Riscos de uma actividade de risco: um estudo de caso em contexto hospitalar

João Areosa*

Resumo

Este artigo apresenta os resultados de uma investigação realizada num serviço de imagiologia de um hospital público. Aqui iremos apresentar os principais riscos ocupacionais desta actividade, bem como a visão dos trabalhadores face aos seus riscos ocupacionais. As categorias profissionais observadas foram as seguintes: médicos de radiologia convencional, médicos de neuroradiologia e técnicos de radiologia.

A metodologia utilizada neste estudo de caso foi a pesquisa de terreno com observação participante. Na operacionalização deste método utilizámos a entrevista como técnica privilegiada para a recolha de informação.

Uma das principais conclusões desta investigação revela que as percepções de riscos no serviço de imagiologia são heterogéneas. Todavia, os riscos mais temidos por parte dos trabalhadores estão associados à exposição às radiações ionizantes e aos diversos riscos biológicos transversais ao meio hospitalar.

Palavras-chave: Risco, Riscos Ocupacionais, Percepções de Riscos, Imagiologia Hospitalar.

1- Riscos ocupacionais: que percepções suscitam nos trabalhadores?

O risco e a sua definição são matérias que não reúnem consenso (Kaplan 1997). A crescente problematização do risco em alguns segmentos sociais pode estar a transformar a sua discussão em algo bastante relevante para a modernidade. Numa abordagem aprofundada sobre a temática do risco Renn (1992:

* Centro de Estudos de Género, Universidade Lusófona – joao.s.areosa@gmail.com

57) apresenta sete perspectivas distintas para caracterizar este debate emergente; cada uma destas perspectivas é ainda passível de subdivisões internas, onde se podem encontrar modelos contraditórios e/ou complementares. De certo modo, podemos compreender o risco como uma entidade presente em diversas áreas do mundo social. Por este motivo é difícil de nos concebermos como sujeitos imunes ao risco ou, em certas situações, de nos colocarmos fora do seu alcance. Segundo Dean (1999), o risco pode ser entendido como um *continuum* e, neste sentido, é algo que nunca desaparece completamente. O essencial do risco não é tanto aquilo que está a acontecer, mas sim, como referem Adam e Loon (2000), aquilo que pode acontecer, ou seja, o risco está direccionado, segundo Giddens (2000), para aspectos futuros. Todavia, se o futuro fosse algo pré-determinado e independente das actividades humanas ou das forças da natureza, o termo risco não faria sentido (Renn 1992).

Na verdade a actual noção de risco acaba por estar relacionada com pelo menos uma das seguintes perspectivas: a) abordagem quantitativa – associada à probabilidade de ocorrência de um evento; b) abordagem qualitativa – associada à possibilidade incerta (não quantificável) de ocorrência de um qualquer evento. Apesar de a abordagem quantitativa ou probabilística ser dominante em diversas áreas do conhecimento, incluindo a segurança do trabalho, este estudo utiliza a perspectiva qualitativa do risco, devido a considerarmos esta conceptualização mais ajustada para os riscos ocupacionais. Uma justificação mais detalhada para esta opção pode ser encontrada nos trabalhos de Granjo (2000, 2004) e Areosa (2007, 2007ª, 2008).

Os riscos no trabalho são apenas uma das muitas variantes do estudo do risco. Este tipo específico de riscos nem sempre suscitou as mesmas leituras, foi sofrendo evoluções e reconfigurações nas diversas sociedades, dependendo das práticas utilizadas e das novas formas de conhecimento sobre os efeitos nocivos do trabalho para o Homem. Os riscos organizacionais tendem a ser vistos como potenciais factores negativos para a saúde e a segurança dos membros pertencentes a essa mesma organização. São susceptíveis de causar lesões físicas aos trabalhadores, doenças, danos materiais e/ou ambientais; ou seja, podemos encontrar uma interligação entre os riscos laborais e os potenciais efeitos adversos que o trabalho provoca nas pessoas e no seu bem-estar, bem como nas eventuais perdas para a organização.

Existem diversas definições sobre a noção de riscos no trabalho. Contudo, defendemos que ela deva ser o mais abrangente possível. A sua conceptualização deve considerar tanto os riscos laborais mais simples (desconforto ou incomodidade ligeira), como os riscos mais graves, que dão origem a incapacidades permanentes ou à própria morte. "Entendemos então por riscos no trabalho qualquer ameaça para a integridade física ou psíquica do trabalhador resultante de um desvio, ainda que mínimo, daquilo que se considere como trabalho normal" (Meleiro 1985: 13). Os riscos do foro laboral podem ser compreen-

didos através de três dimensões distintas: a) os riscos em si mesmos, enquanto potenciais causas geradoras de eventuais lesões ou danos; b) os riscos sobre os sujeitos, isto é, sobre quem é que podem incidir os riscos; e, finalmente, c) os efeitos dos riscos sobre os sujeitos afectados (neste caso estamos a falar sobre as consequências pessoais da efectivação dos riscos ocupacionais). Na verdade, o mesmo tipo de risco pode ter efeitos e consequências muito diferenciadas para os sujeitos expostos. Em diversas situações observa-se que os efeitos da exposição ao mesmo tipo de risco podem afectar de forma distinta os trabalhadores, devido à sua própria susceptibilidade ou vulnerabilidade individual (Mela *et al.*, 2001). É ainda pertinente lembrar que a presença de diversos tipos de riscos numa dada situação (em simultâneo) pode provocar cenários de risco muito superiores àqueles que provocaria caso a sua "acção" fosse produzida isoladamente. A interacção de vários riscos pode ampliar os seus supostos efeitos individualizados e constituir-se como um factor de agravamento da própria situação de trabalho (Areoso 2008).

O risco é também um fenómeno construído socialmente, embora existam duas visões distintas sobre como ele deve ser interpretado. Por um lado, temos a abordagem daqueles que consideram que a definição dos riscos deve ser efectuada, exclusivamente, por peritos, especialistas ou cientistas, designando as suas apreciações como riscos "objectivos". Nesta perspectiva a visão, por parte do senso comum, sobre os riscos de não especialistas é vista como uma mera expressão irracional e sem fundamento técnico. Por outro lado, existe uma corrente oposta que defende a integração do saber leigo (não especializado) como um contributo importante para a análise de certos riscos. Partilhamos esta última perspectiva, visto considerarmos que a identificação de riscos e as análises de riscos devem ser elaboradas a partir da abordagem articulada entre especialistas e não especialistas, visto estes últimos poderem também oferecer novas dimensões sobre os riscos (eventualmente não detectadas pelos peritos ou cientistas).

Nesta pesquisa a discussão dos riscos ocupacionais está centrada na área da saúde, bem como nas percepções de riscos dos trabalhadores hospitalares. A nossa concepção sobre as percepções de riscos dos trabalhadores aproxima-se mais da abordagem culturalista de Douglas e Wildavsky (1982) e não tanto de uma perspectiva psicométrica (que visa a quantificação das percepções).

No mundo do trabalho não existem organizações ou empresas imunes aos riscos laborais. Em muitas situações os riscos organizacionais são quase inevitáveis. A modernidade trouxe aquilo que autores como Skolbekken (1995) já anunciaram como a "epidemia dos riscos". Se considerarmos, quer a quantidade de riscos que determinados locais de trabalho incorporam, quer a gravidade que manifestam, podemos considerar, metaforicamente, algumas organizações como autênticas *fábricas de riscos*. Se aceitarmos esta metáfora podemos enquadrar os hospitais em organizações deste tipo. Os hospitais, enquanto espaços de tra-

balho, são locais repletos de múltiplas formas de risco, visto que incorporam riscos biológicos (contacto com os doentes, tarefas com materiais cortantes ou perfurantes eventualmente contaminados, contacto com fluidos orgânicos), riscos físicos (radiações ionizantes, ruído, electricidade), riscos químicos (manuseamento de produtos químicos perigosos, nomeadamente medicamentos, diversos tipos de gases – tóxicos, combustíveis, etc.), riscos ergonómicos (levantar ou movimentar pesos elevados, incluindo o transporte de doentes sem mobilidade, trabalhar longos períodos em posição quase estática, manuseamento de equipamentos "pouco" ergonómicos), riscos com máquinas ou equipamentos (aparelhos de RX, equipamentos de laboratório, etc.), riscos do próprio local ou ambiente de trabalho (iluminação deficiente, má qualidade do ar interior, pavimentos escorregadios, etc.), riscos da organização do trabalho (trabalho nocturno ou por turnos, alteração de horários, acumulação de funções, manuseamento e/ou armazenagem inadequada de produtos, responsabilização dos trabalhadores por falhas da própria organização), riscos psicossociais (conflitos entre trabalhadores, agressões físicas ou verbais provenientes de doentes ou acompanhantes, *mobbing*, contacto com situações difíceis, nomeadamente doenças graves ou a própria morte dos doentes) e ainda a susceptibilidade individual perante as situações de riscos (diferentes níveis pessoais de aversão ou de tolerância aos múltiplos factores de risco). Anteriormente já desenvolvemos uma categorização de riscos profissionais de forma mais abrangente (não apenas direccionada para a área da saúde) (Areosa 2003, 2005).

Conforme se pode verificar, o hospital, enquanto espaço de trabalho, é um local onde proliferam variados tipos de riscos. Porém, a identificação dos riscos laborais por parte dos trabalhadores pode não ser tão sistematizada como aquela que acabamos de apresentar. Este aspecto já o designamos como uma certa *iliteracia pública para a percepção ou avaliação de determinados tipos de riscos* (Areosa 2007), particularmente os riscos que necessitam de recorrer à utilização de técnicas ou tecnologias sofisticadas para a sua identificação. Contudo, é fundamental avaliar as percepções de riscos dos trabalhadores porque, para além de poderem ser identificados novos riscos (não detectados pelos peritos), esta avaliação oferece ainda a visão dos trabalhadores sobre os riscos que eles correm no seu local de trabalho. Este diagnóstico é decisivo para elaborar estratégias de prevenção de riscos dentro das organizações. Parece óbvio que se um trabalhador não conseguir identificar os riscos do seu local de trabalho não irá praticar comportamentos seguros perante os riscos, e isso pode potenciar a ocorrência de acidentes de trabalho, de lesões pessoais e/ou danos organizacionais.

Segundo Gonçalves e colegas (2005), a exposição continuada e prolongada a situações de risco laboral pode originar que o sujeito exposto tenda a normalizar as ameaças e, por consequência, torne diminuto o seu empenhamento em comportamentos ou práticas de vigilância, de protecção e de segurança laboral.

Já foi referido que as estratégias de prevenção sobre os riscos laborais devem incorporar tanto os conhecimentos dos peritos, como os conhecimentos dos trabalhadores. Os primeiros dominam os riscos técnicos, normalmente pouco perceptíveis para a generalidade dos trabalhadores, enquanto os segundos, devido a lidarem diariamente com as situações risco dos seus locais de trabalho, estarão mais aptos a identificar as formas de risco mais comuns.

Vejamos então alguns dos principais aspectos teóricos sobre as percepções de riscos em contexto hospitalar. Após a realização de uma pesquisa em diversos hospitais sobre as percepções de riscos dos trabalhadores relativas às radiações ionizantes, Rayner (1986) conclui que as diferentes categorias profissionais expostas a este tipo de risco apresentam comportamentos distintos perante a utilização deste agente físico. Este trabalho sugere ainda que as percepções de riscos são fortemente influenciadas por factores organizacionais, particularmente quando estas organizações revelam elevados graus de complexidade e de interacção social.

Num outro estudo em contexto hospitalar levado a cabo por Caixeta e Barbosa-Branco (2005) observaram-se as seguintes categorias profissionais: médicos, técnicos de laboratório, farmacêuticos e enfermeiros. Verificou-se que, apesar da formação e do conhecimento que estes grupos profissionais detinham sobre as regras de biossegurança, nomeadamente sobre a contaminação com patologias graves (HIV, hepatite, etc.), a utilização de equipamentos de protecção era reduzida (excepto quando o diagnóstico do doente estava confirmado). Este aspecto pode apontar para a existência de uma enviesada ou fraca percepção do risco destes trabalhadores. "A relação entre o conhecimento e a adesão dos profissionais de saúde ao uso de barreiras de protecção não foi significativa. Demonstrou-se que eles têm o conhecimento, mas não aderem às medidas e possuem uma percepção fraca de risco, pois fazem uso de barreiras apenas mediante o diagnóstico de seropositividade para VIH. Este é um dos aspectos mais preocupantes, uma vez que esta falsa segurança aumenta significativamente o risco da transmissão do VIH" (Caixeta e Barbosa-Branco, 2005: 744).

Numa perspectiva similar ao estudo anterior (também realizado sobre profissionais de saúde), Kermode e colaboradores (2005) revelaram que mais de 90% dos participantes na pesquisa tinham afirmado que as suas categorias profissionais estariam expostas a níveis elevados de risco de contrair doenças infecto-contagiosas enquanto cuidam dos pacientes e 78% afirmaram que deveriam ser tomadas medidas extras de prevenção nos cuidados aos doentes com VIH. Afirmaram também que estes doentes deveriam ser tratados separadamente dos outros doentes. Segundo os autores, esta tendência viola os princípios gerais da prevenção, visto que a prevenção deve ser universal e não selectiva (Kermode *et al* 2005: 261). Porém, apenas cerca de 60% dos participantes revelaram estar preocupados com a possibilidade de eles próprios contraírem este tipo de doença nos seus locais de trabalho. Este estudo está em consonância com as teorias do

optimismo irrealista onde se afirma que os outros tendem a ser considerados menos aptos a lidar com o risco do que nós próprios (Weinstein 1980).

Nishide e Benatti (2004) realizaram uma investigação sobre riscos ocupacionais dos enfermeiros. Para estes trabalhadores, em particular aqueles que contactam directamente com o público, o seu ambiente de trabalho é potencialmente perigoso devido ao eventual contágio com as enfermidades dos pacientes (riscos biológicos), isto é, os riscos laborais destes trabalhadores estão correlacionados directamente com os riscos associados à assistência aos doentes, tal como referem Nishide e Benatti (2004: 409): "Constatou-se que os riscos ocupacionais identificados pelos trabalhadores de enfermagem aparecem em maior número quando relacionados ao cuidado directo aos pacientes e às próprias características de pacientes críticos, tais como: presença de sangue, secreções, fluidos corpóreos por incisões, sondagens, cateteres, expondo os trabalhadores a esse contacto; elevado número de procedimentos e intervenções terapêuticas que necessitam de utilizar materiais perfurocortantes e equipamentos; dependência dos pacientes, que exigem esforço físico dos trabalhadores; investigação diagnóstica devida a patologias diversas, expondo os trabalhadores a infecções e doenças não confirmadas". Embora nem sempre com níveis de percepção muito elevados, esta categoria profissional referiu também outros tipos de riscos aos quais se encontra exposta (sem estar directamente relacionados com os riscos de assistência aos doentes), nomeadamente a exposição a contaminantes químicos, radiações ionizantes e quedas por circularem em pisos molhados ou lisos. Uma pequena percentagem destes enfermeiros refere também os riscos de desconforto térmico, iluminação inadequada e ruído. O estudo de Nishide e Benatti (2004) acaba por concluir que esta categoria profissional apresenta uma razoável percepção de riscos do seu trabalho, embora isto não signifique obrigatoriamente que sejam praticados comportamentos seguros por parte dos trabalhadores.

As culturas ou subculturas profissionais e o estatuto social da profissão dentro das organizações podem também ser um factor importante na construção das percepções de riscos dos trabalhadores, bem como dos seus comportamentos, práticas e atitudes. Assim, segundo uma investigação levada a cabo por Dickson e colaboradores (2004), verificaram-se diferenças significativas entre as percepções de riscos de duas categorias profissionais, a saber, os enfermeiros e os gestores. Nesta pesquisa os gestores tendem a apresentar níveis de percepções de riscos menores, por comparação com os trabalhadores de enfermagem, relativamente aos riscos de *stress* e violência na actividade laboral dos enfermeiros. Pelo contrário, revelaram níveis mais elevados de percepções sobre os riscos para a saúde dos pacientes.

Aquilo que nos parece sociologicamente relevante é a distribuição desigual dos riscos do trabalho pelas múltiplas actividades profissionais. Existem categorias profissionais bastante mais expostas aos riscos ocupacionais do que

outras. Porém, os riscos laborais são um factor sempre presente; logo não existem trabalhadores expostos a risco zero ou nulo. De certo modo, os riscos no trabalho podem ser vistos como uma fatalidade suportada por todos os trabalhadores, embora o grau de risco possa ser muito variável de trabalhador para trabalhador.

2- Metodologia: limites e potencialidades para a observação

Este trabalho apresenta os resultados de uma investigação sociológica que decorreu em Lisboa, entre 2001 e 2004, no âmbito de uma pesquisa sobre as profissões em contexto hospitalar (Areosa 2004). Este estudo teve como base metodológica a pesquisa de terreno, efectuada num serviço de imagiologia de um hospital geral, não universitário, tendo como objecto privilegiado as relações sociais de trabalho que lá se desenvolvem, incluindo as percepções dos trabalhadores.

A metodologia utilizada na investigação foi a pesquisa no terreno com observação directa e participante. Nesta metodologia o principal instrumento de pesquisa é o próprio investigador (Costa, 1986: 136), embora, no entender de Bourdieu (1989: 51), a observação participante não seja mais do que uma "falsa" participação num grupo estranho. A presença do investigador no terreno gera, normalmente, novas interacções sociais, quer as estabelecidas com os observados, quer as que estes podem reconstruir entre si, derivado à sua presença.

A complexa teia de relacionamentos socioprofissionais, onde se interligam as regras formais e informais do hospital, é uma das barreiras à pesquisa no terreno, além da resistência dos próprios agentes sociais da organização à presença dos investigadores. O papel do pesquisador social no terreno acaba por se constituir como mais um factor de interferência dentro da organização, nunca conseguindo o investigador alcançar a neutralidade absoluta na sua análise. Este agente "infiltrado" depende sempre dos contextos sociais que observa e da forma como conquista a sua própria integração dentro da organização, estando também refém das perspectivas ideológicas de índole pessoal e dos seus próprios capitais sociais, culturais e simbólicos; ou seja, os investigadores tendem a analisar a realidade social com base nos seus parâmetros e valores individuais (Mannheim, 1995).

Segundo Jasanoff (1998), a predisposição cultural dos peritos e investigadores do risco influencia as suas próprias percepções de riscos, bem como as suas avaliações de riscos, que, por vezes, são conduzidas por valores institucionais e, simultaneamente, reajustadas pelas fronteiras dos domínios científicos. Logo, a neutralidade absoluta em qualquer processo de pesquisa não passa de uma intenção ou de um objectivo inacessível. Porém, os factores de enviesa-

mento à pesquisa hospitalar vão muito além do próprio investigador e da diversidade profissional. Estes obstáculos são ainda largamente ampliados através das especificidades internas que caracterizam a instituição hospitalar, incluindo a multiplicidade de técnicas e tecnologias utilizadas, bem como os diferentes saberes e poderes (Carapinheiro, 1993).

Na parte final da pesquisa recorremos a entrevistas de tipo directivo com guiões distintos para cada categoria profissional. Esta é uma técnica muito próxima do questionário aberto que permite controlar, verificar e validar a informação recolhida durante a observação participante. Sendo este trabalho um estudo de caso, não pretende obter um conhecimento generalizado sobre as percepções de riscos nas profissões imagiológicas. Esta pesquisa limita-se a recolher e apresentar dados referentes a uma situação particular e é neste contexto que este trabalho deve ser entendido.

3- As percepções de riscos num serviço de imagiologia

Os riscos de um serviço de imagiologia são bastante amplos, visto que incorporam riscos relativamente comuns do mundo laboral hospitalar com alguns riscos específicos desta actividade. Os riscos mais comuns passam por alguns riscos associados ao ambiente de trabalho e riscos ergonómicos, tais como o trabalho na posição em pé durante longos períodos de tempo, levantamento de pesos, nomeadamente na ajuda aos doentes com mobilidade reduzida, o trabalho rotativo, nocturno e por turnos, a qualidade do ar, a iluminação artificial, o trabalho com máquinas e equipamentos e a pressão sobre a produtividade dos trabalhadores, particularmente na urgência nos dias de maior fluxo de doentes. Observámos que nas salas de angiografia e TAC (Tomografia Axial Computorizada) alguns trabalhadores manuseiam materiais cortantes e perfurantes (lâminas e agulhas) quando têm de injectar produto de contraste nos doentes e, diversas vezes, passam longos períodos em frente a equipamentos dotados de visor (ecrãs de visualização). Foi também detectada a existência de diversos conflitos entre pares na organização. Esta situação pode tornar-se problemática, quer para a organização, quer para trabalhadores e doentes, devido aos riscos psicossociais que introduz na actividade diária.

> «Enfim, os técnicos de radiologia são um bocadinho "mauzinhos" uns para os outros. Porque, o que eu noto é que há muitas "quintinhas", percebe. Formam-se muitos grupos, eu não estou a falar da urgência, porque aí eles contactam uns com os outros e estão mais próximos, pela experiência que tive na urgência acho que estão mais próximos uns dos outros do que propriamente aqui no central. Aqui no central acho que há um bocadinho o sentido de empurrar o trabalho para o colega. Porque é assim, pode haver uma escala, mas entre nós se

> não nos der jeito hoje pedimos ao colega se ele não se importa, porque estamos doentes, não temos disposição ou não apetece, e pedimos para trocar o posto, mas apesar de alguma cumplicidade há muito quem não faça à espera que o colega que está ao lado o faça. Isto é um aspecto, outro aspecto é a subida na carreira. Cada vez mais se nota que há muita dificuldade em subir na carreira, pelo menos na radiologia, os técnicos são muitos e as vagas são poucas, e a disponibilidade de descongelamento de vagas é quase nula, e aí as pessoas "atropelam-se" um bocadinho umas às outras, o que quer dizer que vão a congressos e não dizem aos colegas, organizam trabalhos e não dizem nada aos colegas, portanto, só aparecem com as coisas feitas.» (TR 5).

Relativamente aos principais riscos específicos da actividade imagiológica encontramos o manuseamento de RX (riscos físicos), a exposição a diversos agentes químicos (riscos químicos), a possibilidade de contágio de doenças transmissíveis (riscos biológicos) e os riscos de terem de lidar com situações difíceis, nomeadamente quando têm de contactar com doentes politraumatizados e/ou em risco de vida (riscos psicossociais), embora estes dois últimos se apresentem como transversais a quase todas as actividades hospitalares. Verificámos que o hospital é um espaço de elevada concentração de riscos ocupacionais.

Contudo, apesar desta enorme panóplia de riscos, as percepções dos trabalhadores do serviço de imagiologia sobre a forma como os seus riscos ocupacionais são controlados revela-se heterogénea, embora tenhamos observado uma certa tendência para que os trabalhadores com maiores níveis de responsabilidade hierárquica revelassem maior satisfação na forma como os riscos organizacionais eram controlados.

> «Neste momento nós temos aqui os dosímetros, eu penso que é satisfatória, sim, não é excelente, nem muito bom, mas penso que numa escala de zero a vinte era capaz de ter treze valores ou catorze. Poder-se-ia fazer melhor, mas lá está, seria necessário um equipamento mais sofisticado que na prática não estou a ver que seja possível, pelo menos a curto prazo. Penso que o serviço deveria ter um físico que fosse realmente responsável pela radiação de cada aparelho, enfim, saber as condições em que os doentes estão a ser irradiados, as condições de assepsia, já não falando da radiação, mas de outros riscos e de outros agentes que possam ser nocivos para os doentes e para os médicos, isso deveria haver um controlo, talvez, mais apertado. Satisfatório sim, mas muito mais do que isso, não.» (MR 1).

Ao longo da nossa investigação observámos formas desiguais de protecção dos trabalhadores nos vários sectores do serviço. Constatou-se ainda uma inadequação de alguns equipamentos de protecção, quer individual, quer colectiva. Aquilo que parece reunir consenso entre os trabalhadores do serviço de imagiologia traduz-se na concordância da sua actividade profissional ser de risco elevado. Foi também frequentemente afirmado pelos trabalhadores que a tipologia de riscos aos quais se encontram expostos não era devidamente valo-

rizada pela organização e gestão onde exercem a sua actividade laboral. Esta perspectiva coincide com a posição de Steudler (1974), onde é afirmado que o hospital contemporâneo apresenta dois sistemas lógicos distintos. Por um lado, existe a lógica científica e técnica do corpo de profissionais hospitalares, particularmente os médicos; por outro lado, existe a lógica economicista e racionalizadora da administração hospitalar. Sendo estas perspectivas diferenciadas e, por vezes, antagónicas, a relação entre profissionais de saúde e administração hospitalar é normalmente pautada por situações de alguma tensão. Os riscos existentes dentro do hospital não são vistos sob o mesmo prisma, o que acaba por expressar duas visões distintas sobre o mesmo problema (a exposição aos riscos organizacionais).

> «Ainda há algumas coisas que teriam de ser melhoradas e valorizadas, porque não são valorizadas muitas vezes. Estar exposto às radiações ionizantes é uma profissão de risco, além de todos os riscos inerentes a toda a profissão médica, de todo o acto médico. Porque nós também podemos ser infectados. Mas, portanto, acho que isso é um risco acrescido e isso não é valorizado, penso que não.» (MN 14).

As atitudes e os comportamentos dos trabalhadores perante os riscos laborais podem ser muito variáveis, visto mudarem de indivíduo para indivíduo. Verifica-se até que o mesmo trabalhador pode apresentar comportamentos distintos, perante o mesmo risco, em momentos diferentes da sua carreira. Autores como Rundmo (2000) apontam para o facto de as percepções de riscos poderem influenciar os comportamentos e as atitudes. Assim, quanto "maior" for o conhecimento e as percepções de riscos dos trabalhadores, "melhor" poderá ser o seu desempenho na prevenção de riscos e, por consequência, na prevenção de acidentes de trabalho ou de doenças profissionais. Porém, não são apenas os riscos que, hipoteticamente, dão origem a lesões corporais que devem ser considerados como riscos ocupacionais. Os riscos do foro psicossocial devem ser alvo de uma profunda reflexão e prevenção por parte das organizações, dado que contribuem fortemente para a qualidade de vida laboral e social dos trabalhadores, bem como para o seu empenho, motivação e absentismo. Neste estudo observámos que alguns trabalhadores do serviço de imagiologia revelaram particular sensibilidade para este tipo de riscos, visto que eles se encontram profundamente incorporados na sua actividade quotidiana.

> «A parte da urgência é violenta e é um *stress* muito grande. Nós entramos ao serviço e entramos logo em *stress* porque é a ansiedade das pessoas, é a pressa das pessoas. A situação pode ser de urgência ou não, mas elas sentem que estão num serviço de urgência e que devem chegar e ser atendidos. Quando eu lhes digo que: olhe, tem ali aqueles doentes também a aguardar para fazer RX, eles ficam desesperados, porque não podem esperar. Depois temos de contar com as más

> educações, com as pessoas irresponsáveis, com as pessoas menos bem-educadas e temos de ter paciência, falar com as pessoas e levá-las a perceber a situação que está. As urgências estão normalmente um caos, as segundas-feiras então, aliás, chegou a apreciar como é que são as segundas-feiras. Isto leva a que os técnicos, aliás, todos os profissionais de saúde das urgências penso que é sempre assim, há um *stress* muito grande. Mas parece que o *stress* já faz parte da nossa profissão, é o dia-a-dia. Os problemas vão-se resolvendo, as situações vão sendo ultrapassadas, com calma, com método e com respeito pelo doente, porque é por isso que nós estamos cá, é por causa do doente. (...). As pessoas [colegas de trabalho] também têm os seus problemas, são seres humanos, têm os seus problemas psicológicos, físicos e os seus problemas familiares, e que muitas vezes também têm de ser resolvidos na equipa. É assim, um desdobramento pessoal e uma compreensão de todos. O trabalho por turnos, fazer as noites também complica. Mas eu aqui até acrescentaria que deixar de trabalhar por turnos não sei se era bom, eu já não sei trabalhar sem ser por turnos.» (TR 12).

Menéndez (2003) afirma que o conhecimento pericial forjou uma imagem restritiva dos riscos laborais e, consequentemente, dos problemas de saúde dos trabalhadores, valorizando a confiança em torno do controlo tecnológico dos riscos. Esta visão parcial dos peritos sobre riscos originou uma certa tendência para a "desproblematização" dos riscos para a saúde dos trabalhadores, só pontualmente abalada por algumas situações mais mediáticas, mas sem nunca afectar profundamente a sua estrutura dominante no mundo social. Os efeitos indesejáveis da actividade produtiva sobre a saúde dos trabalhadores, resultante dos riscos associados ao trabalho, foram sempre sistematicamente minimizados no passado, sendo até vistos como uma inevitabilidade das sociedades ocidentais rumo ao progresso e ao desenvolvimento económico e social. A visão dos especialistas tornou-se hegemónica e foi sempre dirigida no sentido de individualizar o risco (como factor humano inerente ao próprio trabalhador), relegando para um plano secundário o risco enquanto factor social ou organizacional. Porém, tal como sugere Granjo (2004: 1173), em determinadas situações a visão dos trabalhadores sobre os riscos laborais pode ser considerada "mais científica" do que a visão dos peritos. No serviço de imagiologia os riscos técnicos e tecnológicos são consideráveis, incidindo sobre o conjunto de profissionais, embora na sua avaliação se deva sempre incluir a forma como estes são percepcionados, bem como a propensão individual na forma de lidar com certos tipos de riscos. Uma prevenção eficaz deve ter em conta a visão dos trabalhadores sobre os seus riscos ocupacionais, o que não se verificou no serviço estudado.

> «Enfim, os riscos existem, não são negligenciáveis, quer os riscos psicológicos, quer da sobrecarga física, também os riscos das radiações e de contágio, de lidar com situações graves, de alguma forma é depressivo, é angustiante, não é? Depende também muito da pessoa; ao nível da instituição não há grande atenção a essas questões, não há formação nenhuma nessa área.» (MN 15).

Apesar de existirem no serviço de imagiologia equipamentos de protecção individual e colectiva, pudemos verificar que estes nem sempre eram utilizados da forma mais correcta por parte dos trabalhadores. Chegámos até a presenciar a não utilização de protecção individual em situações que seria exigível a sua utilização. A generalidade dos trabalhadores deste serviço revela uma razoável percepção dos riscos existentes no seu local de trabalho. Todavia, isto não significa que as suas atitudes, práticas e comportamentos correspondam exactamente a uma cultura de prevenção e de segurança laboral. Verificámos a inexistência de formação específica sobre riscos ocupacionais, bem como uma fraca intervenção dos serviços de saúde ocupacional.

4- Principais conclusões da pesquisa

O risco é uma realidade presente em qualquer posto de trabalho. No entanto, a forma como os riscos são percebidos e valorizados difere consoante os contextos onde eles estão incorporados. Os riscos laborais tendem a ser menos valorizados, devido aos benefícios que oferecem aos trabalhadores, apesar de, em certas situações, os riscos laborais poderem constituir o mote para diversos tipos de reivindicações. Em geral, as percepções de riscos dos trabalhadores não são um espelho absolutamente fidedigno da realidade organizacional (Granjo, 2006), visto que as percepções podem ser enviesadas, isto é, podem ser um meio de apreender o mundo exterior de forma subjectiva ou distorcida. No serviço de imagiologia também confirmámos esta premissa, considerando a heterogeneidade das percepções de riscos destes trabalhadores. Os riscos mais temidos por este grupo de trabalhadores estão relacionados com riscos físicos (exposição a radiações ionizantes) e riscos biológicos (derivado ao eventual contágio com as patologias dos doentes), embora também sejam apontados outros tipos de riscos ocupacionais. Porém, é pertinente não esquecer que qualquer percepção de riscos laboral é sempre um processo interpretativo de uma dada "realidade" organizacional susceptível de apreciações diversificadas. As percepções de riscos no serviço de imagiologia são, tendencialmente, construídas a partir da formação académica e das experiências vividas nos locais de trabalho. São estas experiências que estruturam o modelo de representações dos agentes sociais, baseado no desenrolar das práticas quotidianas do mundo laboral, sendo mais ou menos influenciadas pelos discursos e pelas práticas produzidas no ambiente de trabalho. Esta dinâmica de interacção social no mundo do trabalho produz e reproduz os limites das percepções de riscos laborais, bem como os seus conteúdos mais importantes e, deste modo, podem originar diversificadas propensões para lidar com os riscos e isto pode influenciar a maior ou menor ocorrência de acidentes de trabalho (Areosa, 2003; 2005). É verdade que encontramos um número considerável de riscos organizacionais no serviço estudado, no entanto,

a grande maioria dos entrevistados apenas conseguiu identificar parcialmente os seus riscos laborais.

Na perspectiva de Giddens (1994) a percepção sobre a forma como os riscos são controlados depende da confiança depositada nos *sistemas abstractos*. Os trabalhadores do serviço de imagiologia nem sempre demonstraram confiar na forma como a sua organização controla os riscos ocupacionais. O limiar de aceitabilidade do risco nos locais de trabalho é mais baixo quando os trabalhadores se consideram eles próprios explorados (Douglas, 1985) ou violentados pelo trabalho. Pudemos verificar que os trabalhadores mais descontentes com a sua situação profissional tendiam a afirmar que os seus riscos ocupacionais não eram devidamente controlados pela organização hospitalar. No entanto, não se observou que este facto desse origem a qualquer tipo de reivindicação ou conflitualidade; talvez por estes riscos serem familiares ou conhecidos, assumidos voluntariamente pelos trabalhadores e distribuídos de forma mais ou menos equitativa no serviço observado.

Os trabalhadores do serviço de imagiologia identificaram também outros tipos de riscos do seu universo laboral, além dos dois principais tipos já referidos anteriormente, embora apenas uma parte dos entrevistados os mencionasse no seu discurso. Com base neste parâmetro – identificação de riscos – podemos afirmar que alguns trabalhadores revelam um nível razoável de percepções de riscos laborais. Este facto pode ser explicado através da elevada formação formal do universo dos nossos entrevistados. Embora não os possamos considerar como especialistas em riscos laborais, também não são completamente leigos nesta matéria, visto que a sua formação académica contempla esta temática. Podemos considerar que estarão numa posição intermédia entre o mundo dos especialistas de riscos ocupacionais e o mundo dos leigos. Contudo, nas conversas informais que fomos mantendo ao longo da nossa pesquisa no terreno, raramente foram referenciados os riscos laborais como uma das suas principais preocupações.

Referências

ADAM B., LOON, J. (2000), "Introduction: Repositioning risk; the challenge for social theory", *in* Adam B, Beck U, Loon J, (ed.), *The Risk Society and Beyond. Critical Issues for Social Theory*. Londres: Sage: 1-31.

AREOSA, J. (2003), "Riscos e acidentes de trabalho: inevitável fatalidade ou gestão negligente?", *Sociedade e Trabalho*, 19/20: 31-44.

AREOSA, J. (2004), *Uma visão sociológica sobre a actividade profissional num serviço de imagiologia* [Dissertação de Mestrado], Lisboa: ISCTE.

AREOSA, J. (2005), "A hegemonia contemporânea dos "novos" riscos", *in* Soares, G. (ed.). *Análise e gestão de riscos, segurança e fiabilidade*: 203-218, Lisboa: Edições Salamandra.

AREOSA, J. (2007), "As percepções de riscos dos trabalhadores: conhecimento ou "iliteracia"?", *in* Arezes, P. (ed.), *Colóquio Internacional de Segurança e Higiene Ocupacionais – SHO*: 131-134 Guimarães, Portugal.

AREOSA, J. (2007a), "Atitudes comportamentais perante o risco. Ordem dos Engenheiros da Região Norte", *Congresso Internacional de Segurança e Higiene no Trabalho*: 3-8, Porto, Portugal.

AREOSA, J. (2008), Risco e análise de riscos: contributos para a sua conceptualização, *in* P. Arezes, (org), *Colóquio Internacional de Segurança e Higiene Ocupacionais – SHO*: 45-50, Guimarães, Portugal.

BOURDIEU, P. (1989), *O poder simbólico*. Lisboa: Difel.

CAIXETA, R., BARBOSA-BRANCO, A. (2005), "Acidente de trabalho, com material biológico, em profissionais de saúde de hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil, 2002/2003", *Cadernos de Saúde Pública*, 21: 737-746.

CARAPINHEIRO, G. (1993), *Saberes e poderes no hospital*, Porto: Edições Afrontamento.

COSTA, A. (1986), "A pesquisa de terreno em sociologia", *in* Silva, A.; Pinto, J. (orgs), *Metodologia das ciências sociais*: 129-148, Porto: Afrontamento.

DEAN, M. (1999), "Risk, calculable and incalculable", *in* P. Lupton, (org), *Risk and Sociocultural Theory: New Directions and Perspectives,*: 131-158, Cambridge: Cambridge University Press.

DICKSON, G.; PRICE, L.; MACLAREN, W.; STEIN, W. (2004), "Perception of risk: a study of A&E nurses and NHS managers", *Journal of Health Organization and Management*, 18: 308-320.

DOUGLAS, M.; WILDAVSKY, A. (1982), *Risk and culture: An essay on the selection of technological and environmental dangers*, Berkeley, CA: University of California Press.

DOUGLAS, M. (1985), *Risk acceptability according to the social sciences*, Nova Iorque: Russel Sage Foundation.

GIDDENS, A. (1994), *Modernidade e identidade pessoal*, Oeiras: Celta Editora.

GIDDENS, A. (2000), *O mundo na era da globalização*, Lisboa: Editorial Presença.

GONÇALVES, S.; SILVA, S.; MELIÀ, J.; LIMA, L. (2005), "Clima de segurança, percepção de riscos e comportamentos de segurança", *in* G. Soares, (org), *Análise e gestão de riscos, segurança e fiabilidade*: 119-132, Lisboa: Edições Salamandra.

GRANJO, P. (2004), *Trabalhamos sobre um barril de pólvora: homens e perigo na refinaria de Sines*, Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.

GRANJO, P. (2006), "Quando o conceito de "risco" se torna perigoso", *Análise Social*, 181: 1167-1179.

JASANOFF, S. (1998), "The political science of risk perception", *Reliability Engineering & System Safety*, 59: 91-99.

KAPLAN, S. (1997), "The words of risk analysis", *Risk Analysis*; 17: 407-417.

KERMODE, M.; HOLMES, W.; LANGKHAM, B.; THOMAS, M.; GIFFORD, S. (2005), *HIV-related knowledge, attitudes & risk perception amongst nurses, doctors & other healthcare workers in rural India, Indian J. Med Res*, 122: 258-264.

MANNHEIM, K. (1995), "A sociologia do conhecimento", *in* P. Gardiner, (org), *Teorias da história*: 293-302, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

MENÉNDEZ, A. (2003), "El papel del conocimiento experto en la gestión y percepción de los riesgos laborales", in *Arch Prev Riesgos Labor*; 6: 158-165.

MELEIRO, J. (1985), *Riscos do trabalho*. Lisboa: s/ editor.

MELA, A.; BELLONI, M.; DAVICO, L. (2001), *A sociologia do ambiente*, Lisboa: Editorial Estampa.

NISHIDE, V.; BENATTI, M. (2004), "Riscos ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva", *Revista da Escola de Enfermagem*, USP; 38: 406-414.

RAYNER, S. (1986), "Management of radiation hazards in hospitals: plural rationalities in a single institution", *Social Studies of Science*, 16: 573-591.

RENN, O. (1992), Concepts of risk: a classification, *in* S. Krimsky e D. Golding, (orgs), *Social Theories of Risk*: 53-79, Westport, CT: Praeger.

RUNDMO, T. (2000), "Safety climate, attitudes and risk perception in Norsk Hydro", *Safety Science*, 34: 47-59.

SKOLBEKKEN, J. (1995), "The risk epidemic in medical journals", *Social science and medicine*, 3: 291-305.

STEUDLER, F. (1974), *L' Hôspital en observation*, Paris: A. Colin.

WEINSTEIN, N. (1980), "Unrealistic optimism about future life events", *Journal of Personality & Social Psychology*, 39: 806-820.

Codificação das entrevistas

MR – Médico de radiologia convencional
MN – Médico de neuroradiologia
TR – Técnico de radiologia