipamentos e serviços, entre outros, contribuindo para uma participação mais ativa dos idosos na vida da sociedade e habilitando-os a um melhor exercício dos seus direitos¹⁹⁴.

Estes dados corroboram a sondagem efetuada pela Marktest¹⁹⁵ em Julho de 2007, sobre os principais problemas que atingem os idosos em Portugal. Para 35.8% dos inquiridos as questões económicas são as mais relevantes, enquanto 26.4% refere a solidão. A falta de equipamentos de apoio (como apoio domiciliário, lares de idosos, etc...) é indicada por 12.7% dos inquiridos, enquanto 14.4% identifica os aspetos relacionados com a saúde como os mais preocupantes.

Por último, as quedas são um problema importante para as pessoas idosas, das suas famílias e para os trabalhadores dos lares de idosos, não apenas pela sua frequência, mas sobretudo, pelas suas consequências físicas, psicológicas e sociais¹⁹⁶. Qualquer pessoa pode cair, mas o risco de queda aumenta com a idade, pois o envelhecimento é acompanhado por várias alterações a nível do organismo e são estas alterações que tornam as pessoas idosas mais frágeis.

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS)¹⁹⁷, a principal causa de lesões em idosos é a queda, sendo que, para o grupo entre os 65-74 anos ocorre em 76% dos casos e para o grupo etário com mais de 75 anos ocorre em 90% dos casos. Resultam muitas vezes em lesões graves que podem levar à inatividade e/ou imobilidade, originando a diminuição ou a perda da independência, o medo de voltar a cair, o isolamento social, entre outros, comprometendo assim a sua qualidade de vida.

Os fatores de risco que aumentam a probabilidade de quedas nos idosos podem ser divididos em três categorias: fatores intrínsecos ou individuais, fatores extrínsecos ou ambientais e exposição ao risco, por exemplo, tomar medicamentos, doenças crónicas, mobilidade reduzida, dificuldades cognitivas e demência, redução da acuidade visual, calçado e vestuário inadequado, uso de bengalas ou andarilhos, cadeiras ou bancos, pisos escorregadios ou irregulares e pavimentos degradados¹⁹⁸.

Após o inquérito efetuado aos colaboradores, e após sensibilização e feedback das gestões e direções técnicas das instituições analisadas, a frequência das ausências por doença diminuiu ligeiramente e verificou-se uma melhoria do moral do pessoal e das relações de trabalho, bem como das relações entre os colaboradores e os idosos residentes. Consideramos que é difícil trabalhar com idosos, mas também muito mais compensador, não em termos monetários, mas sim no aspeto de aprendizagem e cultura de segurança. Os idosos são uma grande fonte de sabedoria, adquirida pelas suas vivências e trabalho ao longo das suas vidas.

¹⁹⁴ PJ (2010). Relatório do Provedor de Justiça à Assembleia da Republica

¹⁹⁵ Em: <http://www.marktest.com/wap/a/n/id-e57.aspx>

¹⁹⁶ ENFSAE European Network For Safety Among Elderly (2007). Ficha de factos: Prevenção de Quedas nos Idosos

¹⁹⁷ DGS (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas 2004/2010: Circular normativa N.º 13

¹⁹⁸ Direcção-Geral do Consumidor (2011). Manual de segurança: Especial idosos, p. 46 a 49, em: <http://www.consumidor.pt/>

4 - DESENVOLVIMENTO DO QUESTIONÁRIO

De um modo geral, nos lares e estruturas residenciais para pessoas idosas, a gestão é um pouco ausente, visto que muitos dos gestores não se encontram a tempo inteiro e por vezes não pertencem aos quadros internos das instituições¹⁹⁹. O diretor técnico é um dos elementos chave no funcionamento da instituição, e por isso deverá ter alguma autonomia e poder de decisão, respeitando contudo os trâmites legais exigentes. Na sua ausência, a substituição será assegurada pela nomeação prévia do seu substituto, o mesmo acontecendo em relação ao representante da Segurança e Higiene no Trabalho (SHT), salvaguardando-se o normal funcionamento da instituição, e assegurando-se que os utentes e os colaboradores saibam a quem se dirigir no caso de problemas imprevistos ou acidentes de trabalho que possam surgir.

Os problemas de SHT, por exemplo, traumatismos, ferimentos, lesões e acidentes, devem ser imediatamente relatados e avaliados para que se desencadeiem as respostas convenientes à compreensão das suas causas. Os materiais e equipamentos devem estar corretamente arrumados, todas as faltas de equipamento devem estar supridas e as saídas de emergência, as escadas de salvação e as portas corta-fogo permanentemente desbloqueadas²⁰⁰.

Existe três grupos distintos de recursos humanos com os quais a direção técnica terá de lidar e gerir nas Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), nomeadamente: 1) um grupo constituído pela gestão das instituições que assumem a função política e deliberativa da Instituição; 2) um grupo de voluntários constituído por indivíduos exteriores à instituição que executam determinadas tarefas nas IPSS e; 3) um grupo mais numeroso composto por trabalhadores da área social, profissionais remunerados, não qualificados ou qualificados e executores da política de SHT.

4.1 - Abordagem - Kit fatores humanos

Para a construção do Questionário baseamo-nos, essencialmente, na metodologia que fomenta a redução de erros e na influência de comportamentos dos colaboradores, os principais elementos referidos no documento que serviu de base para o desenvolvimento do nosso Questionário, o Health and Safety Executive (HSE) – Kit fatores humanos (2005)²⁰¹.

¹⁹⁹ Uma Instituição tem de ter obrigatoriamente no mínimo três órgãos: Assembleia, Direção e Conselho Fiscal. A Direção é o órgão máximo de administração que coordena e gere toda a atividade associativa, tendo obrigatoriamente um Presidente (JACOB Luís, 2009, disponível em www.socialgest.pt)

²⁰⁰ ISS (2009). Manual de boas práticas: Acolhimento residencial das pessoas mais velhas, p. 147

²⁰¹ HSE (2005). Kit dos inspetores: Fatores humanos na gestão de perigos de acidentes graves, em: <http://www.hse.gov.uk/humanfactors/topics/toolkit-introduction-portuguese.pdf>

Este documento fornece uma introdução simples à orientação genérica para os fatores humanos, apresentados do seguinte modo: *“Os fatores humanos referem-se a fatores ambientais, organizativos e fatores profissionais, e características humanas e individuais, que influenciam o comportamento no local de trabalho de uma forma que pode afetar a saúde e segurança”*.

Esta definição inclui três aspetos interrelacionados a ser considerados: a Função, o Indivíduo e a Organização. Os fatores humanos preocupam-se com o que se pede aos colaboradores que façam (a tarefa e suas características), quem a executa (o indivíduo e sua competência) e o local onde trabalham (a organização e as suas características), sendo todos influenciados pela preocupação social mais vasta, tanto a nível local como nacional. Os trabalhadores estão envolvidos no sistema de trabalho, devido a uma série de pontos fortes: por exemplo, versatilidade em apresentarem uma ligação entre uma série de tarefas, conhecimentos e bom senso, facilidade de comunicar e de obter respostas. Por esse motivo, os atos e omissões humanos podem ter um papel essencial nas fases inicial, de atenuação, intensificação e recuperação de um incidente²⁰².

As intervenções de fatores humanos podem não ser eficazes se considerarmos estes aspetos isoladamente. O alcance do que se entende por fatores humanos incluindo os sistemas organizacionais é consideravelmente mais vasto do que os pontos de vista tradicionais de fatores humanos/ergonomia. Os fatores humanos podem, e devem, ser incluídos num sistema de gestão de segurança adequado e ser analisados de forma semelhante a qualquer outro sistema de controlo de riscos.

Existem dois aspetos importantes na gestão de falhas humanas para a segurança:

Em **primeiro lugar**, as falhas humanas individuais que possam contribuir para acidentes graves podem ser identificadas e controladas;

Em **segundo lugar**, é necessário considerar aspetos mais vastos que as avaliações de riscos de erros humanos individuais; o que inclui abordar a cultura de uma organização.

As características positivas que irão apoiar intervenções sobre falhas humanas incluem uma comunicação aberta, participação de todo o pessoal, empenho visível da gestão em relação à segurança (apoiado pela atribuição de recursos financeiros, de pessoal e outros), uma aceitação de falhas organizativas e de gestão subjacentes, e um equilíbrio adequado entre produção e segurança.

O aspeto da cultura e estilo de gestão é ainda mais significativo, por exemplo uma tendência natural e inconsciente a favor da produção ao invés da segurança, ou uma tendência para ser altamente reativo. Estes valores apontam para a necessidade de, paralelamente aos conhecimentos técnicos, valorizar uma atuação ao nível do fator humano e a emergência de uma abordagem da prevenção ao nível dos fatores sociais e organizacionais.

²⁰² HSE (2005). Kit dos inspetores: Fatores humanos na gestão de perigos de acidentes graves, em: <http://www.hse.gov.uk/humanfactors/topics/toolkit-introduction-portuguese.pdf>

Estas características serão manifestadas através de um sistema de gestão de segurança sólido, que garanta o controlo de perigos de acidentes graves²⁰³ (Ver Figura 4.1).

Segundo Monteiro et al. (2008), muitas vezes, ao longo da recolha de dados através do questionário, somos interpelados por pessoas, pretensiosamente sabedoras, a propósito de qualquer discussão, afirmando categoricamente, quando as provas se tornam insofismáveis e evidentes, que “...isso é na teoria... na prática é diferente...” Acresce que, muitas das Instituições falam de “cultura de segurança” quando se referem à tendência dos seus colaboradores para observarem regras ou agirem de forma segura ou insegura.

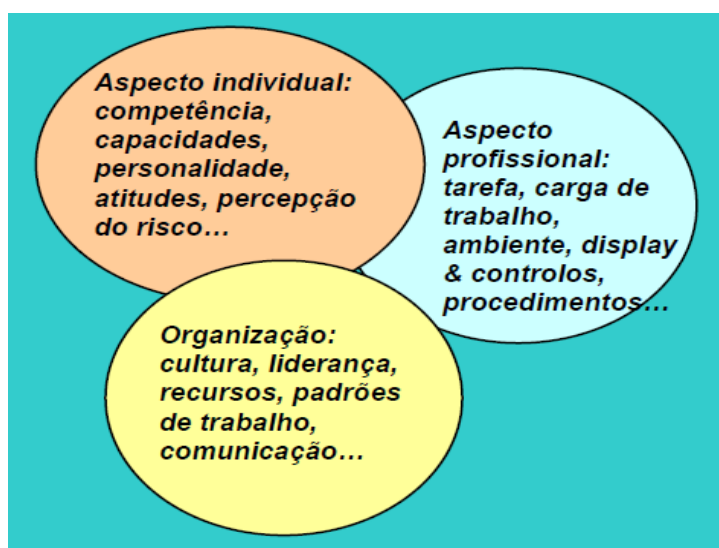


Figura nº 4.1 – Cultura & ambiente de trabalho

As avaliações decorrentes do clima organizacional podem fornecer indicadores mais globais sobre o contexto organizacional, tais como a liderança e a comunicação, ou então, indicadores mais específicos como o clima de segurança que permitam descrever e analisar as percepções individuais sobre os valores de segurança no contexto de trabalho e, deste modo, constituir um excelente instrumento de estudo no domínio da prevenção em segurança, enquanto condicionante do sucesso dos programas de segurança e da sinistralidade²⁰⁴.

4.2 – Cultura de Segurança

A cultura de segurança de uma organização é o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo que determinam o empenho e o estilo de proficiência da gestão da segurança e saúde no trabalho de uma Instituição²⁰⁵.

²⁰³ HSE (2005). Kit dos inspetores: Fatores humanos na gestão de perigos de acidentes graves, em: <http://www.hse.gov.uk/humanfactors/topics/toolkit-introduction-portuguese.pdf>

²⁰⁴ Monteiro, E., Duarte, C. D. (2008). Prevenção em segurança no trabalho: A influência do clima organizacional no clima de segurança, p. 3

²⁰⁵ Geller, E.S. (2007). Trabalhado com segurança. São Paulo, Atlas, 2ª edição

Nesta perspetiva, a cultura de segurança é entendida como fator determinante na prevenção da sinistralidade laboral e o seu estudo, traduzido nas perceções e valores partilhados de segurança, pode constituir uma medida pró-ativa para um desempenho mais seguro. O clima organizacional, entendido como as perceções partilhadas sobre normas, valores, procedimentos e práticas de segurança, constitui uma forma de manifestação da cultura de segurança²⁰⁶.

As organizações com uma cultura de segurança positiva caracterizam-se por uma comunicação baseada na confiança mútua, por perceções partilhadas da importância da segurança e pela confiança na eficácia de medidas preventivas²⁰⁷.

Os aspetos-chave de uma cultura de segurança eficaz são:

Empenho da gestão: Gera níveis mais elevados de motivação e preocupação relativamente à segurança e saúde no trabalho em toda a Instituição. É indicado pela proporção de recursos (tempo, dinheiro, colaboradores) e apoio atribuídos à gestão da saúde e segurança e pelo estatuto concedido à saúde e segurança em oposição, por exemplo, à produção e custos.

Gestão visível: Os chefes têm de ser vistos a darem o exemplo relativamente à saúde e segurança. Os bons chefes aparecem regularmente no 'local de trabalho', falam sobre a saúde e segurança e demonstram visivelmente o seu empenho através das suas ações (por exemplo, parar as atividades para resolver problemas).

É importante que se veja a gestão verdadeiramente empenhada na segurança, caso contrário, os colaboradores assumem que os interesses comerciais são colocados em primeiro lugar em vez das iniciativas de segurança.

Boa comunicação entre todos os níveis de colaboradores: Numa cultura positiva, as questões sobre saúde e segurança devem fazer parte dos debates de trabalho diários. A gestão deve ouvir ativamente as sugestões dos colaboradores e desenvolver comportamentos seguros²⁰⁸.

Participação ativa dos colaboradores: A participação na segurança é importante para criar responsabilidade pela segurança a todos os níveis e explorar os conhecimentos úteis que os colaboradores possuem do seu próprio trabalho.

Tal pode incluir um envolvimento ativo em avaliações de riscos, conceção das instalações, etc. Nas organizações com uma boa cultura de segurança, há coerência nas decisões dos colaboradores e da gestão, e a segurança é vista como uma atividade conjunta²⁰⁹.

²⁰⁶ Monteiro, E., Duarte, C. B. (2008). Prevenção em segurança no trabalho: A influência do clima organizacional no clima de segurança

²⁰⁷ HSE (2005). Fatores humanos na gestão perigos acidentes graves, p. 60-61, em: <http://www.hse.gov.uk/humanfactors/topics/toolkit-introduction-portuguese.pdf>

²⁰⁸ INFORSEG (2009). Comportamento seguro

²⁰⁹ SGS (2011). OHSAS 18001: Demostre o seu comprometimento com a saúde e segurança ocupacional, em: http://www.br.sgs.com/pt/ohsas_18001-2.pdf

A promoção da cultura de segurança positiva (com o envolvimento de cada um e em que os valores de segurança sejam evidentes em todas as atividades) é considerada um dos caminhos na gestão do risco profissional, sendo o clima de segurança fulcral para o sucesso de qualquer programa de comportamento seguro. O envolvimento dos trabalhadores é mais facilitado com clima de apoio em termos de segurança do que com um clima de controlo (regras)²¹⁰.

4.3 – Construção do Questionário

Com base na pesquisa bibliográfica e nas reflexões das seções anteriores (4.1. e 4.2) elaboramos o Questionário (ver **Anexo 5**). O Inquérito por Questionário é uma técnica padronizada e sistematizada de recolha de dados, consistindo num conjunto organizado de questões que permite o processo de recolha de dados de forma sistematizada. Para empreender a construção de um questionário objetivo, fiável e coincidente com os objetivos da pesquisa, deve tomar-se em consideração um conjunto de procedimentos cuidadosos e rigorosos para que, por um lado, não se incorra na obtenção de dados que não se enquadrem na pesquisa e, por outro lado, as informações obtidas reproduzam de forma mais fiel possível o que é transmitido²¹¹.

Assim, no planeamento de um inquérito por questionário deve haver uma cuidadosa preparação e ter cuidados especiais com a sua redação. Deste modo, a elaboração do inquérito por questionário passa por várias fases: Em **primeiro lugar**, na elaboração de um projeto onde são determinados os grandes aspetos a abordar, a construção dos blocos do Questionário que engloba de entre várias questões: 1) as características pessoais, como por exemplo, a idade, formação académica; 2) a caracterização da instituição, nomeadamente, a sua designação jurídica, as valências que tem, o número de colaboradores e quantos desses são técnicos e não técnicos, assim como o número de elementos que compõem a Gestão e suas habilitações académicas; 3) as características profissionais, onde estão incluídas questões relativas a categoria profissional, tipo e periodicidade de tarefas; 4) os aspetos que gostaria de ver mudados na forma de gestão da instituição; 5) os problemas que uma gestão ativa enfrenta no exercício da função; e 6) as características que considera necessárias para uma boa cultura de segurança. Uma **segunda fase** do inquérito consiste na elaboração e redação das questões.

Assim, um questionário pode incluir diversos tipos de perguntas. Com efeito, a estrutura das questões neste trabalho dispõem-se, essencialmente, numa forma fechada. Foi elaborada uma carta de apresentação do questionário, com um apelo não só ao preenchimento, como à sinceridade das respostas.

²¹⁰ Monteiro, E; Duarte, C. B. (2008). Prevenção em segurança no trabalho: A influência do clima organizacional no clima de segurança, p.13

²¹¹ Hill, M.; Hill, A. (2000). Investigação por questionário. Edições sílabo. 1ª edição

Esta carta continha os seguintes factos: objetivo do estudo, a garantia do anonimato e recomendações de preenchimento. De seguida procedeu-se à ordenação das questões, isto porque, as questões mais difíceis ou mais melindrosas devem ser reservadas para a parte final, de modo a ter uma coerência intrínseca e configurar-se de forma lógica para quem responde ao inquérito²¹². Posteriormente, seguiu-se a verificação preliminar que consiste em detetar lacunas e falhas na construção do inquérito. Depois de todos os procedimentos referidos procedeu-se à reprodução gráfica do inquérito e que, neste caso, foi feita particularmente, dado o número de inquéritos a aplicar ser reduzido.

O Questionário²¹³ final apresenta algumas perguntas compostas, fundamentalmente de natureza qualitativa, havendo, no entanto, algumas de natureza quantitativa, principalmente as relativas aos recursos humanos. O Questionário foi de novo analisado e validado por especialistas da área social, de modo a que o processo de recolha de dados não pudesse ser invalidado devido a má interpretação pelo inquirido, ou formulação incorreta de questões, tendo-se assegurado a consistência e a correta construção das questões (Questionário final - **Anexo n.º 5**)

Foi dado realce às oito primeiras questões, que constituem as variáveis em análise. Estas questões adaptadas de KIT, são nomeadamente:

Questão 1 – Empenho da gestão (formada por 7 itens);

Questão 2 – Comunicação (formada por 4 itens);

Questão 3 – Participação dos colaboradores (formada por 7 itens);

Questão 4 – Formação / Informações (formada por 5 itens);

Questão 5 – Motivação (formada por 8 itens);

Questão 6 – Observação de procedimentos de segurança (formada por 8 itens);

Questão 7 – Organização de aprendizagem (formada por 7 itens);

Questão 8 – Mudança organizativa e gestão de transição (formada por 7 itens).

No Questionário introduzimos várias questões às quais os inquiridos teriam de responder tendo em conta cinco opções de resposta segundo a escala de Likert²¹⁴. “Nunca” (1 ponto); “Por vezes” (2 pontos); “Habitualmente” (3 pontos); “Muitas vezes” (4 pontos) e “Sempre” (5 pontos).

Deste modo, e tendo em conta as classificações atribuídas às possibilidades de resposta existentes no Questionário, definiu-se como resposta positiva relativa a uma determinada questão, aquela que se encontra no ponto central que, neste caso é o número três e que corresponde a “Por vezes”.

²¹² Carmo, Hermano e FERREIRA, Manuela Malheiro, página 138, 1998

²¹³ Antunes, G., Pires, R. (2006). A qualidade em organizações de serviços na área social: Experiências e reflexões. Cadernos n.º 25, p. 19

²¹⁴ Hill, M., Hill, A. (2000). Investigação por questionário. Edições sílabo. 1ª edição

4.4 – Aplicação e recolha do Questionário

O Questionário foi entregue em mão, o que de certa forma possibilitou alguma aproximação com os inquiridos e facilitou a forma de colaboração (através do preenchimento do questionário). O Questionário ficava na instituição (gestão e/ou diretores técnicos) de modo a garantir a confidencialidade do inquirido e também para que se sentisse à vontade no seu preenchimento, sendo informados, que caso tivessem alguma dúvida, poderiam colocá-la por telemóvel ou endereço eletrónico, e que na semana seguinte, também nós iríamos ligar a saber se já tinham respondido ou se tinham surgido dúvidas no seu preenchimento.

Foi ainda dito aos inquiridos que, em data marcada o questionário iria ser recolhido em envelope fechado. Esta foi uma fase difícil porque a maioria dos inquiridos não cumpriu a data marcada e na altura da recolha dos questionários muitos deles ainda não tinham sido preenchidos o que por sua vez conduziu a um atraso na sua recolha e no respetivo tratamento.

A amostra foi constituída por 51 colaboradores que exercem funções em organismos de apoio social a pessoas idosos, em quatro instituições, com estabelecimentos no concelho de Lisboa, Almada, Seixal e Alcochete. De um modo geral, os questionários foram distribuídos à totalidade dos colaboradores de cada instituição, porém, cerca de metade não entregou o questionário no tempo solicitado, quer por motivos que lhes foram alheios, quer por a gestão e/ou os diretores técnicos não terem disponibilidade para a recolha oportuna dos mesmos, face ao período particular da recolha ter sido efetuada no decorrer do mês de Agosto de 2011. Esta recolha foi feita tendo em conta as vantagens deste método uma vez que comporta baixos custos, na medida em que não são utilizadas equipas de entrevistadores e o trabalho foi facilitado devido ao número reduzido de inquéritos a aplicar.

Algumas questões em aberto apresentadas no conjunto de questões darão, em nosso entendimento uma ideia útil sobre o estilo geral das Instituições.

4.5 – Validade e fiabilidade do Questionário

A fiabilidade que mede a consistência interna e a validade do questionário foi avaliada, utilizando como referência as questões 1 a 8 que traduzem medições numa escala.

A partir das avaliações dos colaboradores em cada item, procedemos com o recurso ao Software Package for Social Sciences (SPSS), à análise fatorial de modo a avaliar se as variâncias poderiam ser explicadas por um conjunto de fatores mais reduzido. Efetuamos análises preliminares aos dados recolhidos, com a análise das não-respostas (missing values) à totalidade dos questionários recolhidos. Dos 51 casos, não houve necessidade de eliminar nenhum, pois não existiam casos com mais do que 3 % de itens não respondidos.

Com o objetivo de tornar a escala fiável, avaliou-se a tendência das respostas em cada item da escala, analisando, item a item, algumas medidas descritivas (média, desvio-padrão, mínimo, máximo e frequências de resposta por opção), procurando avaliar a pertinência da eliminação de alguns deles. Constatou-se que as respostas obtidas se distribuíam por todas as opções de resposta (1, 2, 3, 4 e 5), o que permitiu concluir pela existência de uma adequada variabilidade global de respostas. No que respeita às medidas de tendência central e de dispersão analisadas, verificou-se no conjunto dos itens, não existirem médias com valores próximos dos extremos da escala, assim como uma pequena variação nos desvios-padrões.

No âmbito da análise da consistência interna do questionário, procedemos ao cálculo do coeficiente de fiabilidade interna, α de Cronbach, e considerámos que um valor superior a 0,70 corresponde a um grau de fiabilidade desejável (Hill & Hill, 2005). Este coeficiente indica a proporção de variância explicada pelo fator, sendo um indicador da homogeneidade dos itens.

Para o estudo da dimensionalidade utilizaram-se os indicadores fornecidos pelo teste Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) e pelo teste de esfericidade de Bartlett que viabilizam a utilização da análise fatorial, conforme Quadro 4.1.

Quadro n.º 4.1 - Resultados das características psicométricas derivadas da análise fatorial

Variáveis	Itens Selecionados	α de Cronbach	KMO	% Variância explicada
Empenho da gestão	1,2,4,5,6,7	0,841	0,812	65%
Comunicação	8,9,10,11	0,920	0,801	76,08 %
Participação dos colaboradores	12,13,15,16,17,18	0,914	0,769	70,16%
Formação / Informações	19,20,21,22,23	0,932	0,859	79,12 %
Motivação	24,25,26,27,28,29,30,31	0,908	0,754	61,03 %
Observação de Procedimentos de Segurança	32,33,34,35,36,37,38,39	0,932	0,790	68,5%
Organização da Aprendizagem	40,41,42,43,44,46	0,904	0,777	68,02 %
Mudança organizativa e gestão da transição	47,48,49,50,51,52,53	0,957	0,849	79,73 %

Em função dos valores de KMO, todas as Variáveis se definem apenas por um fator. Também as correlações entre itens são relativamente grandes, superiores a 0,60, o que constitui, genericamente, um bom indicador da homogeneidade dos itens nas respetivas escalas.

Foram calculados os coeficientes de fiabilidade interna α de Cronbach: os valores obtidos ($\geq 0,851$) traduzem uma boa segurança em termos de fiabilidade.

Seguidamente, analisámos se a variável é unidimensional. Utilizou-se o método da Máxima Verossimilhança, no SPSS.

Os indicadores fornecidos pelo teste KMO e pelo teste de esfericidade de Bartlett viabilizam a utilização da análise fatorial, na medida em que, os resultados todos superiores a 0,50, são bons indicadores para a prossecução desta análise e, relativamente ao segundo, o valor da estatística do χ^2 (qui-quadrado) é significativo o que nos indica que as correlações entre as variáveis componentes são adequadas para efetuar uma análise fatorial.

Os outputs do SPSS que permitiram efetuar estas análises são apresentados no **Anexo 6** – Testes de Validade e Fiabilidade.

5 – ANÁLISE DOS RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO

O objetivo deste capítulo reside no estudo das diferenças de perceção dos participantes sobre as práticas da segurança. Iniciamos com a apresentação e caracterização da amostra, e de seguida apresentamos e comentamos os resultados obtidos na análise das variáveis e da influência de algumas características sociodemográficas dos inquiridos.

5.1 – Caracterização global da amostra

A amostra final é constituída por 51 respondentes de 4 instituições (das Lucrativas - 27 respondentes e das Não Lucrativas – 16 respondentes das Santa Casas de Misericórdias (SCM) e 8 das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), localizadas na zona da grande Lisboa tendo sido inquiridas durante o mês de Agosto de 2011. Nestas instituições existe uma lista de espera, situação que ocorre com menor frequência no sector Lucrativo.

5.2 – Caracterização dos Inquiridos

Foram distribuídos 83 questionários e recebidos 51, representando 61,44 %, tendo sido analisada a totalidade das respostas. No Quadro 5.1 efetuamos a caracterização dos inquiridos.

Quadro n.º 5.1 – Caracterização dos inquiridos

		Nº	%
Sexo	Feminino	47	92,2
	Masculino	4	7,8
	Total	51	
Idade	≤ 25 anos	3	5,9
	26-35 anos	18	35,3
	36-45 anos	15	29,4
	46-55 anos	10	19,6
	> 55 anos	5	9,8
	Total	51	
Habilitações	Bacharel	2	3,9
	Licenciatura	16	31,4
	12º ano	8	15,7
	9º ano	5	9,8
	< 9º ano	19	37,3
	Total	50	
Tempo na Função	≤ 5 anos	23	45,1
	De 6 a 10 anos	14	27,5
	De 11 a 20 anos	9	17,6
	De 21 a 30 anos	2	3,9
	> 30 anos	1	2
	Total	49	

Sexo - Constata-se que a amostra é maioritariamente constituída por gestores do sexo feminino (92,2%).

Idade - Analisando a distribuição dos respondentes em função da idade, bem como a representação de cada um dos intervalos etários considerados na totalidade da amostra, evidencia-se que a maioria dos sujeitos inquiridos é considerada ainda jovem, com idades compreendidas entre os 26 e os 45 anos (64,7%), seguindo-se-lhe as faixas etárias dos 46 aos 55 anos (19,6%).

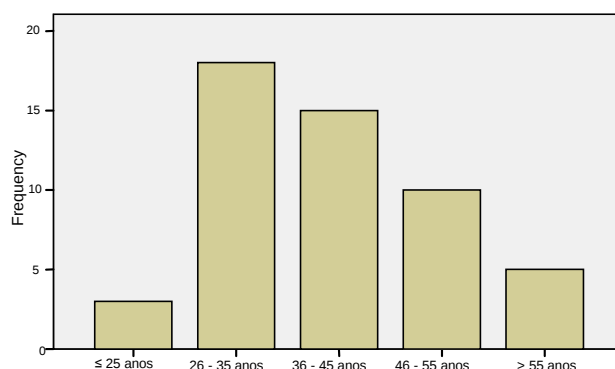


Figura 5.1 – Idade dos inquiridos

Nível de escolaridade - O nível de escolaridade dos colaboradores é muito assimétrico com elevadas percentagens muito próximas nos extremos, sendo o número total de colaboradores com formação inferior ao 9º ano o grupo com maior nº de respondentes.

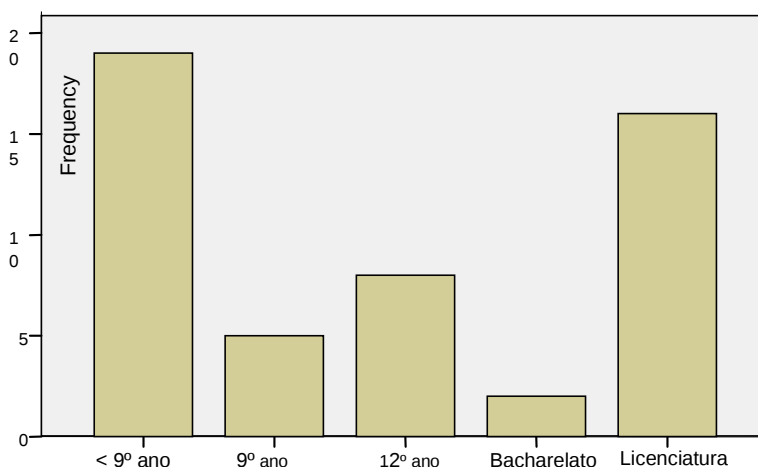


Figura 5.2 – Habilitações literárias

Antiguidade - Observando a distribuição dos colaboradores no que respeita ao tempo na função (ver Figura 5.3), verifica-se que 45% exercem a mesma função num espaço temporal de 5 anos, 27,5% se situa entre os 6 e os 10 anos, e menores percentagens para os períodos considerados de 11 a 20 anos (17,6%), de 21 a 30 (3,9%) e somente um colaborador há mais de 3 anos no desempenho da função.

Saliente-se ainda, que 75,5% dos colaboradores têm desempenhado a sua função na mesma instituição há mais de 10 anos, e que 80,4% pertencem aos quadros das instituições, sendo efetivos (ver Figura 5.4). Na realidade, no campo de intervenção das instituições da área social, e em função da natureza da ação destas instituições, predomina o sexo feminino a nível da direção técnica e nas ajudantes e auxiliares.

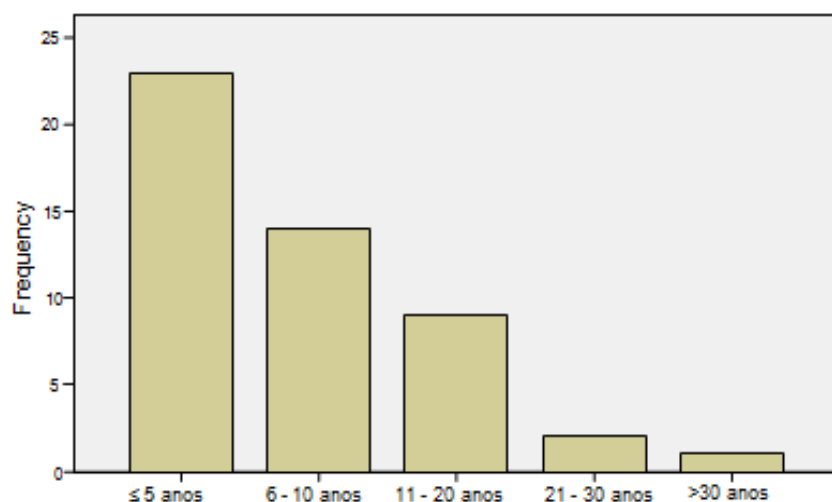


Figura 5.3 – Antiguidade na função

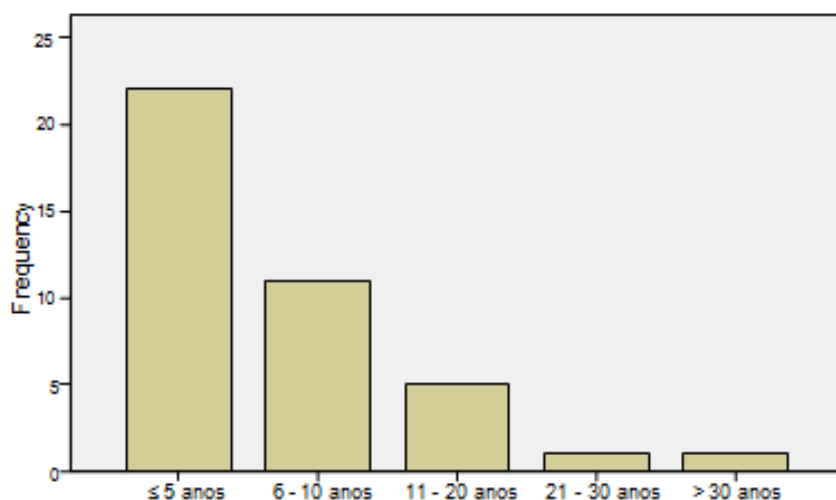


Figura 5.4 – Antiguidade na instituição

A maturidade dos colaboradores e o tempo na função evidenciam experiências e conhecimentos práticos, podendo contribuir para o sucesso desta investigação. Nas funções dos inquiridos, por ordem decrescente, a profissão de ajudante de lar (20%), os administrativos e auxiliares com a mesma % de 14 gestores (10%), enfermeiros (12%), terapeuta ocupacional (6%), médico (4%), motorista (4%) e os restantes 16% repartidos por diversas funções, designadamente, animadora social, cozinheiro, ajudante de cozinha, costureira e lavadeira.

5.3 – Resultados das Variáveis

Apresentamos no Quadro 5.2, o resultado das estatísticas simples (média e desvio padrão) das questões 1 a 8 do Questionário relacionadas com a cultura da segurança vivida em cada uma das nas Instituições, agrupadas nas variáveis assinaladas.

Quadro nº 5.2 – Estatística das Variáveis

Variáveis	Média	Desvio padrão
Empenho da Gestão	3,5034	0,74263
Comunicação	3,2711	0,84116
Participação dos colaboradores	3,0871	0,831
Formação/Informações	3,1574	0,89339
Motivação	3,0573	0,80761
Observação de Procedimentos de Segurança	2,968	0,8009
Organização da Aprendizagem	3,1522	0,87194
Mudança organizativa e gestão da transição	2,7857	0,91732

De referir que todas as variáveis seguem a distribuição normal, conforme análise do output dos testes de fiabilidade realizados no SPSS (ver **Anexo 6**).

Relativamente à Variável “Empenho dos gestores”, é percecionado pelos inquiridos um valor bom ($\bar{x}=3,5$), porém a variável “Observação de procedimentos de segurança” apresenta uma pontuação inferior ($\bar{x}=2,968$), sendo a “Mudança organizativa e gestão da transição” a variável com mais baixa pontuação ($\bar{x}=2,786$) do conjunto das variáveis em análise.

Efetuada uma visualização das médias (ver Figura 5.5) constata-se uma variação muito pequena entre as pontuações mínima e máxima das variáveis.

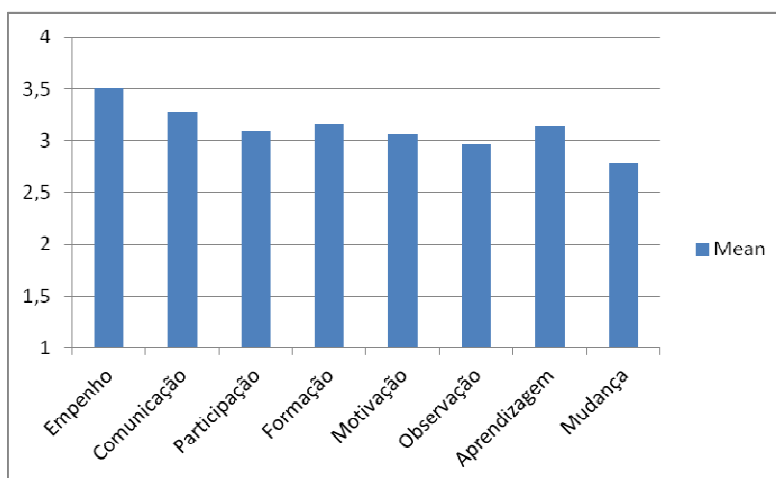


Figura 5.5 – Média das Variáveis

Do mesmo modo, e de acordo com dados do Quadro 5.3 visualizados na Figura 5.6, não é percecionada uma grande diferença entre o sector lucrativo e não lucrativo.

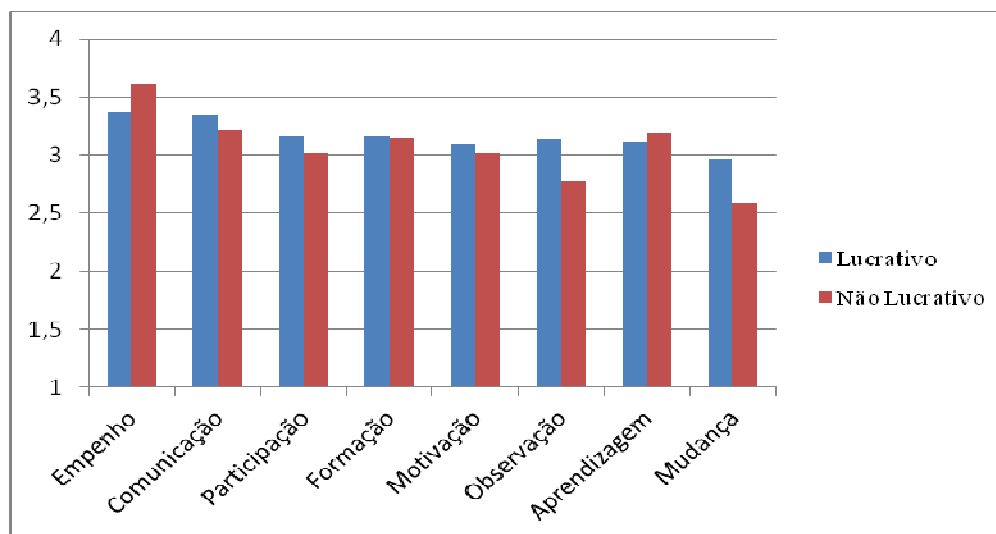


Figura 5.6 – Média das Variáveis (Lucrativo e não lucrativo)

Quadro nº 5.3 – Estatística das Variáveis por Sector

Variáveis	Sector Não lucrativo		Sector lucrativo	
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
Empenho da Gestão	3,6154	0,84297	3,3768	0,60348
Comunicação	3,2080	0,98231	3,3500	0,63867
Participação dos colaboradores	3,0512	0,95937	3,1591	0,6948
Formação/Informações	3,1520	1,12143	3,1636	0,55767
Motivação	3,0200	0,93589	3,0978	0,65924
Observação de Procedimentos de Segurança	2,7688	0,95909	3,1413	0,6022
Organização da Aprendizagem	3,1884	1,09095	3,1159	0,60184
Mudança organizativa e gestão da transição	2, 5918	1,09850	2,9627	0,69215

5.4 – Influência de algumas dimensões socio demográficas nas Variáveis

No sentido de averiguar se existe diferença na perceção dos respondentes relativamente às variáveis que representam a cultura da segurança das Instituições, isto é, se são ou não influenciadas pelas características sócio demográficas dos respondentes, efetuamos uma análise da variância (ver outputs do SPSS no **Anexo nº 7 - ANOVA**) e a visualização gráfica das médias das variáveis em função de algumas das características, nomeadamente, idade, sexo, habilitações literárias, antiguidade na organização e sector de atividade.

Idade - Dos resultados da análise da variância, conclui-se que não existem diferenças significativas das médias das variáveis em estudo em função da idade dos respondentes (valores de $p > 0,05$).

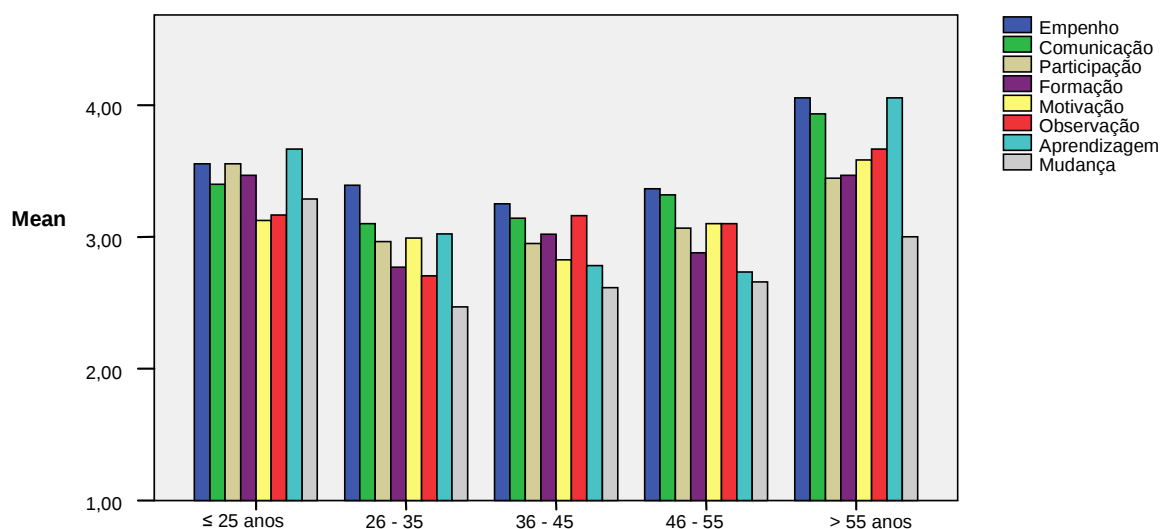


Figura 5.7 – Média das Variáveis em função da Idade

Sexo - De modo idêntico à Idade, também no fator Sexo não existem diferenças significativas relativamente às médias das respostas (valores de $p > 0,05$); as médias apresentam uma leve variação conforme Figura 5.8.

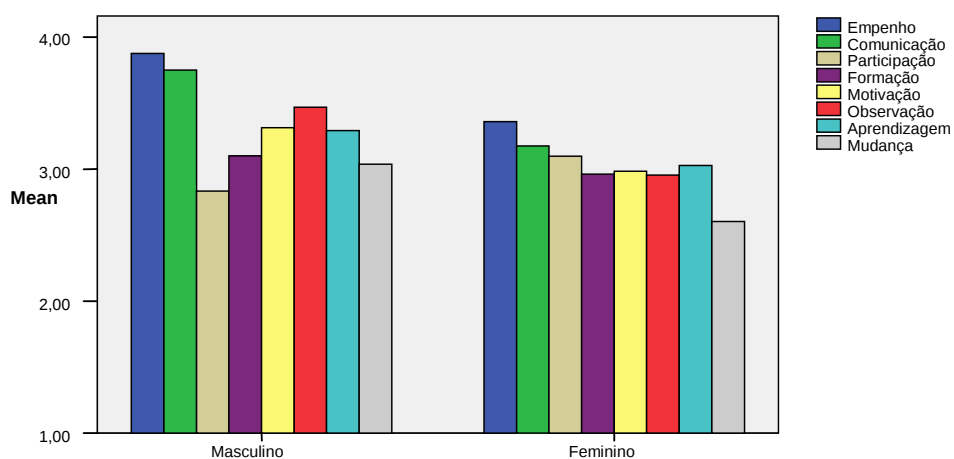


Figura 5.8 – Média das Variáveis em função do Sexo

Setor - Da análise da influência do Setor nas Variáveis em estudo constata-se que neste fator não existe diferença significativa das médias das variáveis ($p > 0,05$), assinalando-se da análise direta das médias, no Setor não Lucrativo as variáveis Motivação, Observação de práticas de segurança e a implementação da gestão da mudança apresentam valores inferiores aos percecionados no setor Lucrativo, revelando uma baixa ligação às práticas da segurança.

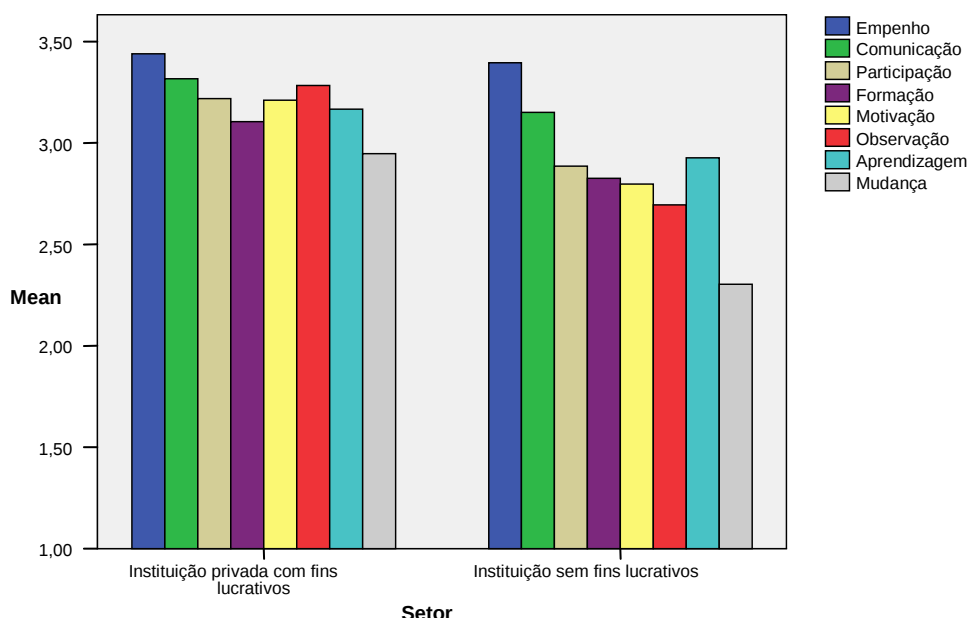


Figura 5.9 – Média das Variáveis em função do Setor (Lucrativo e não lucrativo)

Habilitações Literárias – De acordo com outputs da ANalysis Of VAriance (ANOVA) não existem diferenças significativas. Com base na Figura 5.10 constata-se que todas as variáveis à exceção do “Empenho da gestão” apresentam os menores valores das médias.

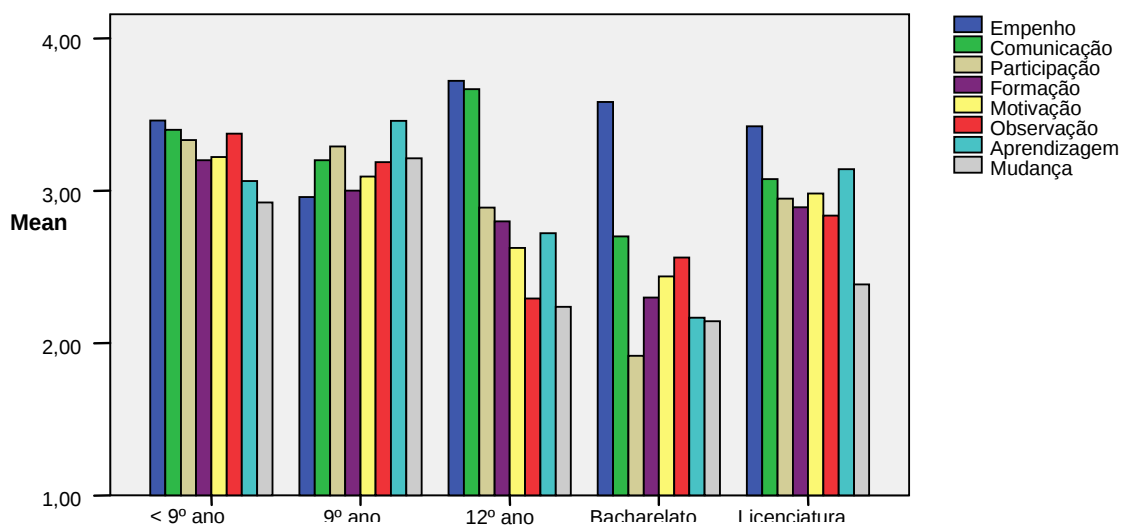


Figura 5.10 – Média das Variáveis em função das Habilitações Literárias

Antiguidade - Relativamente à antiguidade na organização apresenta-se a visualização das médias (ver Figura 5.11) evidenciando-se valores médios menores em função da antiguidade.

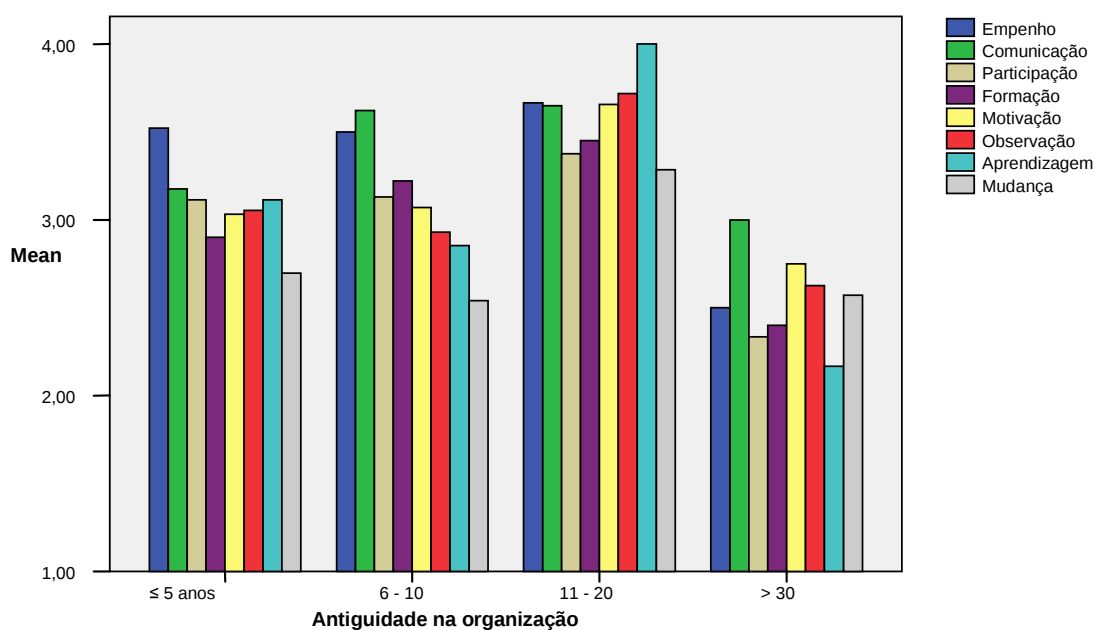


Figura 5.11 – Média das Variáveis em função da Antiguidade na organização

Apesar de não existirem diferenças significativas nas médias das variáveis em função desta dimensão, conforme resultados das estatísticas descritivas da ANOVA apresentadas no Anexo 7, refere-se que a antiguidade na instituição pode contribuir para menor apetência para a aprendizagem e desenvolvimento de novas competências exigidas nestas instituições, onde a probabilidade de ocorrência de não conformidades relativamente à saúde e segurança dos colaboradores, acrescida da responsabilidade da segurança dos utentes que estão a cargo da instituição, é muito elevada. Esta situação não é percecionada pelos colaboradores com mais anos na instituição.

6 – CONCLUSÕES E DESENVOLVIMENTOS FUTUROS

As motivações para a realização desta investigação centraram-se no equacionamento das práticas da gestão da segurança como um meio para a prevenção da ocorrência de incidentes nas Estruturas residenciais para pessoas idosas.

Foi investigada a forma como as organizações percecionam a cultura de segurança utilizando-se a técnica do inquérito por questionário, e após análise das respostas comprova-se que os colaboradores reconhecem a existência de perigos no desempenho das suas funções.

Apesar disso, afirmam não saber quais os comportamentos e posturas adequadas para determinadas situações de trabalho e reconhecem que a formação em segurança é fundamental para se sentirem confiantes e relatar atos inseguros que podem evitar recorrências.

6.1 – Conclusões gerais

Este estudo permitiu, para além de caraterizar a segurança nos Lares e estruturas residenciais para pessoas idosos da nossa amostra, apontar para a inexistência de diferenças de atuação ao nível da segurança entre os gestores e trabalhadores, independentemente da idade, sexo, habilitações literárias, antiguidade na organização e antiguidade na função, assim como nas diferentes entidades lucrativas e não lucrativas.

As oito variáveis construídas: Empenho da Gestão; Comunicação; Participação dos colaboradores; Formação / Informações; Motivação; Observação de Procedimentos de Segurança; Organização da Aprendizagem e Mudança organizativa e gestão da transição, tiveram por finalidade efetuar o levantamento da cultura da segurança nas instituições e permitir inferir do seu contributo na prevenção de incidentes.

Existe uma pequena diferença entre as pontuações mínima e máxima das variáveis. Enquanto a variável “Empenho da Gestão” foi percecionado como mais elevada ($\bar{x}=3,5$), e a variável “Mudança organizativa e gestão da transição” apresenta o menor valor ($\bar{x}=2,786$), já a variável “Observação de procedimentos de segurança” apresenta uma pontuação intermédia ($\bar{x}=2,968$).

A falta de Formação dos funcionários e da capacidade de Liderança da gestão são referidas como os principais obstáculos na eliminação das dificuldades na compreensão e monitorização de perigos e riscos identificados.

A Comunicação e Participação dos Colaboradores são as variáveis que evidenciam fortes motivações para o cumprimento da legislação e para as práticas de comportamentos seguros, acompanhando a grande evolução na qualidade dos serviços prestados pelas instituições, sendo sentido pelos colaboradores que não pode existir qualidade sem as práticas e técnicas da segurança na realização do serviço. A tendência atual nestas instituições orienta para a implementação de sistemas da segurança consistentes com o referencial normativo OHSAS 18001:2007 / NP 4397:2008 de requisitos de sistema da segurança e saúde no trabalho, encontrando-se os gestores motivados para a sua concretização.

Evidenciamos o cumprimento da legislação relativa às condições de segurança e higiene no trabalho, à segurança contra incêndios, dos requisitos legais aplicáveis à contratação e gestão de recursos humanos, existindo uma atenção na divulgação das regras e condições gerais de segurança junto dos utentes e dos colaboradores.

Não existem resultados consistentes relativamente ao grau de satisfação e motivação dos colaboradores, relativamente às condições de segurança e higiene no trabalho (SHT).

A existência de sistema de qualificação das respostas sociais contribui, na opinião dos gestores e colaboradores, para a melhoria das condições de SHT e para a vivência de uma cultura da segurança nos lares e estruturas residenciais para idosos.

Este estudo apresenta algumas limitações pois o número de instituições da nossa amostra é muito reduzido não permitindo deduzir para o universo das instituições portuguesas.

6.2 – Desenvolvimentos futuros

Em estudos futuros, efetuar investimentos na recolha mais pormenorizada de informações, questionando o tipo de formação que o inquirido tem em sistemas de segurança e higiene no trabalho (SHT), se foi vítima de acidente de trabalho, em que condições trabalham, bem como, efetuar o levantamento dos incidentes ocorridos nas instituições.

Atendendo à construção das Variáveis do nosso estudo, está assim preparada a base para desenvolver estudos de correlação, e analisar o efeito destas variáveis nas três vertentes apresentadas da cultura & ambiente de trabalho, Função, Indivíduo e Organização, bem como o contributo destas Variáveis na prevenção de incidentes

7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Para a elaboração da presente tese de Mestrado foram consultados os seguintes documentos:

- ACT (2011). Autoridade para as Condições do Trabalho. Acedido em 6 de Abril de 2011, em: www.act.gov.pt;
- ACT (2011). Estratégia Nacional para a segurança e saúde no trabalho: 2008-2012. Acedido em 26 de Setembro de 2011, em: [http://www.act.gov.pt/\(pt-PT\)/SobreACT/DocumentosOrientadores/DocumentosReferenciaAmbitoNacional/Documents/EstrategiaNacionalparaaSegurancaeSaudeNoTrabalho20082012.pdf](http://www.act.gov.pt/(pt-PT)/SobreACT/DocumentosOrientadores/DocumentosReferenciaAmbitoNacional/Documents/EstrategiaNacionalparaaSegurancaeSaudeNoTrabalho20082012.pdf);
- ACT (2010). Relatório do dia nacional da prevenção e segurança no trabalho 2010. Acedido em 25 de Junho de 2011, em: http://www.dnpst.eu/pdfs/relatorio_AR2010.pdf;
- ACT (2008). Ponto fulcral da rede nacional.. Acedido em 13 de Maio de 2011, em: http://ctaotieuropa.com/ctaotieuropa/images/stories/documentos/dra%20manuela%20calado%20-%20act_ponto%20focal%20aesst.pdf;
- ACT (2007). Relatório das atividades de segurança e saúde no trabalho. Acedido em 22 de Agosto de 2011, em: [http://www.act.gov.pt/\(pt-PT\)/SobreACT/DocumentosOrientadores/RelatorioActividades/Documents/Relatorio_Actividades_SST.pdf](http://www.act.gov.pt/(pt-PT)/SobreACT/DocumentosOrientadores/RelatorioActividades/Documents/Relatorio_Actividades_SST.pdf);
- AESST (2011). Risks and Trends in the Safety and Health of Women at Work. Acedido em 21 de Agosto de 2011, em: <http://osha.europa.eu/en/publications/reports/new-risks-trends-osh-women>;
- AESST (2010). Relatório anual 2010. Acedido em 27 de Agosto de 2011, em: http://osha.europa.eu/pt/publications/annual_report/ar_summary_2010;
- AESST (2010). Facts 95: Resumo do relatório sobre os incentivos económicos para a melhoria da SST - Análise à escala europeia. Acedido em 25 de Julho de 2011, em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/95>;
- AESST (2010). FACTS 94 – Promoção da saúde no local de trabalho para empregadores. Acedido em 25 de Setembro de 2011, em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/94>;
- AESST (2010). FACTS 93 – Promoção da saúde no local de trabalho para empregadores. Acedido em 25 de Abril de 2011, em: http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/pt_93.pdf;
- AESST (2010). FACTS 92: Integração da SST nos processos de gestão empresarial - Resumo de um relatório da Agência. Acedido em 23 de Abril de 2011, em: [http://www.act.gov.pt/\(pt-PT\)/SobreACT/DocumentosOrientadores/DocumentosReferenciaAmbitoNacional/Documents/EstrategiaNacionalparaaSegurancaeSaudeNoTrabalho20082012.pdf](http://www.act.gov.pt/(pt-PT)/SobreACT/DocumentosOrientadores/DocumentosReferenciaAmbitoNacional/Documents/EstrategiaNacionalparaaSegurancaeSaudeNoTrabalho20082012.pdf) AESST (2010): O impacto económico da política de segurança e saúde no trabalho nos Estados-Membros da EU. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/reports/302>;

- AESST (2010). Inquérito europeu às empresas sobre riscos novos e emergentes. Acedido em 1 de Agosto de 2011, em: http://osha.europa.eu/pt/publications/reports/pt_esener1-summary.pdf;
- AESST (2010). E_FACT 53: Risk assessment biological agentes. Acedido em 2 de Junho de 2011, em: <http://osha.europa.eu/en/publications/e-facts/efact53>;
- AESST (2010). E_FACTS 51: Managing psychosocial risks with cleaning workers. Acedido em 3 de Junho de 2011, em: <http://osha.europa.eu/en/publications/e-facts/efact51>;
- AESST (2010). E_FACTS 46 – Mental health promotion in the health care sector. Acedido em 15 de Julho de 2011, em: <http://osha.europa.eu/en/publications/e-facts/efact46>;
- AESST (2010). A review of methods used across Europe to estimate work-related accidents and illnesses among the self-employed. Acedido em 30 de Agosto de 2011, em: http://osha.europa.eu/en/publications/literature_reviews/self-employed;
- AESST (2010). Agência europeia para a segurança e saúde no trabalho. Acedido em 26 de Setembro de 2010, em: <http://osha.europa.eu/pt/front-page>;
- AESST (2009). Facts 87: Diversidade dos trabalhadores e avaliação de riscos: garantir uma abrangência total. Acedido em 2 de Agosto de 2011, em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/87>;
- AESST (2009). E_FACTS 36: Prevenção de acidentes e de doenças nos trabalhadores do sector da limpeza. Acedido em 20 de Julho de 2011, em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/e-facts/efact36>;
- AESST (2009). E_FACTS 27: Ambientes aquecidos no sector HORECA. Acedido em 15 de Abril de 2011, em: http://makeawidget.nbsevolution.com/admin/documents/userid7_08_02_2010_efact27.pdf
- AESST (2009). Facts 86: Prevenção de acidentes e doenças profissionais dos trabalhadores do sector da limpeza. Acedido em 16 de Abril de 2011, em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/86>;
- AESST (2009). Facts 85: Avaliação, eliminação e redução substancial dos riscos profissionais. Acedido em 2 de Maio de 2011, em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/85>;
- AESST (2008). FACTS 84: Previsões sobre riscos químicos emergentes; Acedido em 3 de Maio de 2011, em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/84>;
- AESST (2008). Facts 81: Avaliação de riscos: a chave para locais de trabalho seguros e saudáveis. Acedido em 5 de Maio de 2011, em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/81>;
- AESST (2008). Facts 80: Avaliação de riscos: Funções e responsabilidades. Acedido em 6 de Junho de 2011, em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/80>;
- AESST (2008). FACTS 78: Perturbações Músculo-Esqueléticas relacionadas com o trabalho. Acedido em 7 de Junho de 2011, em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/78>;

- AESST (2008). Facts 77 - Vantagem para as empresas de uma boa SST. Acedido em 7 de Junho de 2011, em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/77>;
- AESST (2008). Facts 76: Economia nacional e SST. Acedido em 7 de Junho de 2011, em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/76>;
- AESST (2008). E_FACTS 40: Avaliação de riscos e ferimentos por picada de agulha. Acedido em 9 de Junho de 2011, em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/e-facts/efact40>;
- AESST (2008). E_FACTS 38: Equipamento de trabalho, ferramentas e trabalhadores de limpeza. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/e-facts/efact38>;
- AESST (2008): E_FACTS 28: Técnicas mobilização doentes para prevenir lesões músculo-esqueléticas na prestação de cuidados de saúde. Acedido em 23 de Agosto de 2011, em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/e-facts/efact28>;
- AESST (2008): E_FACTS 24 - Lesões músculo-esqueléticas no sector HORECA. Acedido em 21 de Agosto de 2011, em: http://makeawidget.nbsevolution.com/admin/documents/userid7_08_02_2010_efact24.pdf;
- AESST (2008): E_Fact 21 - Introduction to the HORECA Sector. Acedido em 19 de Agosto de 2011, em: <http://osha.europa.eu/en/publications/e-facts/efact21>;
- AESST (2007). Redução dos riscos de lesões músculo-esqueléticas no local de trabalho. Acedido em 1 de Agosto de 2011, em: http://osha.europa.eu/pt/campaigns/ew2007/campaignmaterials/infopack_pt.pdf;
- AESST (2007). FACTS 74: Previsão dos peritos sobre os riscos psicossociais emergentes. Acedido em 25 de Maio de 2011, em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/74>;
- AESST (2007). FACTS 71: Introdução às lesões músculo-esqueléticas. Acedido em 3 de Maio de 2011, em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/71>;
- AESST (2007). FACTS 70 – Jovens trabalhadores: Factos e Números. Exposição a riscos profissionais e consequências para a saúde. Acedido em 13 de Maio de 2011, em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/70>;
- AESST (2007). FACTS 68: Previsões de peritos sobre os riscos biológicos emergentes relacionados com a SST. Acedido em 26 de Agosto de 2011, em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/68>;
- AESST (2007). E_FACTS 45: Lista de verificação para a prevenção de más posturas de trabalho. Acedido em 25 de Junho de 2011, em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/e-facts/efact45>;
- AESST (2007). E_FACTS 24: Movimentação Manual Cargas – Práticas em vários países. Acedido em 26 de Junho de 2011, em: <http://osha.europa.eu/pt/topics/msds/slic/mmc/chapter2.htm>;
- AESST (2007). E_FACTS 18: Risk assesment in health care. Acedido em 12 de Julho de 2011, em: <http://osha.europa.eu/en/publications/e-facts/efact18>;

- AESST (2006): FACTS 67: O ruído em números. Acedido em 7 de Julho de 2011, em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/67>;
- AESST (2006). E-Fact 8: A statistical portrait of the health and safety at work of young workers. Acedido em 8 de Julho de 2011, em: <http://osha.europa.eu/en/publications/e-facts/efact08>;
- AESST (2005): FACTS 56: Uma introdução ao ruído no trabalho. Acedido em 25 de Junho de 2011, em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/56>;
- AESST (2005): FACTS 57: O impacto do ruído no trabalho. Acedido em 3 de Abril de 2011, em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/57>;
- AESST (2005): FACTS 58: Redução e controlo do ruído. Acedido em 5 de Maio de 2011, em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/58>;
- AESST (2005): FACTS 59: A redução dos riscos do ruído no trabalho. Acedido em 25 de Abril de 2011, em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/59>;
- AESST (2004). FACTS 54: Responsabilidade social das empresas e segurança e saúde no trabalho. Acedido em 27 de Julho de 2011, em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/54>;
- AESST (2004). Facts 53: Garantir a segurança e a saúde dos trabalhadores com deficiência. Acedido em 31 de Julho de 2011, em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/53>;
- AESST (2003). Facts 43: Integrar a dimensão do género na avaliação dos riscos. Acedido em 17 de Julho de 2011, em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/43>;
- AESST (2003). Facts 42: Problemática do género na segurança e saúde no trabalho. Acedido em 1 de Junho de 2011, em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/42>;
- AESST (2003). FACTS 40: Agentes sensibilizadores da pele; Acedido em 1 de Agosto de 2011, em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/40>;
- AESST (2003). FACTS 39: Alergêneos respiratórios. Acedido em 5 de Agosto de 2011, em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/39>;
- AESST (2003). FACTS 35: A comunicação da informação sobre substâncias perigosas. Acedido em 13 de Maio de 2011, em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/35>;
- AESST (2003). Factsheet 29: Boas práticas em matéria de SST para o setor da saúde. Acedido em 25 de Abril de 2011, em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/29>;
- AESST (2002). FACTS 26: A utilização de SGSST nos Estados-Membros da União Europeia. Acedido em 25 de Abril de 2011, em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/26>;
- AESST (2002). FACTS 22: Stress relacionado com o trabalho. Acedido em 5 de Agosto de 2011, em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/22>;
- AESST (2002). FACTS 32: Como enfrentar riscos psicossociais e reduzir Stresse Trabalho. Acedido em 15 de Agosto de 2011, em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/32>;
- AESST (2002). FACTS 31: Conselhos práticos para os trabalhadores lidarem com o stress. Acedido em 15 de Junho de 2011, em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/31>;

- AESST (2002). FACTS 22: O assédio moral no local de trabalho. Acedido em 5 de Maio de 2011, em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/22>;
- AESST (2002). FACTS 23: Violência no trabalho. Acedido em 2 de Maio de 2011, em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/23>;
- AESST (2002). Facts 25: Novas formas de relações contratuais e respetivo significado para a SST. Acedido em 1 de Junho de 2011, em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/25>;
- AESST (2001). Facts 17: Como transmissão de uma Mensagem: Uma Campanha de Segurança e de Saúde. Acedido em 5 de Julho de 2011, em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/17>;
- AESST (2001). Facts 13: Uma Gestão bem sucedida para Prevenir Acidentes. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/13>;
- AESST (2001). Facts 12: A SST e Empregabilidade: Os Programas, Práticas e Experiências na UE. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/12>;
- AESST (2001). FACTS 14: Prevenção de Escorregões e Tropeções Relacionados com o Exercício de uma Profissão. Acedido em 25 de Abril de 2011, em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/14>;
- AESST (2001). Facts 20: Como reduzir os acidentes no local de trabalho. Acedido em 1 de Junho de 2011, em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/20>;
- AESST (2000). FACTS 60: Previsões de peritos sobre os riscos físicos emergentes associados à SST. Acedido em 13 de Maio de 2011, em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/60>;
- AESST (2000). Facts 7: Futuras Necessidades e Prioridades de Investigação no Domínio da SST na EU. Acedido em 1 de Junho de 2011, em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/7>;
- AESST (2000). FACTS 3: Perturbações Músculo-Esqueléticas causadas pelo trabalho na Europa. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/3>;
- AESST (2000). FACTS 8: Stress no trabalho. Acedido em 13 de Maio de 2011, em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/8>;
- AESST (2000). Research on work-related low back disorders, 2000. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: http://ispesl.it/profili_di_rischio%5Csitopesca/pdf/lowback.pdf;
- Alves, H., Cunha, L. M. (2005). Software Estatístico - Uma introdução a alguns aplicativos, numa abordagem inicial dos dados. Acedido em 5 de Outubro de 2011, em: <http://homepage.ufp.pt/cmanso/ALEA/Dossier12.pdf>;
- ANDST (2006). Estudo "A reintegração socioprofissional". Acedido em 1 de Junho de 2011, em: <http://www.andst.pt/www/estudo.pdf>;
- ANPC (2009). Compilação Legislativa SCIE - 1ª edição. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: http://www.prociv.pt/Legislacao/Documents/Compilacao_Legislativa_SCIE_www.pdf;

- ANPC (2008). Caderno Técnico PROCIV 4: Manual para elaboração de planos de segurança para estabelecimentos de apoio social a pessoas idosos. Acedido em 1 de Junho de 2011, em: http://www.proxiv.pt/SiteCollectionDocuments/Caderno_Tecnico_PROCIV_4.pdf;
- ANPC (2007). Listagem das novas notas técnicas de SCIE ref.0.0.00. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: <http://pyro-omega.com/wp-content/uploads/2011/09/00-NT-SCIE-LISTAGEM-DAS-NOVAS-NOTAS-T%C3%89CNICAS-DE-SCIE-ref.0.0.00-20070531.pdf>;
- Antunes, Maria. G. (2008). Influência da gestão por processos no desempenho organizacional: Um estudo empírico da área social. Dissertação apresentada para obtenção do grau de Doutor em Engenharia Industrial, especialidade de Sistemas de Gestão, pela Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências e Tecnologia;
- Antunes, Maria. G.; Pires, António R. (2006). A qualidade em organizações de serviços na área social (2006): Experiências e reflexões - Caderno n.º 25. p. 2. Acedido em 1 de Junho de 2011, em: http://tsousa.ulusofona.pt/docbweb/MULTIMEDIA/ASSOCIA/IMAG/REVISTAS_LUSOFONAS_PDF/SOCIOMUSEOLOGIA/N%C2%BA.%2025/MARIA_ANTUNES_ANTONIO_PIRES.PDF;
- Antunes, Maria G; Machado, Virgílio C; Pires, António M. R. (2009). "Process Improvement measures in Social Organizations – A study in institutions for Elderly: Survey preliminary results", *The TQM Journal* 21, 4: 334 – 352;
- Antunes, Maria G; Machado, Virgílio C; Pires, António M. R. (2008). "Economics aspects and organisational performance – a study in Setúbal Care Homes for Elderly Persons", *Journal of Total Quality Management & Business Excellence* 19, 1: 79 - 89.
- APCER (2010). Guia interpretativo EN NP ISO 9001:2008. p. 3. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: http://www.esac.pt/noronha/G.Q/apontamentos/Guia_9001_2008_APCER.pdf;
- APCER (2010). Guia interpretativo OHSAS 18001 | NP 4397. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: http://www.apcer.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=125%253Aohsas-18001-np-4397&catid=5&Itemid=48&lang=pt
- APSEI (2009). Documento técnico nº 2: Marcos de incêndio. Acedido em 24 de Agosto de 2011, em: <http://www.apsei.org.pt/?lop=conteudo&op=7a614fd06c325499f1680b9896beedeb&id=5f0f5e5f33945135b874349cfbed4fb9>;
- APSEI (2009). Fichas técnicas por tipo de edifício. Acedido em 24 de Agosto de 2011, em: http://www.apsei.org.pt/index.php?lop=conteudo&op=94f6d7e04a4d452035300f18b984988c&li_mite=0
- APSEI (2008). Documento técnico nº 1: Cortinas de acantonamento de fumos. Acedido em 24 de Agosto de 2011, em: <http://www.apsei.org.pt/?lop=conteudo&op=7a614fd06c325499f1680b9896beedeb>;
- Cabeças, J. (2007). Ergonomia. EST. Setúbal;

- Carmo, H. e Ferreira, M. M. (1998). "O projeto e o relatório de investigação" in Hermano Carmo e Manuela Malheiro Ferreira, Metodologia da investigação - guia para autoaprendizagem. Lisboa: Universidade Aberta, p. 138;
- Carvalho, M. I. L. (2006). Uma Abordagem do Serviço Social à Política de Cuidados na Velhice em Portugal. Acedido em 1 de Junho de 2011, em:
<http://www.cpihts.com/PDF02/Uma%20Abordagem%20do%20Servi%C3%A7o%20Social%20%C3%A0%20Pol%C3%ADtica%20Cuidados%20na%20Velhice%20em%20Portugal%20%20Maria%20Irene%20Lopes%20de%20Carvalho.pdf>;
- CCIG (2008). Manual Integração da Dimensão da Igualdade de Género nas Políticas de Inclusão e Proteção Social. Acedido em 13 de Maio de 2011, em:
<http://www.cite.gov.pt/pt/destaques/complementosDestqs/Linguagem.pdf>
- CITE (2010). A igualdade de mulheres e homens no trabalho e no emprego. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em:
http://www.cite.gov.pt/asstscite/downloads/publics/Igualdade_CITE_NET.pdf;
- Comissão Europeia (2010). Strategy for equality between women and men 2010-2015. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em:
http://www.cite.gov.pt/pt/destaques/complementosDestqs/Strategy_Equality_Women_Men2010_15.pdf;
- Congresso Português Sociologia (2006). A análise da Política da Terceira Idade em Portugal, de 1976 a 2002. Acedido em 1 de Junho de 2011, em:
<http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/412.pdf>;
- Comissão das comunidades europeias (2006). Igualdade entre Homens e Mulheres. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em:
http://www.cite.gov.pt/imgs/instrumcomunit/Relat_igualdade_entre_homens_e_mulheres2007.pdf;
- Comissão das comunidades europeias (2009). O futuro demográfico da EU: transformar um desafio em oportunidade. Acedido em 1 de Junho de 2011, em:
[http://www.dpp.pt/pt/ENDS2015/Documents/EU%20SDS%20_2009%20Review_COM\(2009\)%20400_July%202009_PT.pdf](http://www.dpp.pt/pt/ENDS2015/Documents/EU%20SDS%20_2009%20Review_COM(2009)%20400_July%202009_PT.pdf);
- Comissão das comunidades europeias Bruxelas (2007). Envelhecer bem na sociedade da informação. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em:
http://www.unic.pt/images/stories/publicacoes200710/com2007_0332pt01.pdf;
- Comissão europeia (2000). Política Europeia em matéria social e de emprego: Uma política para os cidadãos. Acedido em 1 de Junho de 2011, em:
http://ec.europa.eu/publications/booklets/move/24/txt_pt.pdf;
- Costa, M. A. (2011). Jornadas Parlamentares PSD. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em:
http://www.psdvalongo.net/docs/PSD_Nacional/Sintese_Intervencao_Marco_Antonio_Jornadas_Parlamentares.pdf;

- CGTP (2011). Departamento de SHT da CGTP-IN. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: <http://shst.cgtp.pt/phocadownload/Dados%20do%20Eurostat.pdf>;
- DECO (2009). Ckeck-Lisk - Avaliação dos Lares: Serviço e Segurança. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: http://www.deco.proteste.pt/20090126/como-escolher-um-lar-de-idosos-pdf-Attach_s551541.pdf;
- Decreto-Lei n.º 352/2007, de 23 de Outubro. Diário da República n.º 204/2007 - Série I, P. 7715 a 7808;
- Decreto Regulamentar n.º 76/2007, de 17 Julho. Diário da República n.º 136/2007 - 1.ª série. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/AF267FFC-1E51-41DC-8736-D52019BCAB6F/0/0449904543.pdf>;
- Decreto – Lei n.º 330/1993, de 25 de Setembro; Diário da República, 1ª série – N.º 226. Assembleia da Republica;
- Despacho Normativo n.º 3/2011, de 16 de Fevereiro;
- Despacho Normativo n.º 30/2006, de 8 de Maio;
- Despacho n.º 7837/2002, de 16 de Abril;
- Despacho n.º 9400/2001 do SESSS, 4 de Maio;
- Despacho Normativo n.º 12/1998, de 25 de Fevereiro;
- DGC (2011). Manual de segurança – Especial idosos. p. 46 a 49. Acedido em 13 de Maio de 2011, em: <http://www.consumidor.pt/>;
- DGSS (2006). Nomenclaturas / Conceitos das respostas sociais. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: http://www2.seg-social.pt/preview_documentos.asp?r=15867&m=PDF;
- DGS (2011). Vacinação contra a gripe com a vacina trivalente na época. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: <http://www.dgs.pt/ms/2/default.aspx?id=5509>;
- DGS (2010). Gripe sazonal 2010/2011: Casos graves pela estirpe A (H1N1). Acedido em 1 de Junho de 2011, em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i013811.pdf>;
- DGS (2010). Descrição das fases de pandemia e principais ações por fase – OMS. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: <http://www.uc.pt/gripe/recursos/fasespandemicas>;
- DGS (2009). Plano Contingência para Lares – Medidas de proteção individual contra a Gripe A (H1N1). Acedido em 13 de Maio de 2011, em: <http://www.socialgest.pt/dlds/PLANOCONTINGENCIAGRIPPEIPSS.pdf>;
- DGS (2004). Circular Normativa n.º 13/DGCG: Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Acedido em 1 de Junho de 2011, em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>;
- DGS (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas 2004/2010: Circular normativa 13. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: <http://www.acs.min-saude.pt/files/2011/03/pnsvi.pdf>;

- Dias, M.I.C (2009). Os maus tratos aos idosos: Abordagem concetual e intervenção social. Acedido em 1 de Junho de 2011, em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/17982/2/sumariodalicao000078852.pdf>
- EU (2011). Síntese da legislação da Comunidade uropeia. Acedido em 26 de Setembro de 2010, Web: http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/health_hygiene_safety_at_work/index_pt.htm;
- EUNESE (2005). Ficha de factos: Prevenção de Quedas nos Idosos. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: http://www.euroipn.org/eunese/Documents/FS%20PT/FS_FALLS_PT.pdf;
- EUROSTAT (2009). Dados estatísticos: boletim 63. Acedido em 13 de Maio de 2011, em: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-09-063/EN/KS-SF-09-063-EN.PDF;
- FEMCVT (2005). Quarto Inquérito Europeu sobre as Condições de Trabalho. Acedido em 1 de Junho de 2011, em: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2006/78/pt/1/ef0678pt.pdf>;
- Ferreira, J. M. C.; NEVES, J.; CAETANO, A. (2001). Manual de Psicossociologia das Organizações. Lisboa. McGraw-Hill;
- Fonseca, A. M. (2008). Envelhecimento e qualidade de vida em Portugal: algumas evidências e outras tantas inquietações Acedido em 1 de Novembro de 2011, em: <http://www.socialgest.pt/dlds/APEnvelhecimentoequalidadedevida.pdf>;
- Geller, E.S. (2007). Trabalhado com segurança, São Paulo, Atlas, 2ª edição;
- Hill, M., Hill, A. (2000). Investigação por questionário. Edições sílabo. 1ª edição;
- HSE (2011). Culture in context. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: http://www.hsl.gov.uk/media/100371/hsw_safetyculture_march2011.pdf;
- HSE (2011). Getting to grips with hoisting people. Acedido em 1 de Junho, em: <http://www.hse.gov.uk/pubns/hsis3.pdf>;
- HSE (2011). Five steps to risk assessment. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: <http://www.hse.gov.uk/pubns/indg163.pdf>;
- HSE (2011). Example policy for an alarm installation company. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: www.hse.gov.uk/risk/risk-assessment-and-policy-template.doc;
- HSE (2011). Health and safety made simple. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: <http://www.hse.gov.uk/pubns/indg449.pdf>;
- HSE (2010). Musculoskeletal disorders. Acedido em 1 de Junho de 2011, em: www.hse.gov.uk/msd;
- HSE (2010). Guidance for Clinical Health Care Workers. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4014474.pdf;

- HSE (2005). Kit dos inspetores: Fatores humanos na gestão de perigos de acidentes graves. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: <http://www.hse.gov.uk/humanfactors/topics/toolkit-introduction-portuguese.pdf>;
- HSE (2005). Enforcemente management model. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: <http://www.hse.gov.uk/enforce/emm.pdf>;
- HSE (2005). Prevenção contra quedas no trabalho. Acedido em 1 de Junho, em: <http://www.hse.gov.uk/pubns/portuguese/indg225.pdf>;
- HSE (2005). Principais dicas de segurança para escadas de mão e escadotes. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: <http://www.hse.gov.uk/pubns/portuguese/indg405.pdf>;
- HSE (2004). Um guia para os trabalhadores. Acedido em 13 de Maio de 2011, em: <http://www.hse.gov.uk/pubns/portuguese/hse27port.pdf>;
- HSE (2001). Safe use of bedside rails. Acedido em 1 de Junho de 2011, em: <http://www.hse.gov.uk/healthservices/bedrails/transcript.pdf>;
- HSE (2001). Health and safety in care homes. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: <http://www.hse.gov.uk/pubns/priced/hsg220.pdf>;
- HSE (1998). Manual handling in the health services. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: <http://www.hse.gov.uk/pubns/priced/manhandle-health.pdf>;
- IE (2011). Preconceito e discriminação das pessoas mais velhas em Portugal numa prespetiva comparada. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: http://www.ienvelhecimento.ul.pt/images/stories/policy_briefs/policy%20brief%20-%20preconceito%20e%20discriminacao%20das%20pessoas%20idosas.pdf;
- INE (2011). O fenómeno da migração internacional de retorno como consequência da crise mundial. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=123697457&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt;
- INE (2010). Estimativas anuais da população residente. Acedido em 13 de Maio de 2011, em: http://metaweb.ine.pt/sim/OPERACOES/DOCMET_PDF/DOCMET_PDF_113_1_1.pdf;
- INE (2010). Projeções da população residente, 2008-2060. Acedido em 1 de Junho de 2011, em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=65944632&PUBLICACOESstema=55466&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt;
- INE (2007). Dia internacional do idoso. Página 2. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: [http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=ine%20\(2007\)%3A%20dia%20internacional%20do%20idoso&source=web&cd=1&ved=0CBwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ine.pt%2Fngt_server%2Fattachfileu.jsp%3Flook_parentBoui%3D7398813%26att_display%3Dn%26att_download%3Dy&ei=PiPITq23PI-08QO2qJGJDw&usq=AFQjCNFhHFFCBV-5ygA0O2ZaVFx9NXyHdQ](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=ine%20(2007)%3A%20dia%20internacional%20do%20idoso&source=web&cd=1&ved=0CBwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ine.pt%2Fngt_server%2Fattachfileu.jsp%3Flook_parentBoui%3D7398813%26att_display%3Dn%26att_download%3Dy&ei=PiPITq23PI-08QO2qJGJDw&usq=AFQjCNFhHFFCBV-5ygA0O2ZaVFx9NXyHdQ);
- INE (2011). Censos resultados preliminares 2011. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao;

- IPAC (2010). OEC008: Certificação SGSST. Acedido em 1 de Junho de 2011, em:
<http://www.ipac.pt/docs/publicdocs/regras/OEC008.pdf>;
- IPAC (2009). OEC003: Certificação Respostas Sociais. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em:
<http://www.ipac.pt/docs/publicdocs/regras/OEC003.pdf>;
- IPQ (2011). Coletânea de normas. Segurança contra incêndio em edifícios: proteção passiva. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em:
http://www.ipq.pt/backfiles/Titulo_DVD_Prot_Passiva_Nov_2011.pdf
- IPQ (2011). Coletânea de normas. Segurança contra incêndios em edifícios: Equipamentos e sistemas de extinção e sinalização de segurança. Acedido em 13 de Maio de 2011, em:
http://www.ipq.pt/backfiles/Titulo_DVD_Ed_Sist_Ext_Seg_Nov_2011.pdf;
- IPQ (2011). Coletânea de normas. Segurança contra incêndio em edifícios: Sistemas automáticos de deteção e alarme de incêndio. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em:
http://www.ipq.pt/backfiles/Titulo_Ed_Alarme_Incendio_Nov_2011.pdf;
- IPQ (2009). Manual de gestão da qualidade para lares de idosos. Acedido em 1 de Junho de 2011, em: http://www.ipq.pt/backfiles/MGO_LI.pdf;
- IPQ (2001). Plano avô. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em:
http://195.245.197.196/preview_documentos.asp?r=7306&m=PDF;
- INE (2011). Estatística do Emprego - 2º trimestre de 2011, p. 34 a 47. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em:
http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESTipo=ea&PUBLICACOEScoleccion=5685773&selTab=tab0&xlang=pt;
- INFORSEG (2011). Ponha em dia a sua proteção auditiva. Edição 31. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em:
http://www.racconet.com.br/revistas/Infoseg_Edicao31_ponha_em_dia_sua_protecao_auditiva.pdf;
- INFORSEG (2011). Dermate por contato. Edição 30. Acedido em 1 de Junho de 2011, em:
http://www.racconet.com.br/revistas/Infoseg_Edicao30_dermatite_por_contato.pdf;
- INFORSEG (2010). As fraturas do pescoço e da coluna vertebral. Edição 28. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em:
http://www.racconet.com.br/revistas/Infoseg_Edicao28_Fraturas_do_Pesco_o_%20e_da_Coluna_Vertebral.pdf;
- INFORSEG (2009). Comportamento seguro. Edição 20. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: http://www.racconet.com.br/revistas/Infoseg_Edicao20_Comportamento_Seguro.pdf;
- INFORSEG (2009). Colunas fundamentais da segurança. Edição 19. Acedido em 13 de Maio de 2011, em:
http://www.racconet.com.br/revistas/Infoseg_Edicao19_%204_colunas_fundamentais_seguranca.pdf;

- INFORSEG (2007). Treinamento de segurança. Edição 14. Acedido em 1 de Junho de 2011, em: http://www.racconet.com.br/revistas/Infoseg_Edicao14_Treinamento_de_Seguranca.pdf;
- ISO 11228-1:2003, Ergonomics — Evaluation of static working postures;
- ISO 31000, Risk management – Principles and guidelines;
- ISO Guide 73:2009, Risk management – Vocabulary;
- ISP (2011). Caracterização da atividade de medição de seguros. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: <http://www.isp.pt/winlib/cgi/winlibimg.exe?key=&doc=16507&img=2215>;
- ISP (2011). Novo regime de reparação de Acidentes de Trabalho e de Doenças Profissionais. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: <http://www.isp.pt/winlib/cgi/winlibimg.exe?key=&doc=16513&img=2216>;
- ISP (2011). Seguros de acidente de trabalho em Portugal - Mortalidade e Remaridação. Acedido em 1 de Junho de 2011, em: <http://www.isp.pt/winlib/cgi/winlibimg.exe?key=&doc=16892&img=2389>;
- ISP (2011). Estatísticas acidentes de trabalho 2010. Acedido em 13 de Maio de 2011, em: http://www.isp.pt/Estatisticas/seguos/estatisticas_anuais/historico/ES%202010/C5.pdf;
- ISP (2011). Indeminizações por acidentes de trabalho (2010-2011). Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: <http://www.isp.pt/NR/exeres/84012AC1-DC6A-4D50-B30F-11C9C11D6A4F.frameless.htm>;
- ISS (2011). Segurança Social em números. Acedido em 1 de Junho de 2011, em: http://www2.seg-social.pt/preview_documentos.asp?r=34057&m=PDF;
- ISS (2011). Guia Prático – Respostas sociais para população adulta – Pessoas idosos. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: http://www2.seg-social.pt/preview_documentos.asp?r=22719&m=PDF;
- ISS (2011). Guia Prático - Constituição de IPSS. Acedido em 13 de Maio de 2011, em: http://195.245.197.196/preview_documentos.asp?r=31431&m=PDF;
- ISS (2010). Orientação técnica 18: Saúde e Segurança no Trabalho conservação de documentos e destino dos dados de saúde. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: http://www2.seg-social.pt/preview_documentos.asp?r=30696&m=PDF;
- ISS (2010): Carta social 2009. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: <http://www.cartasocial.pt/pdf/csocial2009.pdf>;
- ISS (2010). Guia Prático - Licenciamento da Atividade dos Estabelecimento de Apoio Social. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: http://195.245.197.202/preview_documentos.asp?r=28303&m=PDF;
- ISS (2010). Recomendações técnicas para equipamentos sociais – Lares de idosos. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: http://195.245.197.202/downloads/iss/RTES_Lares_de_Idosos_novaversao.PDF;
- ISS (2010). Newsletter n.º 0. Acedido em 1 de Junho de 2011, em: http://www2.seg-social.pt/preview_documentos.asp?r=31187&m=PDF;

- ISS (2010). Folha informativa n.º 3. Acedido em 25 de Setembro de 2011, em: <http://www.cartasocial.pt/pdf/FI032010.pdf>;
- ISS (2010). Folha informativa n.º 5. Acedido em 10 de Outubro de 2011, em: <http://www.cartasocial.pt/pdf/FI052010.pdf>;
- ISS (2009). Manual de boas práticas - Acolhimento residencial das pessoas mais velhas. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: [http://www2.seq-social.pt/downloads%5Ciss%5CManual%20Boas%20Pr%C3%A1ticas%20-%20Idosos\[1\].pdf](http://www2.seq-social.pt/downloads%5Ciss%5CManual%20Boas%20Pr%C3%A1ticas%20-%20Idosos[1].pdf);
- ISS (2009). Guia prático - Programa cooperação qualidade e segurança das respostas Sociais. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: http://195.245.197.202/preview_documentos.asp?r=25673&m=PDF;
- ISS (2009). Rede de equipamentos e serviços. A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: http://www.cartasocial.pt/pdf/estudo_dependencia.pdf;
- ISS (2009). Relatório da visita da ação de acompanhamento respostas sociais. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: http://www.socialgest.pt/_dlds/guiadeAcompanhamentovisitasasIPSSdaSSx.pdf;
- ISS (2008). Manuais de Gestão da Qualidade: Lar residencial - Manual processos-chave; Modelo avaliação qualidade; Questionários avaliação satisfação. Acedido em 13 de Maio de 2011, em: <http://www.seq-social.pt/left.asp?05.18.08.02>;
- ISS (2008). Legislação aplicável IPS. Acedido em 1 de Junho de 2011, em: <http://195.245.197.202/left.asp?05.18.08.02.01>;
- ISS (2005). Tipificação das Situações de Exclusão em Portugal Continental. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: <http://pt.scribd.com/doc/16635801/Tipificacao-das-Situacoes-de-Exclusao-em-Portugal-Continental-2005>;
- ISS (2005). Manual de boas práticas: Acolhimento residencial das pessoas mais velhas. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: [http://www2.seq-social.pt/downloads%5Ciss%5CManual%20Boas%20Pr%C3%A1ticas%20-%20Idosos\[1\].pdf](http://www2.seq-social.pt/downloads%5Ciss%5CManual%20Boas%20Pr%C3%A1ticas%20-%20Idosos[1].pdf);
- ISS (1998). As IPSS: Aspetos da Evolução do seu Regime Jurídico. Acedido em 1 de Junho de 2011, em: http://www2.seq-social.pt/preview_documentos.asp?r=13115&m=PDF;
- ISSA (2011). Seminar on Promoting Employability: Activity, Health and Reintegration. <http://www.issa.int/News-Events/Events/ISSA-Seminar-on-Promoting-Employability-Activity-Health-and-Reintegration>;
- Júnior, J.C.B. (2002). Empreendedorismo, trabalho e qualidade de vida na 3ª idade. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: <http://www.trabalhoevida.com.br/download/livro.pdf>;
- Jacob, L. (2009). Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: www.socialgest.pt;
- Journal of Safety Research, 40 (2009) p. 125-139. Acedido em 1 de Junho de 2011, em: <http://osha.europa.eu/en/press/articles/global-trend-according-to-estimated-number-of-occupational-accidents-and-fatal-work-related-diseases-at-region-and-country-level>;

- Karn G. Bulsuk (2009). Taking the First Step with the PDCA (Plan-Do-Check-Act) Cycle. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: <http://blog.bulsuk.com/2009/02/taking-first-step-with-pdca.html#axzz1GBg5Y7Fn>;
- Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro. Diário da República, 1.ª série — N.º 30. Assembleia da Republica;
- Lei n.º 98/2009, de 4 de Setembro. Diário da República, 1.ª série — N.º 172. Assembleia da Republica;
- Lei n.º 102/2009, de 10 de Setembro. Diário da República, 1.ª série — N.º 176. 6167. Assembleia da Republica;
- Lei n.º 105/2009, de 14 de Setembro. Diário da República - Série I, N.º 30. Assembleia da Republica;
- Lei n.º 4/2008, de 7 de Fevereiro. Diário da República, 1.ª série — N.º 27. Assembleia da Republica;
- Machado, A.M.A (2005). Introdução conceito design inclusivo: Aplicações práticas em desenho urbano e equipamentos sociais /saúde. Acedido em 1 de Junho de 2011, em: http://www2.seg-social.pt/preview_documentos.asp?r=15865&m=PDF;
- Margaret Pabst Martin (2008). Fórum Gulbenkian de saúde e envelhecimento 2008-2009. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: http://www.gulbenkian.pt/media/files/FTP_files/pdfs/newsletter08/92.pdf
- Marques, S. (2011). Discriminação da terceira idade. 1ª Edição. Ensaio da Fundação Francisco Manuel dos Santos;
- MARKTEST (2007). Situação dos idosos em Portugal. Acedido em 13 de Maio de 2011, em: <http://www.marktest.com/wap/a/n/id~e57.aspx>;
- Martins, R. e Santos, A. (2005). Ser idoso hoje P. 4-5. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium35/8.pdf>;
- Mendes, F.R (2011). Segurança Social, o futuro hipotecado. 1ª Edição. Ensaio da Fundação Francisco Manuel dos Santos;
- Monteiro, E.; Duarte, C. B. (2008). Prevenção em segurança no trabalho: A influência do clima organizacional no clima de segurança. p. 3, 13;
- MSSS/GEP (2011). Inquérito aos Ganhos. p. 20 e 21. Acedido em 1 de Junho de 2011, em: <http://www.gep.mtss.gov.pt/estatistica/be/beset2011.pdf>;
- MTSS (2011). Emprego, contratação coletiva trabalho e proteção mobilidade profissional em Portugal. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: <http://www.gep.mtss.gov.pt/edicoes/outras/ecctpmpp.pdf>;
- MTSS (2011). Síntese SHT 2009. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: <http://www.gep.mtss.gov.pt/estatistica/index.php>;
- MTSS (2010). Série cronológicas de estatísticas de acidente. Acedido em 13 de Maio de 2011, em: http://www.gep.mtss.gov.pt/estatistica/acidentes/seriesat_2000_2007.pdf;

- MTSS (2010). Acidentes de trabalho 2008. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: <http://www.gep.mtss.gov.pt/estatistica/acidentes/atrabalho2008.pdf>;
- MTSS (2010). Plano de Ação para a Igualdade. p. 4. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: http://www.gep.mtss.gov.pt/estudos/pai_mtss_2011.pdf;
- MTSS (2010). Protocolo de cooperação MTSS-CNIS. Acedido em 1 de Junho de 2011, em: http://novo.cnis.pt/images_ok/Protocolo%20MTSS-CNIS%202010.pdf;
- MTSS (2010). Estatísticas Quadros de pessoal. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: <http://www.gep.mtss.gov.pt/>;
- MTSS (2008). Audição Pública sobre a definição de um Limiar de Pobreza. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: http://www.gep.mtss.gov.pt/seminarios/audicaopublica_17out/relato.pdf;
- MSST (2006). Carta Social. Rede de serviços e equipamentos. Relatório 2005. Acedido em 13 de Maio de 2011, em: <http://www.cartasocial.pt/pdf/csosocial2005.pdf>
- Nações Unidas (2002). Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento de Madrid. Acedido em 1 de Junho de 2011, em: <http://www.unric.org/html/portuguese/ecosoc/ageing/envelhecimento.html>;
- Nações Unidas (2009). Departamento para os assuntos económicos e sociais. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: <http://social.un.org/index/>;
- NP EN ISO 9000:2005 – Sistemas de gestão da qualidade – Fundamentos e vocabulário;
- NP EN ISO 9001:2008 - Sistemas de gestão da qualidade – Requisitos”
- NP 4397:2008 – Sistemas de gestão da segurança e saúde do trabalho – Requisitos;
- NP 4413:2006 - Segurança contra incêndios – Manutenção de extintores
- NP EN ISO 19011:2003 – Linhas de orientação para auditorias a sistemas de gestão da qualidade e/ou de gestão ambiental;
- Nunes, F. (2006). Manual técnico de segurança, higiene e saúde no trabalho. Lisboa. Edições 2ª edição. Gustave Eiffel;
- Observatory for Sociopolitical Developments in Europe (2011). Newsletter 1/2011 e 2/2011. Acedido em 1 de Junho de 2011, em: www.sociopolitical-observatory.eu/en/;
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2011). Relatório de primavera 2011. Acedido em 25 de 1 de Junho, em: http://www.uc.pt/org/ceisuc/Documentos/rp/rp_2011.pdf;
- OHSAS 18001:2007 – Occupational health and safety management systems – Requirements;
- OHSAS 18002:2008 – Occupational health and safety management systems – Guidelines for the implementation of OHSAS 18001:2007;
- OIT (2011). SGSST: Um instrumento para uma melhoria contínua. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_154878.pdf;
- OIT (2011). Igualdade no trabalho: Relatório global. p. 11 a 14. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: http://www.cite.gov.pt/pt/destaques/complementosDestqs/Relatorio_igualdade.pdf;

- OIT (2010). Riscos emergentes e novas formas de prevenção num mundo de trabalho em mudança. Acedido em 1 de Junho de 2011, em: <http://www.dnpst.eu/uploads/relatorios/relatoriooit2010.pdf>;
- OIT (2010). A igualdade de género no coração do trabalho digno. Acedido em 13 de Maio de 2011, em: http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/8_marco_brochura.pdf;
- OIT (2009). Saúde e vida no trabalho: um direito humano fundamental. Acedido em 25 de Maio de 2011, em: <http://www.dnpst.eu/uploads/relatorios/relatoriooit2009.pdf>;
- OIT (2008). A minha vida, o meu trabalho o meu trabalho em segurança. Acedido em 24 de Maio de 2011, em: <http://www.dnpst.eu/uploads/relatorios/relatoriooit2008.pdf>;
- OIT (2008). Valor do Trabalho e Igualdade de Género p. 11. Acedido em 23 de Abril de 2011, em: http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/revalorizar_guia.pdf;
- OIT (2007). Locais de trabalho seguros e saudáveis. Acedido em 22 de Abril de 2011, em: <http://www.dnpst.eu/uploads/relatorios/relatoriooit2007.pdf>;
- OIT (2006). Trabalho digno – trabalho em segurança – VIH/SIDA. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: <http://www.dnpst.eu/uploads/relatorios/relatoriooit2006.pdf>;
- OIT (2001). Guidelines on OSH Management Systems (ILOOSH). Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd27/guidelin.pdf>;
- Oliveira, C. R.; Rosa, M. S.; Pinto, A. M.; Botelho, M. A. S.; Morais, A.; Veríssimo, M. T. (2008). Estudo do perfil do envelhecimento da População Portuguesa. Acedido em 1 de Novembro de 2011, em: <http://www.acs.min-saude.pt/files/2010/03/LivroFINALvsImpressaEPEPP.pdf>;
- OMS (2009). Guia global das cidades amigas das pessoas idosas. Acedido em 13 de Maio de 2011, em: http://www.gulbenkian.pt/media/files/FTP_files/pdfs/PGDesenvolvimentoHumano/ProjIdosos_GuiaCidades2009.pdf;
- Pereira, F. D., Ganço, M. (2009). Identificação de Perigos e Avaliação de Riscos (Mestrado em Segurança e Higiene no Trabalho - 14.ª Edição). Setúbal: Escola Superior de Ciências Empresariais;
- Pereira, F. D., Viegas, J. C. (2003), Manutenção, Escola Superior de Tecnologia de Setúbal;
- Pereira, F. D. (1998). Organização e Manutenção em Complexos Industriais. Mestrado em Engenharia Mecânica, IST. Lisboa;
- Pinto, J.C., Pinto, A. L. (2011). A importância da certificação de sistemas de gestão da qualidade em Portugal. Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: http://www.ipq.pt/backfiles/artigo_anaPinto.pdf;
- Pinto, A. (2009). Sistemas de Gestão da Segurança e Saúde no Trabalho. Guia para a sua Implementação, 2ª edição, Lisboa, Edições Sílabo;

- Pires, António M. R; Antunes, Maria G. (2011). "Process Improvement measures in Social Organizations – A study in institutions for Elderly: Survey preliminary results" *The TQM Journal*, 334 - 352. Acedido em 2 de Novembro de 2011, em:
<http://doc.isiri.org.ir/documents/10129/20977/04-Issue.pdf>
- Pires, António M. R. (2011). Sistemas de gestão da qualidade, Ambiente, Segurança, Responsabilidade Social, Indústria, Serviços e Administração Pública ed. 4, 1 vol.. Lisboa: Edições Sílabo, Lda;
- Pires, António M. R. (2004). Qualidade, Sistemas de Gestão da Qualidade. ed. 3, 1 vol., ISBN: 972-618-333-2. Lisboa: Edições Sílabo;
- Pires, A.M.R.; Pereira, M. O. A.; Machado, V. C. (2005). Gestão por processos: Contributo para a conceção e competitividade das organizações. Acedido em 5 de Agosto de 2011, em:
http://pascal.iseg.utl.pt/~PJMS/repec/pjm/vol10n1_35_55.pdf;
- Plano Nacional de Emprego (2009). Estratégia nacional de envelhecimento ativo. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: http://www.mtss.gov.pt/docs/ENPSIS2008_2010.pdf;
- Presidência do conselho de ministros (2011). Políticas sociais constantes no programa do XIX Governo PSD/CDS. p.94 e 95. Acedido em 1 de Junho de 2011, em:
http://www.portugal.gov.pt/pt/GC19/Documentos/Programa_GC19.pdf;
- Provedoria de Justiça (2007). Lares de Idosos dos Açores. Acedido em 13 de Maio de 2011, em: http://www.provedor-jus.pt/restrito/pub_ficheiros/LaresIdosos.pdf;
- Provedoria de Justiça (2008). Os Idosos e as Instituições de Acolhimento da Região Autónoma da Madeira. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: http://www.provedor-jus.pt/restrito/pub_ficheiros/LaresIdososMadeira.pdf;
- Linz, K, e Stula, S. (2011). Bulletin European Policies on Senior Citizens of the Observatory for Sociopolitical Developments in Europe. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em:
http://www.sociopolitical-observatory.eu/fileadmin/user_upload/Dateien/Bulletin_Europaeische_Seniorenpolitiken/chart_English_Mai_2011.pdf;
- REDTESS (2010). Ano europeu do combate à pobreza e à exclusão social. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em:
http://www.cite.gov.pt/pt/destaques/complementosDestqs/Cat_anoeuropeupobreza2010.pdf;
- Resolução A/C.3/65/L.8/Rev.1 de 19 de Novembro de 2010. Assembleia Geral das Nações Unidas. EUA;
- Resolução n.º 44/2001, de 7 de Julho. Diário da república n.º 147/01 – 1ª Série. Assembleia da República. Lisboa. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em:
<http://dre.pt/pdf1sdip/2001/06/147A00/38463846.PDF>
- Resolução n.º 64-A/2001, de 17 de Outubro. Diário da República n.º 241/2001 – Serie A. Assembleia da República. Lisboa;

- SAUDE EU (2011). Portal de saúde pública da união europeia. Acedido em 26 de Setembro de 2010, em: http://ec.europa.eu/health-eu/my_environment/at_work/index_pt.htm;
- Sérgio, A. (2009). Manual de Higiene e Segurança do Trabalho. Porto Editora, 11ª edição, Porto, Porto Editora;
- SGS (2011). OHSAS 18001: Demostre o seu comprometimento com a saúde e segurança ocupacional. Acedido em 1 de Junho de 2011, em: http://www.br.sgs.com/pt/ohsas_18001-2.pdf;
- SGS (2008). Interpretação da OHSAS 18001 – Sem acidentes. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: <http://www.pt.sgs.com/pt/sgs-18000-2007-v2-seguranca-pt-09.pdf>;
- SGS (2003). Guia de Interpretação da norma ISO 9001:2000. Acedido em 13 de Maio de 2011, em: <http://www.pt.sgs.com/pt/sgs-9001-2000-pt-09.pdf>;
- SGS (2007). Plano de transição Ohsas 18001. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: <http://www.pt.sgs.com/pt/ssc-plano-de-transicao-ohsas-18001.pdf>;
- Silva, A., Duarte, C., Gaia, T. (2005). Ajudas técnicas para o banho. Secretariado Nacional para a reabilitação das pessoas com deficiência: 2ª edição;
- Sousa, C. I. R. (2008). Metodologias SHT a adotar pelos trabalhadores de um lar de idosos – Universidade da Madeira. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: <http://www.citma.pt/Uploads/Cristina%20Isabel%20Sousa.pdf>;
- SPSS (2005). Manual de SPSS. Acedido em 26 de Setembro de 2011, em: <http://www.sc.uevora.pt/spss/>;
- UGT (2011). Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho, da União Geral de Trabalhadores. Acedido em 1 de Junho de 2011, em: <http://sst-ugt.blogspot.com/2011/09/onde-comeca-seguranca.html>;
- UNSW (2011). Death at Work: From Red Tape to Real People. Acedido em 25 de Agosto de 2011, em: <http://knowledge.asb.unsw.edu.au/article.cfm?articleid=1457>;
- UVA, A. (2006). Avaliação e gestão do risco em saúde ocupacional: Algumas vulnerabilidades - Revista Saúde ocupacional. Volume temático n.º 6.

ANEXO 1

Igualdade de género

ANEXO 2

Análise de riscos - Método das matrizes compostas

ANEXO 3

Recomendações de medidas de segurança

ANEXO 4

Custos socioeconómicos

ANEXO 5

Questionário sobre cultura de segurança

ANEXO 6

Testes Fiabilidade - SPSS

ANEXO 7

Testes ANOVA - SPSS