



Departamento de Sociologia

As doenças profissionais: entre a efetividade e a invisibilidade das
respostas institucionais

Lara Costa da Silva Querido

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Sociologia

Orientador:

Doutor Tiago João Correia Fonseca da Conceição, professor auxiliar convidado,
ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

Junho, 2017

A ti mãe, estejas onde estiveres.

O trabalho dignifica o Homem.

A saúde permite fazê-lo.

A todos quantos a cada jornada de trabalho lutam por uma vida justa, digna e sã.

Agradecimentos

Esta dissertação nasce da vontade de sensibilizar para o que passa impercetível aos olhares de quem não vive a realidade da doença profissional ou desconhece os seus sentidos problemáticos. Pretende-se, assim, dar voz a uma franja da população portuguesa que vive no limiar da qualidade de vida, num contexto de incerteza e em que a saúde e o trabalho se traduzem numa relação de eminente conflito. Embora se possam tomar as devidas medidas de precaução e previsão do risco, todos nos encontramos suscetíveis de ser confrontados com uma doença que poderá, tal como a todos os que partilharam o seu testemunho nesta investigação, condicionar o rumo da nossa vida. Daí a importância de dar visibilidade a algo que nos pode ser tão próximo. Creio que o caminho a percorrer no âmbito das doenças profissionais é ainda longo e a plena compreensão deste fenómeno não é possível sem que se estenda a sua análise àquilo que são as reais implicações, dificuldades e obstáculos para uma pessoa com doença profissional. Esta dissertação reflete, assim, o desejo de contribuir para um quadro de problematização sociológica que permita desenvolver uma nova abordagem a esta temática tão sensível.

Posto isto, agradeço em particular ao Professor Doutor Tiago Correia pela excelente orientação, compreensão e apoio, sem o qual esta investigação não seria possível.

A todos aqueles que, sem reservas, se disponibilizaram a partilhar a sua história e que me mostraram que de entre tantos dissabores reside sempre em nós uma capacidade tremenda de fazer frente às adversidades e, principalmente, de acreditar.

À minha família, pelo suporte de sempre, pela preocupação e pelo afeto.

Ao Luís, por toda a ajuda e por permitir que em todo este processo sempre houvesse um equilíbrio.

Aos meus amigos, embora longe, nunca ausentes, por todo o apoio, por todas as palavras de encorajamento e entusiasmo e pela partilha de ideias, em especial à Joana Silva, à Joana Vieira, ao Rui, à Mariana, à Rute, à Sofia e à Marina.

A todos aqueles que me preenchem o coração e que ao partilharem comigo um pouco da sua sabedoria, me tornam mais rica, me fazem crescer e desafiam a que me supere todos os dias.

A todos vós, muito obrigada!

Resumo: Abordar o domínio do trabalho implica o seu reconhecimento enquanto elemento central na vida dos indivíduos, cujas transformações se repercutem não só no plano individual, mas também coletivo, ao modificar o modo como o indivíduo se relaciona consigo e com o plano social. Por isso, as doenças e incapacidades geradas no e pelo trabalho afetam o indivíduo nos mais variados planos da vida quotidiana. Sendo a doença profissional entendida como o resultado direto e exclusivo do exercício da atividade laboral torna-se pertinente o equacionamento da adequabilidade das práticas institucionais, essencialmente ao nível da resposta concedida a estes doentes. A compreensão da saúde e da doença enquanto construção social permite abordar as doenças profissionais como fenómeno definido socialmente, tornando-o relevante enquanto objeto de estudo sociológico. Neste sentido, a investigação visa compreender por intermédio de histórias de vida, o modo como são geridos os casos de doença profissional pelas entidades responsáveis. De acordo com os resultados obtidos, pode, essencialmente, evidenciar-se a existência de um nível deficitário de informação por parte dos doentes no que respeita aos trâmites que envolvem o processo de certificação de doença profissional; a complexidade e morosidade na resolução dos processos e o alargado conjunto de dificuldades desencadeado pela demora na sinalização e encaminhamento dos casos por doença profissional. Em suma, a doença profissional enquanto problema social e sociológico, apresenta-nos um quadro complexo de entendimentos, condicionalismos e consequências que interferem na relação do homem com o trabalho e influenciam o processo de construção social da doença.

Palavras-chave: Doença profissional; risco ocupacional; saúde; segurança; trabalho; procedimentos institucionais; itinerários terapêuticos.

Abstract: Addressing the domain of work implies its recognition as a key element in the individual's life, whose transformations are reflected at the individual and collective level, by modifying how individuals relate to themselves and to their surrounding contexts. Therefore, the diseases and incapacities that occur as a result of work affect individuals in the most varied ways of their daily life. Being work-related diseases those that result directly and exclusively of work performance, it becomes pertinent to understand the adequacy of institutional practices, essentially at the level of responses given to patients. The approach of health and disease as social construction allows us to conceptualize work related diseases as a socially defined phenomenon, this becoming relevant as an object of sociological study. This way, the research aims at understanding through life histories, how work-related diseases are managed by the responsible entities. According to the results obtained, we can see the existence of low information level by patients regarding the procedures that involve the process of certification of work-related diseases; the complexity and slowness in the resolution of cases and the wide range of difficulties triggered by the delay in signaling and routing the cases of work-related diseases. In short, occupational diseases as a social and sociological problem presents us with a complex framework of understanding, constraints and consequences that interfere in the relationship between man and work and influence the process of social construction of the disease.

Keywords: Occupational disease; occupational risk; health; safety; work; institutional procedures; therapeutic itineraries.

Índice

Pág.:

Introdução	1
Capítulo I – A doença profissional	3
1.1 Definição institucional e contextualização histórico-social em Portugal.....	3
1.2 Enquadramento institucional da doença profissional em Portugal.....	5
Capítulo II – Enquadramento teórico-analítico	8
2.1 A centralidade do trabalho na vida social quotidiana.....	8
2.2 A medicalização do trabalho: a saúde e segurança como preocupação laboral.....	9
Capítulo III - Problematização sociológica das doenças profissionais	14
3.1 Objeto e objetivos da investigação.....	14
Capítulo IV – Procedimentos metodológicos	18
4.1. Apresentação e justificação do método de investigação.....	18
4.2 Caracterização sociodemográfica da amostra.....	19
Capítulo V- Apresentação de resultados	20
5.1. A construção social de doença profissional para o doente.....	20
5.2 Diversidade de itinerários terapêuticos.....	22
5.3 A construção de doença profissional para o médico.....	24
5.4 Itinerários terapêuticos: condicionantes e (in)viabilidade.....	27
5.5 O papel e a importância da entidade empregadora.....	31
5.6 Descoincidência entre os entendimentos Médico e Jurídico.....	36
Capítulo VI – Discussão	37
Bibliografia	41
Anexos	i
A) Guião de entrevista – Doentes.....	i
B) Guião de entrevista – D.P.R.P.....	ii
C) Guião de Entrevista - Advogada do trabalho.....	ii
D) Guião de entrevista – Médico do Trabalho.....	iii
E) Modelo GDP13/2016.....	iv
F) Quadro 1 – Número de indivíduos portadores de doença profissional, por sexo e escalão etário no ano de 2010.....	v
G) Gráfico 1 – Evolução do número de doenças profissionais confirmadas: 2010 -2013.....	v
H) Resultados da certificação de doença profissional.....	vi
I) Matriz analítica.....	vi
J) Caracterização sociodemográfica da amostra.....	vii
L) Ordem e percurso dos doentes.....	vii

Glossário de siglas

DPRP – Departamento de Proteção contra os Riscos Profissionais

ISS – Instituto de Segurança Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

RGSS – Regime Geral de Segurança Social

SHST- Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TNI – Tabela Nacional de Incapacidades

Introdução

A presente dissertação pretende analisar a temática da doença profissional numa perspetiva sociológica visando avaliar a adequabilidade das práticas institucionais em Portugal.

De acordo com a legislação laboral portuguesa, a existência de uma doença profissional pressupõe o direito à reparação dos danos consequentes, ou seja, o direito à segurança – componente indispensável à condição de trabalhador – cuja proteção assenta no princípio de responsabilidade social assegurado pelo Regime Geral de Segurança Social (RGSS). Este sistema de proteção atua sob a forma de atribuição de prestações de carácter indemnizatório, compreendendo i) os custos associados ao processo de diagnóstico, ii) o tempo necessário à restituição de um plano físico e mental considerados saudáveis, de forma a garantir a rápida recuperação e capacidade de retorno à vida ativa e laboral, e iii) em casos extremos, a atribuição da respetiva compensação à família, quando sucede a morte do doente. Por seu turno, cabe à entidade empregadora o dever de assegurar o desempenho de funções conciliáveis com as capacidades do trabalhador lesado, ou em alternativa, proporcionar-lhe a adaptação, formação profissional e/ou licença destinada à procura de um novo emprego.

Não obstante a existência destas compensações, importa reconhecer os impactos das doenças profissionais nos trabalhadores, que vão muito além da questão financeira. Um doente profissional pode deparar-se com debilidades emocionais, familiares, de relacionamento social e, muito facilmente, estas debilidades atuam cumulativamente entre si. Como resultado, a situação de rutura entre o indivíduo e o trabalho, em particular o vínculo estabelecido com o trabalho e o conjunto das redes de sociabilidade que a atividade profissional confere, implica alterações ao nível da identidade pessoal e profissional. Diversos autores mostram que esta relação decorre da função que o trabalho ocupa nas sociedades industriais, quer no acesso ao rendimento quer por representar uma das principais formas de diferenciação e mobilidade social.

Deste prisma, a (re)adaptação ou (re)inserção profissional dos indivíduos que se deparam com uma doença profissional é de central importância e carece de ser analisada sociologicamente. Em particular, propomo-nos ir além da existência de mecanismos legais orientados para a reabilitação e o regresso ao trabalho, destacando a experiência concreta daqueles que dependem e fazem uso de tais mecanismos para então poder avaliar a adequação das respostas institucionais existentes nos casos de doença profissional. Consideramos que somente por intermédio da análise de trajetórias de vida – as fragilidades e experiências contadas na primeira pessoa – é possível compreender as relações entre a condição de doença, trabalho e a vida social em geral. Por um lado, porque o diagnóstico de doenças profissionais é complexo e moroso, sendo que certos casos manifestam a existência de fatores com origens diversas e outros o facto de a manifestação das doenças poder demorar anos. Por outro lado, porque vão existindo relatos públicos que salientam barreiras no processo de notificação às entidades responsáveis no processo de diagnóstico das doenças profissionais.

Além disso, importa não ignorar que a aplicação de políticas em matéria de saúde na esfera laboral depende também de outros fatores mais estruturais que pouco dependem da qualidade da legislação ou do controlo institucional dos processos de referenciação e acompanhamento das doenças profissionais. Pense-se, por exemplo, na reconversão de medidas laborais e em novos padrões de contratação que, em conjunto, contribuem para a crescente precarização do emprego e na possível menor proteção e controlo das condições de trabalho cujos efeitos não podem ser ignorados.

Por tudo isto, pretende-se estudar em maior profundidade os contornos da doença profissional nos planos individual, social e institucional. Apresentar-se-á numa primeira instância, um enquadramento teórico-analítico de modo a possibilitar uma abordagem que descortine as principais alterações em matéria legislativa, laboral e histórico-social que caracterizam o paradigma das doenças e incapacidades geradas no e pelo trabalho. Posteriormente, proceder-se-á à definição do objeto de estudo e à exposição dos objetivos inerentes à problemática, bem como à apresentação e justificação da opção metodológica levada a cabo. Numa terceira e última fase, serão reportados os resultados obtidos, por meio da análise de conteúdo dos testemunhos recolhidos, elencando as principais conclusões.

Capítulo I – A doença profissional

1.1 Definição institucional e contextualização histórico-social em Portugal

Face às demais doenças, as doenças profissionais definem-se a partir dos seus fatores de risco serem inerentes ao local de trabalho e ao tipo de atividade laboral exercida. Doença profissional é entendida segundo a legislação vigente como aquela que deriva direta e exclusivamente das condições de trabalho e não do expectável desgaste do organismo, causando lesão/incapacidade para o normal exercício da profissão, ou em última instância, a morte do trabalhador¹. Por outro lado, o fator que diferencia doenças profissionais de acidentes de trabalho diz respeito ao carácter repentino destes últimos. Enquanto um “acidente de trabalho ocorre de uma forma súbita, no sentido de que se verifica num curto e limitado período de tempo, mais ou menos instantâneo, a doença profissional surge de uma forma lenta e progressiva e é o resultado de uma exposição continuada no tempo a um determinado risco profissional pelo trabalhador” (Reis, 2009: 17). Riscos são, assim, antecâmaras para a ocorrência de doenças profissionais e, não poucas vezes, estas doenças estão associadas a fatores multicausais que nem sempre são de fácil identificação.

As doenças profissionais são consideradas típicas quando constantes na Lista de Doenças Profissionais publicada através do Decreto Regulamentar n.º 6/2001, de 5 de maio, revisto pelo Decreto Regulamentar n.º 76/2007, de 17 de julho. Em casos cuja manifestação de uma doença não esteja prevista na Lista, terão de ser levados a cabo procedimentos que comprovem a sua relação e resultado direto do exercício da atividade laboral, e respetivonexo de causalidade. Tendo em conta que “o número de doenças profissionais tem vindo sempre a aumentar, não só em consequência da crescente utilização de novos produtos nocivos, mas também face aos progressos da medicina do trabalho” (Macedo, 1977:7), a Lista de Doenças Profissionais tem sido paulatinamente alvo de atualização.

Em Portugal, a primeira legislação data de 1855, recaindo sobre os estabelecimentos de trabalho considerados “insalubres, incómodos e perigosos”.² Em 1913 surge o primeiro diploma cujo objetivo é a regulamentação da responsabilidade inerente ao risco de acidente de trabalho. Em 1919 é estabelecida legislação referente à criação dos seguros sociais obrigatórios de doença, decorrentes de desastres laborais e invalidez. Em 1936 é promulgada a primeira lista de doenças profissionais que compreendia possíveis intoxicações por chumbo, mercúrio, pela ação de corantes e dissolventes nocivos, poeiras ou gases industriais e de motores de combustão interna e máquinas frigoríficas, por substâncias radioativas, infeção carbunculosa e dermatoses. A lista das doenças profissionais mantém-se inalterada até 1973, altura em que são introduzidas novas disposições relativas a intoxicações por arsénico e outros compostos inerentes ao chumbo, assim como o período de tempo de caracterização das doenças, que se estende de um prazo de trinta dias a três anos. Até 1982 não se verificam

¹ Consultar: Art. 94.º da Lei n.º 98/2009, de 4 de setembro; Art. 3º do Decreto-Lei n.º 503/99, de 20 de novembro.

² Dados constantes no portal da Segurança Social - <http://www4.seg-social.pt/ii-ip-instituto-de-informatica-ip>

alterações na certificação das doenças profissionais sendo, contudo, amplificado o leque de profissões passíveis de serem abrangidas por essas doenças e a integração de ruídos e vibrações como geradores de incapacidades.

Em 2001, as disposições legais dão lugar à certificação de doenças infecciosas e parasitárias. Em 2007, entra em vigor uma nova lista de doenças profissionais, a qual integra: doenças provocadas por agentes químicos e físicos, doenças do aparelho respiratório, doenças cutâneas, infecciosas e parasitárias, manifestações alérgicas das mucosas e tumores. Nesse mesmo ano, procede-se a uma modificação da Tabela Nacional de Incapacidades, aplicável a acidentes de trabalho e a doenças profissionais, ocorridos e diagnosticados após a sua entrada em vigor. Da legislação e acordos realizados é de salientar como relevante a criação do Fórum Europeu de Seguro contra os Acidentes de Trabalho e as Doenças Profissionais, em junho de 1992, com o intuito de, através da divulgação de informações entre entidades organizacionais, fomentar a salvaguarda do princípio segurador dos acidentes e doenças, visando uma convergência dos sistemas ao nível europeu. De destacar ainda, a Lei nº 98 de 4 de setembro de 2009, a qual preconiza a regulamentação do regime de reparação de acidentes de trabalho e doenças profissionais, mediante o Código do Trabalho.

Contudo, ao longo das duas últimas décadas, tem vindo a ser esculpido um conjunto de práticas no âmbito da saúde pública, assim como determinados planos sindicais e académicos que levaram à configuração de um campo dedicado à compreensão das condições de trabalho que afetam os trabalhadores. Diversas investigações sistematizaram o percurso político-social inerente a esta temática e identificam dissemelhanças que o permitem distinguir do campo da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, quer seja por meio de diferenças ao nível teórico ou conceptual (Mendes & Dias, 1991), quer por existirem diferenças ao nível prático. Assistindo-se à ampliação de estudos referentes à relação entre trabalho e saúde, estes não possibilitam um entendimento total dos contornos do adoecimento pelo trabalho nem a especificação do seu objeto de estudo. Porém, assume como características o facto de considerar o trabalhador como ator, na procura de melhores condições de trabalho, valorizando “a dimensão humana do trabalho” e - em oposição à Medicina do Trabalho – o rompimento com a conceção predominante que estabelece a relação causal entre o trabalho e os processos de adoecimento (alicerçado numa visão que abrange também as crenças, valores e representações sociais dos indivíduos, de forma a obter uma explicação do adoecimento não circunscrita ao meio laboral, mas extrapolado à esfera social). Ainda assim, independentemente da ausência de uma rigorosa definição conceptual sobre as associações que se estabelecem em torno do trabalho e das representações de saúde-doença, é possível afirmar que, apesar da interdisciplinaridade dos discursos desenvolvidos, existe uma confluência entre os mesmos, a qual contribui para o equacionamento de objetos de interesse transversais aos domínios da medicina preventiva e social e das instituições de saúde pública. Avaliando a influência da medicina, pode constatar-se que a área do trabalho não ficou alheia a processos de mudança, gerando novos olhares sobre o trabalho e o indivíduo, assim como as demais componentes que integram o mundo laboral. Na tentativa de

acompanhar a rápida evolução industrial e enfrentando questões até então inexistentes ou que não haviam merecido especial consideração – as patologias do trabalho - assiste-se à institucionalização de uma nova especialidade dentro da Medicina – a Medicina do Trabalho – remontando à primeira metade do século XIX. Pode, então, referir-se que a abordagem à temática das incapacidades laborais é relativamente recente e conduziu a modificações no panorama médico, procurando essencialmente fazer face à crescente percepção política, social e, por essa via, também individual dos riscos laborais.

Por outro lado, as instituições responsáveis pela segurança e saúde no trabalho, têm paulatinamente apostado na vigilância e auditoria das condições de trabalho, na conceção e planeamento de medidas interventivas e de previsão do risco ocupacional. Os dispositivos de saúde ocupacional são de suma importância no plano da saúde pública, buscando conceder um acesso igualitário aos cuidados de saúde, promovendo iniciativas de cariz governamental, assim como, intervindo na esfera produtiva por meio da redução do número de aposentações por incapacidades/doenças.

Muitos têm sido os progressos em matéria de prevenção e segurança no trabalho, em parte, graças ao avanço científico-tecnológico que possibilita o acionamento e extensão de mecanismos preventivos aos diversos campos da atividade humana, os quais combinados com uma pluralidade de instrumentos (fomento de práticas responsáveis, legislação, entre outros) agem sobre potenciais infortúnios. Ainda assim, apesar da busca por uma total segurança e da promoção da saúde em meio organizacional, quer a nível individual quer coletivo, podem ser enumeradas uma panóplia de circunstâncias que detêm influência nas relações que se estabelecem entre trabalho e saúde, sendo disso exemplo os episódios marcados pela sinistralidade e pelo desencadear de doenças profissionais³.

1.2 Enquadramento institucional da doença profissional em Portugal

Em Portugal, a intervenção em infortúnios laborais e consequente reparação de danos está assegurada por um sistema de responsabilidade considerado misto, sendo que vigora, no caso de acidente de trabalho, um sistema de responsabilidade privada – a responsabilidade é transferida da entidade empregadora para a entidade seguradora com a qual se celebrou o contrato (obrigatório)

³ De acordo com o Relatório de Atividade de Inspeção do Trabalho, relativo a 2011 pela ACT, é apresentado um número total de 217 393 acidentes de trabalho referentes ao ano de 2009, dos quais 217 foram mortais. Segundo a mesma fonte há uma diminuição do número de acidentes de trabalho (aprox. 20 mil casos), bem como do número de trabalhadores expostos a riscos laborais entre os anos 2006-2009. No Relatório de Atividades de Promoção de Segurança e Saúde no Trabalho da ACT, de 2015, verifica-se o aumento do número de doenças profissionais confirmadas entre os anos 2010-2013, de 2242 casos para 3693. Ver anexos F e G pág.: v. Importa saber que, no caso das doenças profissionais, os dados apresentados requerem rigor interpretativo, na medida em que os números relativos aos anos apresentados não refletem a data de início do processo de certificação, mas sim, o ano em que a doença foi certificada. Consultar: Atividade de inspeção do trabalho: relatório 2011 / Autoridade para as Condições do Trabalho; coord. Direção de Serviços de Apoio à Atividade Inspetiva. – Lisboa: ACT, 2013 e Relatório de atividades de Promoção da Segurança e Saúde no Trabalho 2015/Autoridade para as Condições do Trabalho; coord. Direção de Serviços da Promoção da Segurança e Saúde no Trabalho – Lisboa: ACT, 2015.

contra acidentes de trabalho - e, no caso da doença profissional, um sistema de responsabilidade social. O organismo público competente no tratamento dos assuntos acerca das doenças profissionais é o Instituto da Segurança Social (ISS) através do Departamento de Proteção Contra os Riscos Profissionais (DPRP). Este centro é o organismo do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social que tem como responsabilidade assegurar a prevenção, o tratamento, a recuperação e a reparação de doenças ou incapacidades resultantes de riscos profissionais. Também os sindicatos desempenham um papel importante na intervenção, tomada de decisões e/ou alterações de medidas, visando, quando possível, o adequado acompanhamento dos processos (na medida em que nem todos os trabalhadores e/ou áreas de atividade se encontram abrangidos por uma associação sindical).

De forma a entender toda a conjuntura que envolve o problema das doenças profissionais, procurou-se averiguar como funciona o dispositivo institucional responsável pelo processo de certificação (DPRP), certificação esta só reconhecida como tal aquando do encaminhamento do doente e de toda a burocracia envolvente, por parte do médico que efetuou o diagnóstico, aos serviços supra indicados. A confirmação oficial, ou a denominada certificação da doença profissional, permite proceder à graduação da incapacidade, tendo o doente profissional direito a benefícios de prestação de serviços e/ou a prestações pecuniárias. Esta incapacidade é determinada de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais (TNI).

Um dos principais elementos a considerar neste plano diz respeito ao modo como a instituição promove o contacto por parte dos doentes. A instituição apresenta diferentes alternativas a par do contacto telefónico, as quais compreendem o contacto por endereço eletrónico, fax, o envio tradicional de correspondência, o atendimento presencial – realizado unicamente através de agendamento prévio – e, ainda, o envio de pedido de informação na forma de formulário disponível nas repartições distritais do Instituto de Segurança Social.

De acordo com o que é possível apurar, os processos de certificação de doença profissional desenrolam-se iniciando-se com base na suspeita médica de doença profissional. Ao médico cabe proceder ao preenchimento da Participação Obrigatória de Doença Profissional⁴ e remetê-la para o DPRP juntamente com o requerimento de Pensão por Incapacidade Permanente por Doença Profissional. Caso este documento não acompanhe a Participação Obrigatória, o mesmo é enviado pelo DPRP ao beneficiário, que o deverá preencher e devolver. O DPRP pode ainda solicitar a apresentação de dados/exames adicionais e complementares ao diagnóstico.

A etapa seguinte do processo de certificação diz respeito à convocatória do beneficiário para uma consulta médica, na qual o médico ao serviço do DPRP, mediante a avaliação dos exames médicos já realizados, assume ou não a necessidade de solicitar mais informação. Em casos em que o médico considere pertinente a reunião de informação mais precisa, este requer ao serviço responsável pela SHST do local em que o beneficiário exerce, ou exerceu funções, o preenchimento de um

⁴ Ver anexo E pág.: iv

Relatório de Avaliação da Exposição a Riscos de Doença Profissional (podendo, igualmente, o DPRP realizar uma análise ao local de trabalho do beneficiário). Finda a recolha de toda a informação necessária ao desenvolvimento do processo procede-se à sua avaliação, efetuada por dois médicos, um dos quais especialista na doença profissional da qual se suspeita estar em causa, determinando ou não a existência de uma doença profissional. Caso se confirme, o médico define o grau de incapacidade correspondente à doença e a possibilidade de desempenho das mesmas ou outras atividades profissionais. Se se concluir que não existe doença profissional (SDP), o processo é dado como terminado, não sendo atribuídos subsídios ou pensão por doença profissional, havendo, todavia, a possibilidade de um subsídio de doença⁵.

O DPRP é o único departamento responsável pelo tratamento de processos por doença profissional podendo, pontualmente, existir articulação com outros serviços na área da saúde. Não se encontram definidos prazos para a resolução dos processos, sendo que a celeridade com o que processo é concluído está sujeita a fatores de diversas ordens, como a especificidade da doença e respetiva especialidade médica requerida, a necessidade de se efetuarem exames complementares, bem como a carência de recursos humanos. Finda a avaliação médica e identificado o tipo e valor percentual de incapacidade, caso o requerente considere que o valor não é representativo da sua real condição de saúde, dispõe de três meios para recorrer da decisão final, sujeito a prazos estabelecidos para o efeito e sempre com registo escrito: i) reclamação diretamente na instituição, acompanhada por novos elementos clínicos, ii) interposição de recurso hierárquico e iii) por via judicial.

⁵ Consultar quadro simplificado. Ver anexo H pág.: vi

Capítulo II – Enquadramento teórico-analítico

2.1 A centralidade do trabalho na vida social quotidiana

A esfera do trabalho desde há muito tem sido investigada, sabendo-se que as abordagens variam tendo em conta o contexto histórico-social e o significado que lhe é atribuído. O entendimento acerca do trabalho apresenta-se, por isso, como “uma questão problemática, sempre em aberto” (Freire, *et al.* 2014:7), dotado de complexidade e de difícil definição.

O contexto histórico e social interfere na estrutura do sistema laboral, modificando-o na sua forma e configuração. Assim, o trabalho no século transato não é idêntico ao do século XXI, já que dinâmicas mais recentes do capitalismo alteraram e complexificaram o domínio do trabalho humano: tanto humaniza, autonomiza e emancipa como gera subordinação, alienação e degradação (Antunes, 2009). Sobretudo a partir da década de 70, o trabalho tanto foi atravessado por um vasto leque de inovações ao nível tecnológico e organizacional, como de mudanças de políticas laborais com vista à “flexibilidade” ou “acumulação flexível” (*ibidem*).

O trabalho foi, assim, elevado a mecanismo estruturante da organização política, económica e social (Méda,1999). As sociedades ao se transformarem em sociedades do trabalho conduziram a uma mutação na sua natureza. Na prática, o trabalho é reconhecido pela sociedade pelo seu carácter remuneratório, e assim, comumente entendido como emprego. Este tipo de atividade tornou-se “a principal fonte de rendimento que permite aos indivíduos viver (...)” (Méda,1999:26). Dotado de centralidade, o trabalho não se traduz somente num meio para alcançar a riqueza, mas é igualmente através dele que o indivíduo constrói e reconhece a sua identidade pessoal e social. A identidade social traduz-se na multiplicidade de características atribuídas a partir de atributos da esfera coletiva, as quais criam laços de semelhança e dissemelhança entre os indivíduos. Pode ser definida como a consciência social produzida coletivamente que detemos de nós próprios e que é o resultado das interações constantes com o meio circundante, sobretudo a pertença a diversos grupos sociais e o desempenho de variados papéis. Neste processo de socialização, em que as identidades sociais nos assemelham a uns e nos afasta de outros, salienta-se a identidade pessoal que situa a construção da individualidade no conjunto alargado de referências sociais. Diz respeito "ao processo de desenvolvimento pessoal, através do qual formulamos uma noção intrínseca de nós próprios e do relacionamento com o mundo à nossa volta" (Giddens, 2004: 30), incluindo domínios em torno do trabalho que são parte integrante no constructo identitário, como o reconhecimento, o estatuto, a realização pessoal, entre outros.

Neste sentido, e segundo Méda (1999: 26), “o trabalho permite a integração social e constitui uma das formas maiores do laço social”, traduzindo-se numa “das modalidades de aprendizagem da vida em sociedade”. Na conceção de alguns teóricos, o trabalho descreve um dos lugares essenciais de socialização, na medida em que é nos contextos laborais que ocorrem parte significativa das interações humanas e dos processos relacionais e porque os contextos laborais são fortemente condicionadores de relações de proximidade e de afastamento entre os indivíduos (e.g. Friedman & Naville, 1972; Dubar,

1991). Assim sendo, o trabalho tem a propriedade de atribuir sentidos à existência individual e de organizar a vida coletiva (Dubar, 1991). É neste sentido que conceptualizamos o trabalho como parte integrante dos processos de construção identitária. Segundo Sainsalieu (1995), a construção da identidade no e pelo trabalho inculca no indivíduo referenciais normativos de comportamento, permitindo esboçar uma consciência de si próprio no quadro da diversidade de papéis sociais. Assim, “o trabalho [...] modifica também a maneira de pensar, agir e sentir, de modo que nunca permanecemos os mesmos ao fim de uma atividade, qualquer que ela seja. É nesse sentido que dizemos que, pelo trabalho, o homem se autoproduz, ao mesmo tempo em que produz sua própria cultura” (Aranha, 1996:37).

Em suma, não será arriscado dizer que no quadro social, político e económico atual, o trabalho ocupa um lugar central nos processos quotidianos de construção e reconstrução identitária por via de se constituir um dos principais vetores de desenvolvimento individual e social.

2.2 A medicalização do trabalho: a saúde e segurança como preocupação laboral

As preocupações referentes às condições de trabalho e à administração do trabalho foram progredindo mostrando o quanto modificam como traduzem a modificação da ligação dos indivíduos com a atividade laboral, quer na ótica do desempenho do trabalho quer na ótica do consumo de bens e serviços.

Segundo Jardillier (s.d.: 332) as condições de trabalho são um domínio complexo e amplo, na medida em que se encontram em grande parte dependentes de uma multiplicidade de fatores, por vezes instáveis – por exemplo, as alterações na legislação laboral, condicionantes físico-psicológicas do trabalhador, modificações nas estruturas físico-administrativas do local de trabalho, etc. O valor e o significado das condições de trabalho tendem a modificar-se consoante a sucessão de transformações no tecido económico-político e social, assim como nos anseios e/ou as pretensões do Homem face ao trabalho (Dias *et.al.*, 2007:35). As diferentes análises e conceções estendem-se desde a abordagem ao indivíduo e à sua relação com o trabalho, aos processos de trabalho, até vertentes como a estrutura organizacional. Genericamente, as abordagens sobre as condições de trabalho centram-se em determinados domínios transversais: a remuneração, a duração/organização dos tempos de trabalho, a segurança, a saúde, entre outros (Freire, *et.al.*, 2014). As condições de trabalho encontram-se associadas, ainda, a políticas de segurança e saúde, as quais, segundo Gollac e Volkoff (2000) tendem a ser alteradas por meio de episódios que se demarcam e por suas consequências, como o caso da sinistralidade laboral. Assim, os processos de segurança e saúde no trabalho medeiam as condições laborais e estas vêm sendo modificadas no decurso da história. Neste contexto, o período da Revolução Industrial apresenta-se como um marco histórico na análise desta temática, uma vez que se evidenciam as primeiras preocupações e intervenções na saúde e segurança do ser humano perante o trabalho.

Com o advento da industrialização, a saúde passou a ser alvo de interesse no âmbito da necessidade dos indivíduos como recurso de produção e de conseqüente acumulação de riqueza (Foucault, 1970). A saúde tomou, então, uma posição afeta à prosperidade e foi assumindo importância no domínio social e político. As condições laborais e de vida dos indivíduos passaram a ser acauteladas do ponto de vista jurídico implementando-se regulamentos e legislação, primeiro, à higiene e segurança, e depois, paulatinamente aplicadas a todas as esferas produtivas (Neto, 2013).

Pese embora o período da Revolução Industrial seja tido como o marco crucial em matéria de expansão das condições de trabalho – uma vez que este mesmo período evidenciou uma degradação das mesmas, emergindo, assim, a necessidade de colmatar o problema -, Rolo (1999) afirma que desde os primórdios o Homem se ocupa do seu estado de saúde e segurança como condição indispensável ao seu bem-estar. Ou seja, que as componentes – saúde e segurança – encontram-se intrinsecamente associadas à atividade humana e aos moldes em que esta se desenvolve. E, o trabalho, além de ser “entendido como a atividade humana que tem em vista a prestação de serviços ou a produção de bens destinado a fazer face às necessidades do homem é, em especial, uma teia que exige uma rede de saúde e segurança, tanto mais ou menos apertada, quanto mais ou menos o “Homem Trabalhador”, no sentido mais lato do termo, pressente que a doença e o acidente o podem emalhar” (Rolo, 1999:20). Na perspectiva de Neto (2011) as preocupações com a saúde e a segurança constituem um aspeto pouco visível ao longo da história, defendendo que o trabalho se apresentava como algo alicerçado no “esforço, sacrifício e sofrimento”. Estas representações do trabalho são indicativas da negligência da segurança e da saúde no trabalho durante um extenso período na história do trabalho. Mais, é decorrente deste facto que Neto (2011) considera ser possível encontrar a força motriz para o seu desenvolvimento.

O estabelecimento das primeiras medidas sociais de carácter assistencial dirigidas aos trabalhadores europeus leva-nos à Alemanha do século XIX. Em 1883, o chanceler Bismarck assegurou políticas de proteção social destinadas à sinistralidade laboral e à invalidez com base em seguros de saúde obrigatórios, constituindo, assim, o primeiro modelo de segurança social do Estado-Nação. De destacar a crescente e persistente atuação de inúmeras manifestações por parte de trabalhadores e de entidades sindicais – sinalizando as más condições e os acidentes de trabalho – requerendo uma regulação e orientação da saúde e da segurança por parte das instituições governamentais. Posteriormente, em conformidade com as inovadoras políticas legislativas que se sucederam, dá-se especial atenção à busca pela redução do número de sinistros, passando pela aplicação dos desenvolvimentos das engenharias científicas na segurança - principalmente, devido aos custos inerentes aos acidentes de trabalho. A promoção da prevenção em matéria de segurança e saúde no trabalho tornou-se relevante no âmbito nacional e internacional, promovendo-se, mais tarde, o alargamento dos aparelhos de proteção básicos às sociedades europeias industrializadas. Concedeu-se, então, maior visibilidade às políticas sociais e maior projeção das ações preventivas, já que segundo a obra de Herbert Heinrich (1931) – considerado um dos pioneiros na área da segurança industrial - os

acidentes de trabalho eram à época e conforme apurou, na sua generalidade, “suscitados por atos inseguros” (Dwyer, 2006 *apud* Neto, 2013: 20).

Na segunda metade do século XX evidenciaram-se novas tendências e formas de conceber as relações de trabalho e, concomitantemente, novas consciências face aos riscos e à segurança. A prevenção, que se tornou uma noção central nas nossas vidas, visa essencialmente combater os principais riscos da existência e integridade humanas, neste contexto, da doença e/ou da morte prematura (Moatti&Peretti-Watel, 2009). Por isso, “a noção de risco é constitutiva da ideia de prevenção” (*ibidem*:7).

O risco tem tomado cada vez mais relevância na esfera social e científica, uma vez que é um elemento central para a análise da segurança e da saúde no local de trabalho. As conceções face ao risco têm sido apresentadas e interpretadas de diferentes prismas. É possível afirmar que a sua extensão e representação social se diferenciou com o advento da modernidade. Através da generalização do risco, assistiu-se à reconfiguração de comportamentos e à reorientação da sociedade para a segurança e para o domínio de previsão de incertezas futuras. A nova postura face aos eventuais riscos possibilitou a implementação de dinâmicas ao nível dos comportamentos organizacionais, que concederam a adaptação a novas realidades e fomentaram novos contextos laborais. Passou a dar-se primazia ao cálculo do risco, de forma a prevenir, em parte, a sinistralidade laboral. À luz da aceção sociológica, o risco pode ser lido como uma propriedade estrutural das sociedades decorrente da consciencialização da incerteza e imprevisibilidade (Beck, 2008). É uma sociedade de risco aquela que cria riscos imprevisíveis e que, no processo de ponderação dos múltiplos conjuntos de outras imprevisibilidades, gera “reflexividade”.

As perceções associadas ao risco da saúde traduzem-se num estado físico, mental e emocional harmonioso, que não exprima simplesmente a inexistência de uma debilidade patológica (OMS,1946). Contudo, “a fronteira entre saúde e doença não é clara” (Duran, 1983: 34) e está condicionada por uma multiplicidade de interpretações, valores e planos espaço-temporais, sendo “disseminada por considerações culturais, sociais e psicológicas” (Engel, 1977; *apud* Reis, 2005: 23). A compreensão da saúde e da doença encontra-se, então, em estreita ligação com a ação da medicina, que atua na produção e alteração de significados e comportamentos por meio da aplicação dos seus saberes – os quais permitem o controlo e a prática de hábitos nos indivíduos (Carapinheiro & Correia, 2016). Assim sendo, a *doença* encontra-se muitas vezes associada aos conceitos de anormal e de patológico, remetendo para a análise da saúde enquanto detentora de um carácter normativo, na medida em que estar saudável corresponde a um tipo ideal de estrutura, de norma (Canguilhem, 1991).

O que se pretende mostrar é que a produção de significado sobre o que constitui saúde e doença está em si mesma dependente de outras construções acerca do indivíduo e do corpo enquanto objeto. Foram diversas as manifestações ao longo da história perante o corpo, havendo sido entendido como um instrumento mecânico dominado pela mente, e uma unidade de produção de capital (Albuquerque & Oliveira, 2002: 2). Sabendo-se do crescente entendimento do corpo como meio e

objeto de trabalho, as aspirações da medicina no controlo do corpo permitiram-lhe o extraordinário reforço do poder social já tão descrito nos campos da sociologia da saúde e sociologia do conhecimento. Em traços muito gerais, a medicina ao passar a representar o único conhecimento válido para definir e curar a doença, logo, passou também a ser uma parte constituinte para a melhoria do trabalho.

Esta “medicalização do trabalho” emergiu claramente enquadrada na conjuntura político-económica atrás descrita que vislumbra o indivíduo como força produtiva indispensável à produção. “A esta capacidade chamava-se «saúde», e o termo «doença» designa, simetricamente a incapacidade de resposta” (Bauman, 2007:121). É esta a evidência do carácter biopolítico da medicina também na esfera do trabalho, em que a busca por uma população saudável se prende em fins produtivos (Ferreira, 2007). O termo medicalização é aqui entendido em dois aspetos. Um, remete para o controlo social da medicina na forma como incide em processos e atividades anteriormente não pertencentes ao seu campo de atuação. Traduz a capacidade de considerar no plano médico fenómenos e/ou problemas que antes não eram classificados como tal (Conrad, 2007). O outro remete para o facto de a doença alcançar uma posição central também no trabalho. O trabalho passa indubitavelmente a ser visto como mais uma esfera de produção de saúde e de doença, o que se acentua à medida que mais tempo da vida quotidiana lhe é dedicado. O trabalho medicalizado demonstra, assim, uma nova organização e cultura perante o trabalho assente na expectativa de promoção da saúde em meio laboral e, aparentemente, contribuindo para a melhoria das condições de trabalho – através da redução do risco e o aumento da segurança.

É neste quadro de problematização que se entende a implementação das políticas de saúde, higiene e segurança no trabalho visando a prevenção de riscos profissionais e procurando garantir a saúde do trabalhador. As medidas implementadas adquirem tanto mais importância quanto maior o reconhecimento da necessidade de melhorar o ambiente e a qualidade de trabalho, bem como a segurança dos trabalhadores para que, de entre outros objetivos, se verifique “um aumento da produtividade e diminuição dos custos dos cuidados de saúde” (Antunes, 2009: 24). Crescentemente, as organizações asseguram um médico do trabalho ou requerem periodicamente as suas funções. O papel do médico do trabalho é direcionado para a mediação da relação entre as exigências do exercício da atividade profissional e os seus impactos na saúde quotidiana dos trabalhadores, regando os imperativos organizacionais mediante os limites da condição física e mental de quem trabalha. “A missão do médico do trabalho não é curar os trabalhadores doentes, mas evitar que eles adoçam” (Jardilier: s.d.:118). O médico do trabalho necessita de um conhecimento aprofundado das atividades que os funcionários da entidade que o recrutou realizam, de modo a ser exequível traçar perfis face às possíveis maleitas que possam ser desencadeadas e conseqüentemente a sua prevenção e despiste de indícios.

Novamente, estamos perante uma das manifestações mais visíveis da medicalização do trabalho. Estar doente constitui uma condição social, uma vez que envolve o desenvolvimento de

papéis sociais de médico e de doente. Estes desempenhos baseiam-se em referências normativas que compõem o sistema social (Parsons, 1952). Portanto, medicalização do trabalho significa o processo pelo qual a esfera laboral se foi abrindo a processos, lógicas e comportamentos tipificados no quadro de estruturas sociais influenciadas pelo conhecimento médico. A doença profissional somente pode ser considerada um problema no quadro desta influência estrutural da medicina. A doença é uma situação desviante também porque afeta a estrutura produtiva, logo o modo de vida moderno. Ainda à luz da concepção Parsoniana, o médico é entendido como o elemento capaz de restabelecer a ordem e a normalidade, fazendo emergir determinadas características que descrevem o papel de doente, bem como a existência de expectativas e sanções institucionalizadas. O papel de doente assenta em três princípios fundamentais: i) o doente não é responsável pela sua condição de doente, estando as causas físicas da doença fora do controlo do indivíduo e não necessariamente relacionadas com os seus comportamentos; ii) a condição de doente pressupõe a aquisição de certos direitos e/ou privilégios, de entre os quais, o afastamento das responsabilidades habituais e iii) a legitimação do estatuto de doente pela confirmação oficial da doença por parte do médico, a fim de alcançar a recuperação. Se, ao invés, o indivíduo não utilizar os meios que a sociedade coloca à sua disposição de forma a curar-se e/ou não aceder às recomendações ou orientações sugeridas pelo médico, está a colocar em causa o seu estatuto de doente.

O facto de o papel de doente assentar no objetivo da recuperação ao doente é atribuída a função de incapacidade no que diz respeito ao assumir e delinear a orientação para o tratamento. O médico é o detentor da competência para diagnosticar e tomar decisões terapêuticas – devendo, por isso, o doente adotar uma atitude subordinada e de cooperação. Essencialmente no que toca a este aspeto da análise de Parsons, que compreende o doente como agente passivo, foi por outros sociólogos apontado que as questões relacionadas com as perceções e experiências do indivíduo face à doença, as estratégias desenvolvidas para lidar com o impacto e limitações causados pela doença, bem como a pluralidade de doenças existentes e a sua gravidade, detêm influência no desempenho do papel social de doente (*e.g.* Friedson, 1970).

Em traços gerais, a análise dos discursos e das vivências em torno da doença complexificaram muito aquilo que eram as expectativas pensadas acerca do papel de doente, o que constituiu um enorme avanço na compreensão da pessoa doente e permitiu dar maior visibilidade aos diversos condicionalismos decorrentes do facto de o papel de doente não assumir uma aplicabilidade universal.

Portanto, estamos perante forças conflituantes. Se por um lado, uma multiplicidade de fatores sociais complexifica as vivências da condição de doença, por outro, sob o prisma institucional – laboral, médico e jurídico – admite-se um conjunto padronizado de expectativas e comportamentos dos doentes, os quais remetem para normas e valores considerados adequados ao “estar doente”.

Capítulo III - Problematização sociológica das doenças profissionais

3.1 Objeto e objetivos da investigação

Ainda que o trabalho constitua uma esfera em constante mutação, chegando alguns autores a equacionar a sua perda de centralidade na vida coletiva (Offe, 1989), a sua relevância enquanto elemento estruturante da sociedade não pode ser questionada (Antunes & Alves; 2004). Consequentemente, qualquer transformação decorrente do trabalho acarreta implicações coletivas, mas também individuais no modo como o indivíduo se relaciona consigo mesmo e com os outros. As doenças e incapacidades geradas no e pelo trabalho carecem, por isso, de ser analisadas enquanto problema sociológico. Do ponto de vista social facilmente é reconhecida a pertinência desta discussão, dado que a relação complexa existente entre doença e trabalho aviva-se quando a doença afeta o cumprimento de diversas funções e o desempenho dos papéis habituais, em que o impacto da doença conduz a limitações incompatíveis com a atividade profissional desempenhada. Estar limitado ou incapacitado para o trabalho comporta, desde logo, consequências ao nível financeiro, cujos efeitos tendem a ser mais intensos consoante o grau de dependência relativamente ao emprego. Além disso, a impossibilidade de trabalhar limita as funções integrativas e as diferentes relações de sociabilidade que o trabalho confere, atingindo em profundidade o plano identitário e a solidez do laço social, pelo sentimento de pertença e de utilidade social (Méda, 1999; Schnapper, 1998). Do absentismo por doença podem surgir também implicações psicossociais que se intensificam quando repercutidas em obstáculos à realização pessoal, ao progresso profissional e à qualidade de vida – gerando “novas formas” de adoecer nomeadamente de ordem emocional e/ou psicológica (co-morbilidade) (Jacques, 2007). O trabalho, enquanto elemento estruturante das condições de vida dos indivíduos, é também ele determinante para o seu estado de saúde, pois, é igualmente no local de trabalho que se manifestam fragilidades.

Como visto anteriormente, o enquadramento legal que consagra as doenças profissionais é muito explícito tanto na definição da doença profissional, como nas diretrizes relativas ao encaminhamento necessário tendo em vista a proteção das pessoas na condição de doente profissional. Contudo, a doença profissional apresenta-se como “um conceito meramente legislativo” que, apesar de permitir identificar o tipo de doenças e eleger que doentes têm direito a compensação pelo dano causado torna redutor o próprio conceito de doença profissional (Cardoso, 2016 *apud* Reis *et al.* 2016). Assim, o conceito adquire uma componente volátil, adaptativa e sujeita a interpretações.

Já do ponto de vista sociológico, a conceptualização em torno das doenças profissionais exige uma reflexão face aos conceitos de saúde e doença enquanto construções sociais, o que configura as doenças profissionais também elas como fenómeno construído socialmente. Neste sentido, a saúde e a doença são categorias cujos significados se (re) produzem e moldam nas e pelas interações sociais. Logo, estão dependentes de variáveis delimitadas em termos espaço-temporais e enquadradas nos diversos contextos da organização social e da estrutura económica de cada sociedade. Esta visão

implica tomar em linha de consideração o amplo desenvolvimento em torno dos saberes médicos e da medicina enquanto instituição que define aquilo que é considerado um estado normal em oposição ao estado patológico e intervém na relação dos indivíduos com a própria doença (Conrad&Barker, 2010; Stacey, 1988; Scambler, 1991). A forma como a doença atinge o indivíduo, ou seja, a maneira como o indivíduo se relaciona com a doença e as representações a ela associadas, apresentam-se como elementos do constructo social da dimensão saúde/doença – sendo que nem todas as doenças são percebidas e experienciadas de igual modo (Goffman,1988).

Dado este enquadramento, o entendimento sociológico acerca das doenças profissionais assenta nas noções de construção e de processo na relação direta com o trabalho. Construção, porque implica considerar a dependência do doente perante diversos intermediários aos quais compete atestar a existência ou inexistência da causalidade entre doença e trabalho. Processo, dado de reconhecimento formal - médico e jurídico – assente, como se referiu, na temporalidade, da exposição a fatores de risco considerados enquanto tal e das etapas percorridas até esse estatuto ser reconhecido. Parte-se do pressuposto que tal processo seja mais incerto, ziguezagueante e possivelmente difícil de decifrar do que o desenho institucional transparece.

É neste sentido que a abordagem sociológica a este tema pretende evidenciar o modo como os indivíduos procuram ultrapassar os seus problemas de saúde e os obstáculos/limitações institucionais com que se deparam - sendo que os percursos e/ou os recursos mobilizados com vista ao acesso aos cuidados de saúde e certificação de doença profissional constituem um plano de trajetórias que permitem compreender o modo como os doentes atuam, que circunstâncias são experienciadas e que resultados obtêm. A literatura sociológica conceptualiza estes percursos como itinerários terapêuticos (Carapinheiro, 2001), uma vez que as escolhas que os doentes fazem na busca pelo tratamento – tendo em conta uma pluralidade de contextos – constituem construções não só individuais, mas também coletivas face ao processo de adoecimento. São essas escolhas que, paulatinamente, irão traçar um percurso (Cabral *et al.* 2011). A análise dos itinerários terapêuticos possibilita, com base na narrativa biográfica do doente, interpretar além do modo como a doença é vivida, as estratégias utilizadas para lidar quotidianamente com os constrangimentos que a doença comporta, no quadro da pretensão de uma assistência adequada. Contudo, a procura de tratamento/cuidado é complexa e diverge de indivíduo para indivíduo, podendo ser influenciada por fatores de diversas ordens (económicos, sociais, entre outros), incluindo as especificidades da doença detida. Além dessas condicionantes, a existência de uma pluralidade de caminhos, escolhas, formas de tratamento a que o indivíduo acede a fim de obter o cuidado de saúde, não deve ser analisada circunscrevendo-se à esfera individual, mas sim como expressão e resultado de um conjunto de relações estabelecidas no plano social, que influenciam essas escolhas e/ou tomadas de decisão (Gerhardt, 2006). A própria percepção do indivíduo face à doença possui uma forte influência no que respeita ao modo como a procura de tratamento é realizada e que práticas ou iniciativas são levadas a cabo.

Se interpretarmos o conceito de itinerário terapêutico como a produção de estratégias que visam um objetivo previamente delineado - o tratamento - pode afirmar-se que é pela doença que o indivíduo se move, pela necessidade de diminuir o mal-estar, a dor, o sofrimento e as incapacidades que a mesma desencadeou. Gera-se, então, no indivíduo a necessidade de encontrar solução para a enfermidade de forma a retomar o curso normal da vida, isto é, o pleno bem-estar. Esta procura de soluções, transposta nos caminhos percorridos até ao seu alcance, incorpora aquilo que a sociologia reconhece e define como «agir leigo» – conceito que traduz e evidencia a posição do indivíduo doente perante os profissionais de saúde especializados (Correia, 2012; Silva & Alves, 2011; Eisenberg, 1977). Em oposição à/ao conhecimento/racionalidade científica, o agir leigo pode ser descrito, como um conhecimento assente nas experiências vivenciadas pelos doentes; um conhecimento que é, por vezes, adquirido com base “na tentativa e erro” ou por meio da partilha de informações de terceiros que experienciaram a mesma situação e/ou problema, sendo fortemente influenciado pela configuração de redes de sociabilidade (Cecílio *et.al.* 2014). É no conjunto das dificuldades ou situações/procedimentos certas vezes intransponíveis, que o doente, enquanto ator social, vai estabelecendo um grupo de pontos estratégicos que lhe permitem o acesso ao cuidado, a atenção que é expectável, a redução de tempo e recursos despendidos, bem como o alcance da estabilidade.

A produção de itinerários terapêuticos e o agir leigo não são algo autónomo nem exclusivamente relacionados com as questões de facilidade/dificuldade no acesso aos serviços e consumos em saúde (Cabral *et.al.* 2009). São produzidos tendo em conta os contextos socioculturais e económicos e mediante uma lógica regulatória, que pauta a forma como o indivíduo se move na procura de tratamento. Regulação pode ser entendida como o conjunto de normas, recursos e mecanismos que possibilitam o controlo e gestão de determinado setor, com a finalidade de corresponder a objetivos previamente estabelecidos e visando alcançar um tipo ideal de estabilidade. Na área da saúde, a autoridade para regular é atribuída ao Estado, assentando em normas jurídicas, fiscalizadoras, avaliativas, de monitorização, etc., procurando garantir a supressão das necessidades dos utentes. Contudo, um estudo desenvolvido por Cecílio *et. al.* (2014) permitiu identificar uma tipologia que elenca quatro regimes de regulação: governamental, profissional, clientelístico e leiga, compreendendo a regulação como “uma produção social que comporta múltiplos regimes de regulação” (Cecílio *et.al.*:1504). Tendo em conta que a pluralidade de atores sociais busca resposta para as suas necessidades específicas, assiste-se a um plano de atuação em que vão sendo esculpidos novos modos de agir, compondo-se soluções que permitam contornar o sistema instituído de acesso aos cuidados de saúde. Regulação traduz-se, por isso, num “processo permanentemente instituinte e, por isso mesmo, permanente palco de mudanças” (*ibidem*:1504). Neste sentido, quando as circunstâncias ou o sistema oficial não permite colmatar essas necessidades, restaurando o estado de saúde, são pelos doentes delineadas trajetórias muitas vezes “parecendo ser erráticas, caóticas, desorganizadas e disfuncionais” (Carapineiro, 2001:346). No entanto, “estão plenas de invenção

social, pois nelas são forjadas novas e inovadoras formas de articulação, adaptadas à melhor e mais rápida resolução dos problemas de saúde dos indivíduos” (*ibidem*: 346). É, neste contexto, em que vão sendo esculpidos quadros estratégicos que agilizem a acessibilidade aos serviços de saúde, que se pretende compreender que mecanismos são ativados pelos doentes profissionais a fim de alcançar um estado de saúde que permita o retorno à vida laboral – avaliando que redes de relações sociais são utilizadas e que recursos são criados/mobilizados e partilhados com outros indivíduos em situação semelhante. Deste modo, é cada vez mais pertinente a criação de políticas que coloquem o seu enfoque igualmente em estratégias que permitam um acompanhamento e assistência ao doente, que vá para além da sua recuperação em termos físico-motores e psicológicos.

Assim, tomamos como objeto de estudo a adequabilidade das práticas institucionais do ponto de vista dos indivíduos diagnosticados com doença profissional ou que estão em processo para obter esse diagnóstico. A investigação visa, então, compreender por intermédio de histórias de vida, o modo como são geridos os casos de doença profissional pelas entidades responsáveis (DPRP/ISS). Procurar-se-á compreender a perceção dos doentes na sua condição de doente profissional, o tipo e ordem dos procedimentos do processo de formalização/reconhecimento de doença profissional, assim como a explicitação das orientações técnicas que se lhe encontram subjacentes e os possíveis resultados desse requerimento, visando avaliar que vicissitudes emergem desse processo. Pretende-se, igualmente, analisar três perspetivas/discursos sobre a construção e o processo da doença profissional, de modo a identificar em que aspetos não são coincidentes e que implicações daí advêm – mediante a apresentação de diferentes níveis de construção de doença profissional: i) para o doente, ii) para a medicina e iii) e no âmbito do enquadramento jurídico-legal.

De um modo geral, avaliar-se-á o tipo e celeridade dos serviços que são colocados à disposição do doente e o seu respetivo acompanhamento, bem como a existência e adequabilidade de mecanismos direcionados para a reabilitação e reinserção de doentes profissionais. Procurar-se-á, entender em que situações/circunstâncias existe desconhecimento por parte do doente relativamente aos mecanismos de intervenção institucional existentes, em que situações se considera que a resposta institucional não é adequada ou, por outro lado, em situações de percursos institucionais difíceis, que estratégias e instrumentos são ativados pelo doente com vista à resolução dos constrangimentos inerentes à sua condição. Em última análise, buscar-se-á testar se as políticas públicas – mediante o plano do desenho institucional e da proteção social – permitem, de forma eficaz, minimizar a condição de doente profissional independentemente das condições sociodemográficas. Isto é, procurar-se-á verificar - considerando a multiplicidade de implicações e constrangimentos desencadeados no processo de adoecimento - se existe resposta adequada às necessidades desta população, que proporcione a assistência e proteção e que conduza ao restabelecimento do bem-estar.

Capítulo IV – Procedimentos metodológicos

4.1. Apresentação e justificação do método de investigação

Recorremos à utilização de um método de investigação qualitativo, composto por análise documental à legislação e outros documentos oficiais com respeito às doenças profissionais e entrevistas semiestruturadas centradas nas histórias de vida de doentes, incidindo particularmente nas reconfigurações causadas pela doença e o modo como o quadro institucional se aplica aos percursos de vida destas pessoas. A entrevista semiestruturada apresenta como características o levantamento de questões – assentes em pressupostos teóricos e/ou hipotéticos que se encontram inerentes à temática a ser abordada. Neste sentido, a escolha desta técnica prende-se com a necessidade de fazer emergir informações consideradas pertinentes à temática, efetivadas pela sensação de liberdade expressiva, isto é, a ausência de uma abordagem exploratória firmemente padronizada e com condicionamentos, conduzindo ao levantamento de novas questões (Kohli, 1978, *apud* Flick, 2005:77).

No que concerne ao universo de análise, procedeu-se à realização de entrevistas a dez indivíduos⁶ que se encontram na condição de doente profissional, mas que detêm igualmente uma grande diversidade de características sociodemográficas como a idade, o tipo de atividade exercida, a experiência profissional, localização geográfica, entre outras, de forma a ser possível detetar diferentes perspetivas face ao mesmo objeto, considerando tratar-se de uma amostra por homogeneização (Guerra, 2006). A amostra foi obtida por meio de contactos efetuados entre os doentes e a associação sem fins lucrativos destinada à integração social e à saúde *Totusalus* (*Totusalus, Associação de Apoio terapêutico e Social*), a qual procura auxiliar no encaminhamento dos doentes (que contactam a associação) para as entidades competentes - quer públicas, por via de esclarecimento, quer por ação direta de profissionais de áreas distintas que atuam em parceria. O recurso a esta estratégia para recolha de informação deveu-se à maior acessibilidade em contactar os indivíduos em situação de (ou presumida) doença profissional, dados os obstáculos na aquisição desses contactos por via das instituições que gerem os processos de doença profissional – assentes no sigilo no que respeita à divulgação de dados ou informações pessoais. Inevitavelmente, acresce a dificuldade de identificação de indivíduos portadores de doença profissional, tornando-se esta a principal condicionante na dimensão da amostra obtida. Procedeu-se à realização das entrevistas telefonicamente, de forma a agilizar o processo de recolha de informação, já que as áreas de residência dos doentes contemplam diversos pontos do país. Neste processo, pôde evidenciar-se como dificuldade a resistência de vários indivíduos em partilhar a sua história, os percursos efetuados, bem como os obstáculos institucionais com que se depararam, pelo facto de recearem represálias ou interferência no estado do seu processo e, conseqüentemente, perda da prestação pecuniária conferida destinada ao ressarcimento dos danos.

⁶ Dado não ser possível - à partida - estabelecer o número de entrevistas a realizar, foi no decorrer da investigação que se definiu o número final de entrevistados. O critério usado foi o ponto de saturação da informação, no sentido em que foi possível identificar problemas, dificuldades e experiências comuns no conjunto dos indivíduos entrevistados. Para um melhor entendimento, consultar: Guerra, 2006.

Foram recolhidos, igualmente, pareceres de profissionais – na modalidade de informantes privilegiados - cujas áreas de atuação e experiência profissional são relevantes para a compreensão e análise da temática em questão: i) um médico do trabalho, ii) uma advogada especialista em direito do trabalho e iii) um profissional do DPRP. No seu conjunto, estes informantes contribuíram para uma visão mais ampla do modo como a realidade das doenças profissionais se desenrola e os principais obstáculos com que cada um dos profissionais se depara no cumprimento da sua atividade. A eleição destes profissionais assentou, essencialmente, no facto dos mesmos constituírem o grupo de intervenientes que, no âmbito desta investigação, estabelecem uma relação de maior proximidade com o doente profissional e uma ação mais direta no que diz respeito ao processo de certificação.

Após a realização das entrevistas procedeu-se à análise de conteúdo como técnica de tratamento de informação, possibilitando uma descrição de carácter objetivo e sistemático das matérias retiradas aquando da comunicação, bem como a produção de inferências, enquadradas no respetivo contexto analítico (Berelson, 1952; Krippendorf, 1980). Deste modo, efetuou-se uma grelha analítica⁷, de forma a possibilitar uma compreensão mais clara e objetiva das dimensões que se pretendem analisar.

4.2 Caracterização sociodemográfica da amostra

Foi realizado um conjunto de dez entrevistas a doentes profissionais, sendo que um dos entrevistados se encontra em situação de já certificação oficial de doença profissional, enquanto os restantes se apresentam como requerentes⁸. A amostra é constituída maioritariamente por indivíduos do sexo feminino (7) e com idades compreendidas entre os 35 e os 60 anos de idade. Relativamente ao nível de escolaridade é prevalecente a obtenção do ensino secundário, sendo que somente três dos entrevistados possuem grau académico. No que concerne à profissão abrange uma multiplicidade de áreas de atividade, incidindo particularmente no setor secundário. Ao nível da situação perante o trabalho, três estavam em situação de desemprego e sete eram trabalhadores por conta de outrem. A área de residência dos entrevistados é diversa, verificando-se a predominância da região norte do país, existindo apenas três casos provenientes da zona centro. No que respeita ao tipo de patologia detida, à exceção de um caso, verificou-se predominante a manifestação de doenças do foro músculo-esquelético⁹.

⁷ Ver anexo I, pág.: vi

⁸ Nesta investigação pretendeu-se, essencialmente, efetuar uma análise aos aspetos relativos ao percurso institucional e procedimentos subjacentes ao processo de certificação por doença profissional, não apenas circunscrita aos possíveis resultados desse processo. Note-se que, embora as doenças músculo-esqueléticas apresentem particular incidência, tendo em conta a amostra obtida, não foi propositadamente tomado como critério analítico o tipo de patologia, pretendeu-se sim, avaliar as implicações a ela associadas.

⁹ De forma a proporcionar uma leitura mais clara e expositiva dos dados sociodemográficos descritos, compôs-se um quadro. Ver anexo J, pág: vii

Capítulo V- Apresentação de resultados

5.1. A construção social de doença profissional para o doente

Em função das componentes analíticas definidas à luz do enquadramento sociológico, foi possível verificar a existência de determinados elementos transversais entre os entrevistados. Entre eles, numa primeira instância, verificou-se que o tipo de doença reflete o resultado de um esforço repetitivo e continuado no decorrer do exercício da atividade laboral, cujos primeiros sintomas foram sentidos no local de trabalho sem que, em algum caso, houvesse a evidência de patologias antecedentes e/ou relacionadas, que permitissem justificar o seu advento.

“Eu não tinha nada destes problemas, até ir parar ao hospital. Eu sei que foi tudo devido aos esforços do trabalho, aos esforços que fazemos lá.” E9.

“Foi no trabalho, a fazer esforços. A pegar em crianças, a subir e a descer com elas ao colo, materiais...tudo. Nunca tive outro trabalho, nem nunca fiz grandes esforços noutros sítios.” E10.

“Os primeiros sintomas foram no trabalho, enquanto trabalhava ao computador. Sentia dores no pulso e quando mexia no rato”. E1.

No entanto, há casos em que a possibilidade de descoberta decorre por consequência de um episódio de lesão ou acidente no trabalho, cuja patologia não se havia manifestado anteriormente. Tomemos em consideração dois casos que exemplificam esta ocorrência: o do entrevistado 8 e da entrevistada 9. A E9 era auxiliar de ação médica, lidando diariamente com indivíduos em situação de imobilização - essencialmente idosos - que carecem de auxílio constante para fazer face às necessidades diárias, desde o simples erguer da cama aos percursos realizados em meio hospitalar. Ao prestar auxílio a um paciente, fez um esforço inesperado não suportando o peso. Imediatamente, teve noção que era grave e que não poderia retomar os esforços habituais. Foi-lhe detetada uma hérnia discal, que considerou ser resultante de esforços continuados e não exclusivamente do trauma físico que sofreu. Em semelhança a este caso, o E8, que lida com materiais pesados na área dos comboios, no desempenho de uma das funções inerentes ao cargo de serralheiro que ocupa, realizou um esforço ao levantar um equipamento. Esforço que resultou na extrema dificuldade em voltar a mover o braço. Posteriormente ao seu caso ser tratado como sendo acidente de trabalho – conforme aconteceu com a E9 – comprovou-se a existência de uma doença profissional, sendo o diagnóstico epicondilite. Contrariamente ao caso do E8, a E9 não foi considerada como sofrendo de doença profissional, mas sim de uma doença degenerativa.

“Ao levantar, o doente caiu para o chão e eu fiz um esforço que...eu pensava que podia com o senhor, não é? Mas eu fiquei tão aflita! A enfermeira caiu e juntamente eu vou atrás também, claro que não consegui levantar o senhor. Quando me levantei, ouvi logo assim um estalo. Pensei logo: pronto, olha já está! E foi a partir daí que eu me comecei a queixar. E não posso, eu não posso fazer esforços, eu não posso voltar aquele trabalho a puxar doentes.” E9.

“O meu problema é um braço, deixei de o conseguir levantar. Já me vinha doendo, mas fiz um esforço lá no comboio, ao levantar senti o esticão. Mandaram-me para o seguro e o seguro diz que não tem nada a ver com eles. E, foi a partir dessa altura que nunca mais consegui levantar o braço na totalidade. (...). Eu trabalho em comboios, tanto posso ter de puxar com chaves...eu trabalho nos comboios, mas não sou revisor, nem maquinista, trabalho nas oficinas de material pesado. O meu trabalho foi sempre a puxar, a fazer esforços excessivos. Por exemplo, estava a puxar portas do veículo, eu e o meu colega, e aconteceu o que aconteceu.” E8.

De um modo geral, verificou-se uma maior incidência de doenças do foro músculo-esquelético que através do prolongamento do esforço conduz a uma redução das capacidades físicas, impossibilitando as pequenas práticas do quotidiano e incapacitando-os para o exercício da atividade profissional. Por isso, a noção de condição física apresenta-se como um elemento de suma importância nesta análise, pois para a generalidade dos entrevistados representa a capacidade de trabalho, o sentimento de utilidade e autonomia, bem como de sustentabilidade familiar.

“(...) Eu já trabalho desde os meus 11 anos. Trabalho há 41 anos e nunca tive problemas nenhuns, nem nunca me neguei a fazer qualquer tipo de trabalho. Agora sinto que sou um limitado. E8.

“(...) Só o meu ordenado é que entra em casa. A minha filha está a estudar na faculdade. Eu cada vez que estou de baixa, para mim é um bocado mau (...) é evidente que assim recebo bem menos do que se estivesse a trabalhar”. E5.

Embora os problemas de saúde num momento inicial possam, aparentemente, ser apreendidos pelos doentes como o desgaste físico resultante dos esforços contínuos no trabalho - muitas vezes devido a movimentos repetitivos em que não existe rotatividade de posto/função -, no decorrer do tempo e associado ao agravamento do seu estado de saúde a perceção do tipo e origem da doença são questionados. Assim, numa tentativa de identificar a perceção dos doentes face ao aparecimento de uma doença profissional, procurou-se averiguar se estes haviam sido esclarecidos e sensibilizados para a suscetibilidade dos possíveis riscos profissionais das suas atividades laborais. Constatamos que somente dois entrevistados haviam sido alertados nos seus locais de trabalho, quer pela entidade empregadora quer por ação de sindicatos - através da distribuição de folhetos informativos. Nestes casos tornou-se mais fácil identificar a causa da doença e a sua abordagem enquanto doença do foro profissional. Nos restantes casos, ainda que unicamente na fase inicial, observou-se uma certa dúvida relativamente à origem da doença, pelo que os entrevistados continuaram a trabalhar.

Esta questão remete-nos para uma dimensão fulcral quando se aborda a problemática das doenças profissionais: a tendencial indefinição em torno da existência das doenças profissionais. O modo como está definido o significado de doença profissional - como derivando direta e exclusivamente das condições de trabalho, gerando a incapacidade para o regular exercício da

profissão, e não o normal desgaste do organismo – aponta para que seja relativamente de clara percepção e identificação a origem da doença. Contudo, e pelo contrário, conforme se verificou na generalidade dos casos analisados a dúvida instala-se e conduz ao prolongar da exposição a fatores de risco. Isto, porque os indivíduos, num primeiro momento, não têm a total capacidade e informação para reconhecer os sintomas e a causa da doença profissional, principalmente, em casos cujo ímpeto é recorrer à reparação dos danos causados por “acidente de trabalho”, quando não o foi. Este tipo de incerteza e desconhecimento é mais visível quando se constata que os indivíduos tendem a dar continuidade às suas funções e a exercê-las como de habitual, descreditando o desconforto e dificuldades que possam sentir:

“Eu insisti um bocadinho a trabalhar, pensei que fosse um esforço muscular”. E6.

“(…) No trabalho, e já há bastantes anos que eu tenho sentido dores, mas não era tão grave (…).” E7.

Este aspeto demonstra, também, que os indivíduos mantêm um esforço acrescido até ao momento de quase total incapacidade física para o trabalho. É somente ao gerar inaptidão que os indivíduos procuram soluções. Como se disse, a consciencialização de se tratar de uma doença profissional requer a sua identificação e reconhecimento através do parecer da autoridade médica. Logo, o acesso a estes profissionais de saúde apresenta-se como uma das principais necessidades para os doentes. Não só pela necessidade de dar início ao processo de certificação por doença profissional, mas sobretudo para iniciarem o tratamento da doença com a qual sofrem.

“Eu tenho imensas dores. Dores constantemente. Estou em casa e não consigo fazer nada, é muito difícil. Tenho dois filhos, tenho muitos encargos e não consigo trabalhar, que é uma das coisas que adoro fazer. Eu não consigo trabalhar na minha profissão, depois de todo o investimento que fiz. Neste momento, o que eu queria era só resolver isto.” E2.

A recuperação para dar continuidade à atividade laboral é um imperativo nestes casos em virtude das implicações financeiras decorrentes da impossibilidade para trabalhar.

5.2 Diversidade de itinerários terapêuticos

O conjunto dos indivíduos entrevistados mostra diferenças nos percursos percorridos com vista à possibilidade de regresso ao mundo do trabalho. De um modo geral, a resolução do problema de saúde após uma doença profissional ter sido identificada é descrita em três vertentes: i) a consulta do médico do trabalho, ii) a consulta com o médico de medicina geral e familiar e iii) a consulta de médicos particulares – tanto da especialidade médica que o doente necessita, como de medicina geral. O diagnóstico é fulcral para o prosseguimento do processo de certificação. Evidenciamos, no quadro em

anexo¹⁰, uma tentativa de descrição da ordem e percursos realizados pelos doentes na procura de tratamento e de resolução do seu processo por doença profissional.

Na quase totalidade dos casos assiste-se à procura de diversos especialistas e à realização de múltiplos exames. O que se percebe é que o recurso a diferentes médicos decorre tanto da dificuldade de diagnóstico (e.g. dúvidas sobre a origem da doença), como pela procura de um tratamento considerado adequado e eficaz. Quando evidenciada uma substancial incapacidade do indivíduo para o trabalho, ou quando as funções laborais possam agravar a doença, urge a necessidade de prescrição de baixa médica. Contudo, ressaltam na análise dois cenários: i) o de ser tendencialmente atribuída/oficializada pelo médico de medicina geral e familiar uma baixa natural ao invés de baixa profissional; ii) a resistência do médico de medicina geral e familiar em autorizar a baixa do doente, dificultando ou fazendo estagnar o processo. Ambas as situações impossibilitam a justificação da ausência do trabalhador, podendo conduzir à sua demissão no posto de trabalho.

“(…) A médica passou [baixa] por doença natural. Já tenho tentado que a médica me passe por doença profissional, e ela passou uma vez, só que muito zangada, muito revoltada. (...) Eu tenho quase de praticamente implorar para ela me passar. Mas, ela parece que se sente muito forçada, fica mesmo muito revoltadíssima.” E7.

“(…) Por acaso a médica, a muito custo, lá vai passando a baixa por incapacidade profissional...”. E10.

“(…) Ando de médico em médico e isto não há meio de passar. Não posso andar a gastar sempre em médicos particulares, não é?” E6.

“(…) Ao centro de saúde, médicos particulares imensos mesmo. Por que como as dores eram muitas, não conseguia sequer lavar uma cabeça, pegar num secador, não conseguia nem fazer um corte de cabelo.”E2.

“Só que no SNS tu estás imenso tempo à espera das consultas (...) foi mais de um mês à espera da consulta da fisioterapia. Já ia num mês e meio até começar as sessões de fisioterapia. Depois, tive de ir ao Centro de Saúde pedir uma nova credencial. Ainda não estava tratado, ao fim da segunda credencial o que é que eles fazem: “ah, não lhe posso dar mais credenciais!”; “então não me pode dar mais credenciais porquê se eu preciso de ser tratado?”; “ah, por que o máximo que se pode dar são duas seguidas” (...) No privado consegui, ter uma boa resposta. Tinha um cuidado bom e adequado. (...) O tempo de resposta no SNS não é útil. Aliás, a médica de família, quando fui lá a primeira vez como tinha ido as primeiras vezes a consultas no privado – usando o plano de saúde que eu tinha no trabalho na altura- até me perguntou porquê que eu não continuava a ser tratado no privado. E eu disse que era cidadão e que tinha direito a tratar-me no SNS. Ela disse que “se você pode vai para o privado. (...) Fui ao privado por que já sabia que se fosse ao público não ia ter resposta adequada, nem em tempo útil. Preferi não deixar agravar isto e ir logo ao privado. Mas, pude ir ao privado por que por acaso tinha o dinheiro, senão (...)” E1.

¹⁰ Ver anexo L, pág.: vii

Nos casos em que a baixa por doença profissional não é atribuída ou não o é com a celeridade que os doentes necessitam, estes procuram tratamento nos serviços privados de saúde. Quando possível, esta opção apresenta-se como a solução mais rápida.

5.3 A construção de doença profissional para o médico

Pôde verificar-se a iniciativa dos próprios doentes na obtenção de diagnóstico e na procura de soluções para a sua situação. Se por um lado, a procura de diferentes pareceres médicos e opções de tratamento reflete a necessidade dos doentes fazerem face à morosidade e não-adequação das respostas institucionais, por outro, reflete também insatisfação com a relação com os médicos. Consistentemente os doentes denunciam comportamentos dos médicos que traduzem “insensibilidade” ou “incompreensão” sobre a incapacidade para o desempenho da atividade profissional:

“(…) Não me deu baixa nenhuma. E perguntei se era para continuar a trabalhar e ela disse: “Ah, você devia de parar”. E eu disse: “então, mas como é que eu continuo a trabalhar assim? Não me dá baixa?”. E ela respondeu-me: “Ah, então, você é novo, aguenta!” E1.

“Eu sei que isto foi tudo do esforço que fiz durante anos. Quando tive os primeiros sintomas do meu braço o médico disse-me: “Ah isso é de descascar batatas!”. Acha normal? Acha normal não achar que é de eu estar 8 horas seguidas a fazer o mesmo trabalho para ter este problema? Eu tenho aguentado muito...”. E7.

Segundo os testemunhos, ser doente profissional é visto pelo médico do trabalho e para o médico de medicina geral e familiar como sinónimo de preguiça e de não querer trabalhar, evidenciando uma tendência para a conceção de estereótipos e criação de uma categoria/classe/grupo de doentes, gerando processos discriminatórios e/ou estigmatizantes. Um outro ponto descrito pelos doentes diz respeito ao tipo de alternativas proposto, sendo que um dos principais discursos e recomendações tende a ser a mudança de emprego. Para os entrevistados, na generalidade dos casos, esta é uma opção para a qual não estão recetivos e que é definida como não atendendo àquilo que são as dificuldades e a vida dos doentes.

“(…) Fiquei muito chateada com a consulta, porque ninguém gosta de ouvir isto, não é? O senhor doutor, que estava ali “ao despacha”, que olha para as pessoas com o rei na barriga virar-se para mim e dizer: “Olhe, mude, mas é de emprego por que senão não consegue fazer nada e o patrão não lhe paga para estar parada!”. Juro-lhe, isto palavras dele! Eu saí de lá podre. (...) Tenho noção que eu no meu emprego, tenho emprego e chego ao fim do mês e recebo o meu ordenado e neste momento não dá para mudar de emprego. Por que, posso até mudar, mas estar meia dúzia de meses e depois ficar sem emprego logo a seguir, ficar desempregada. Não posso trocar o certo pelo incerto. Foi o que eu disse ao médico, é uma situação que nem pode ser discutível, eu mudar de emprego.” E5.

“Eles [médicos] pensam sempre é que nos estamos a aproveitar, assumem logo que nós queremos é usufruir de subsídios e não trabalhar. Falam logo assim e só dá vontade é de perguntar: “Então mas está-me a falar assim porquê? (...) Estou a falar dos médicos. Uma pessoa faz uma pergunta e eles começam logo a falar como se nos estivéssemos a aproveitar e não trabalhar. Viram o discurso contra ti, como se não quisesses trabalhar. É a postura deles. É ridículo. Não percebo, ao menos respeito, não é assim que se tratam as pessoas. Foi o meu caso, agora não sei como é. Foi sempre assim.”E1.

Os aspetos salientados, associados ao descrédito que os doentes aparentam sentir, demonstra o quão necessário e importante é haver um diagnóstico rápido e adequado na cadeia dos procedimentos fundamentais ao processo de certificação. Mais ainda porque o diagnóstico é basilar para que se impeça a progressão da doença ao ponto de não se tornar crónica – condição que caracteriza a doença profissional - como ocorreu em alguns dos casos analisados.

“[O processo] Tem mesmo de ficar resolvido por que eu não consigo fazer nada, não consigo fazer um corte de cabelo por que tenho de estar com os braços levantados...e eu tenho os exames de uma tendinose crónica, percebe?” E2.

“(...) Isto é uma doença que me vai levar até ao resto da minha vida...” E3.

Apesar da ação médica ser determinante para um quadro clínico menos grave, a imprecisão na deteção de uma doença profissional e o prolongamento da fase inicial de análise, constitui também um dos principais entraves ao desenvolvimento dos processos de certificação. Este é um dos trâmites fundamentais quando o problema é uma doença profissional e, uma vez ultrapassado, os doentes procuram dar início ao requerimento de certificação, de forma a obterem o reconhecimento legal da sua patologia. Neste sentido, com o intuito de averiguar o nível de conhecimento dos indivíduos face aos procedimentos necessários a realizar, concebeu-se um conjunto de questões que permitiram apurar que, de um modo geral, existe um desconhecimento relativamente ao que é estritamente necessário, aos locais onde são avaliados e formalizados os processos de doença profissional e, mesmo no âmbito informativo, que entidades contactar. Pese embora os doentes tendam a informar-se quanto aos procedimentos e normas a seguir, tendo noções gerais – por intermédio de terceiros e/ou indivíduos em situação semelhante, e por iniciativa própria pesquisando e realizando diversos contactos, tanto telefonicamente como pessoalmente, a fim de obter informação fidedigna –, constatam a existência de um nível deficiente de informação disponibilizada pelas entidades responsáveis pelo atendimento, aconselhamento e resolução dos processos de doença profissional. Além disso, os doentes relatam de igual modo, que nem todos os médicos têm conhecimento de quais os procedimentos a realizar e como os realizar.

“(...) Eu fui aprendendo. Fui sabendo por intermédio de outros, por que eu também tenho um colega meu que trabalha comigo e que também está com doença profissional. Está na mesma situação que

eu. E, nós fomos comunicando e comunicando e pronto. Uma pessoa ouviu daqui e de acolá e vai sabendo.” E6.

“(…) Só na minha empresa, comigo, eu já sei de três casos em que se está a passar exatamente a mesma coisa. E fui eu que revolucionei um bocadinho ao querer saber se haviam processos, se não haviam processos...Por que sei que há mais duas colegas minhas que também fizeram telefonemas para a Segurança Social e a elas também não dão resposta.” E5.

“(…) Eu fui tentar saber como fazer e quando estive de baixa, quando fui à médica de família, como hei de dizer...vou mesmo dizer ensinada por que foi mesmo, ela foi mesmo ensinada pelo médico da minha fábrica para saber como fazer por que ela nem sabia que baixa passar. Entrou em contacto com o médico da minha empresa e foi ele que lhe disse como é que havia de fazer. E eu sei que estive de baixa e não foi uma baixa natural, foi uma que pressupõe uma doença profissional. E foram três documentos, um para mim, outro para a empresa e outro para a Segurança Social.” E5.

“Foi muito complicado. Eu vasculhei muito, pesquisei muito, insisti muito a tentar falar com as pessoas para saber como é que eram as coisas. A minha médica, a própria médica nem sabia como eram as coisas. Ela assim: “Veja bem que há tantas formas e eu não sabia que isto se processava desta maneira”. (...) Eu não sabia nada de nada.” E3.

Na generalidade dos casos estudados, os indivíduos afirmam que, embora contactem os serviços responsáveis, não obtêm quaisquer informações relevantes à forma como iniciar o processo ou, uma vez iniciado, como está a ser conduzido. A escassez de informação crucial – em termos de etapas, percursos, documentação, etc. – é descrita como uma condicionante de enorme relevo no decurso do processo, incrementando o desconhecimento dos indivíduos face às direções a seguir nessas circunstâncias. Por meio dos testemunhos concedidos, comprovou-se a efetivação de sucessivos contactos por parte dos doentes, cujas múltiplas tentativas se apresentaram infrutíferas, visto afirmarem que os contactos disponibilizados pelas instituições competentes se encontram inativos ou encontrando-se ativos não existe atendimento.

“Quero saber da minha situação, e os números que me dão não estão ativos. Aliás há números de Lisboa, chamam... eles chamam, só que ninguém atende. E há um do Porto também, que também chama, mas que ninguém atende. Os outros não, os outros não estão ativos. Eu na altura fartei-me de ligar para muitos números e dados mesmo pela Segurança Social. E lá dizem que é impossível isto acontecer porque é este que é o número, mas o que é certo é que é assim que é e que funciona, mas pronto...”. E2.

“É que de Lisboa, toca, toca, toca e ninguém atende, quer dizer às vezes nem toca dá logo chamada terminada praticamente. E, os da área do Porto, dizem que estão desativados. (...) Dizem que só por marcação, só que não atendem e eu não sei como marcar nada. Nem sei os locais próprios. Tirei, como lhe disse, os contactos da internet, só que não há nenhum que me atenda. (...) Para Lisboa já fiz dezenas de chamadas. (...) É que uma pessoa não sabe de nada e assim ainda fica a saber menos.” E5.

“Já fez um ano que entreguei os documentos em Valadares. (...)Eu achei e acho que está a demorar bastante tempo. Fui lá já há cinco meses e disseram-me lá que os processos estavam muito demorados e que tinha que aguardar. E eu continuo a aguardar...(...) Eu costumo ir lá pessoalmente. Não é fácil chegar lá, mas vou. (...) E depois chegamos lá, e dizem-nos: “se o senhor não recebeu a chamada para vir cá, tem de aguardar, só vem quando for contactado...Portanto você agora aguarde, não podemos fazer mais nada”. Fui lá a primeira vez, fui lá a segunda e a resposta é sempre a mesma.” E8.

Por outro lado, e de acordo com as informações recolhidas por parte dos entrevistados, quando a documentação necessária e comprovativa de doença profissional é entregue dentro da conformidade e correspondendo aos procedimentos expectáveis, os indivíduos encontram-se numa posição de desconhecimento e não acesso ao real ponto de situação relativo ao seu caso – sendo a única opção aguardar o contacto dos serviços competentes, o qual é moroso conforme o descrito pelos entrevistados.

“Acho que cada uma [entidade] trata de uma coisa, mas que não existe nada a interligá-las. Como lhe disse, devia de haver uma entidade intermediária que conseguisse tratar os casos e contactar mais rapidamente as pessoas. Assim havia respeito por quem está nestas situações.” E10.

“(…) Talvez que houvesse um serviço responsável por tudo, que não se tivesse de tratar das coisas em sítios diferentes (...)” E5.

A posição dos doentes é clara relativamente ao desagrado que demonstram face ao modo como os serviços responsáveis atuam e gerem os processos de doença profissional, apontando assim como possível solução que permitisse agilizar os processos, a criação de uma entidade intermediária destinada à informação, contacto e acompanhamento dos casos.

5.4 Itinerários terapêuticos: condicionantes e (in)viabilidade

Tomando em consideração uma das questões mais pertinentes para o entendimento daquilo que podem ser as dificuldades dos doentes, procurou averiguar-se o modo como são conduzidos os processos e, fundamentalmente, o tempo de espera e de resolução dos casos analisados. Pôde, então, verificar-se que aquando de um desconhecimento dos percursos institucionais a seguir, os indivíduos buscam encontrar alternativas resolutivas ou explicativas de como gerenciar o processo. Uma vez entregue a documentação inerente ao organismo responsável – DPRP –, o passo seguinte prende-se com o diagnóstico médico – efetuado por especialistas da área de saúde em questão ao serviço do DPRP – que permita corroborar, ou não, a presunção de doença profissional e posteriormente proceder à certificação da doença e à graduação da incapacidade. Encontramos nos testemunhos recolhidos, dois cenários dissemelhantes: i) um assente na inexistência/morosidade da convocatória para a consulta e ii) a realização da consulta, no entanto, com parecer médico insatisfatório para os doentes, na medida

em que não comprova o nexo de causalidade ou não reflete o real estado de saúde dos requerentes.

“(…) Não de todo! Não tem nada a ver! Aliás, aos médicos que fui e que digo qual a percentagem que me deram, eles até se riem. Realmente! Riem-se, mas depois dizem-me: “vai a este médico, vai àquele”. E2. “Deram-me só incapacidade temporária. Não foi incapacidade parcial, (...) ou seja, eu posso continuar a trabalhar só temporariamente é que não posso. (...) começa-me a doer e tenho de parar, tenho de ser tratado outra vez. (...) Eu tenho um problema, por que tenho tido recaídas de seis em seis meses. Basicamente, eu devia de ser incapacitado para trabalhar neste tipo de profissão, mas não foi dado nada disso. E1.

De entre os casos analisados, constatou-se em todos eles um elevado tempo de espera até à receção da convocatória, compreendendo um período entre dez meses (caso mais recente) e trinta e seis meses. O acesso a informações por parte do DPRP é possível através de atendimento presencial, previamente agendado, conforme o descrito no parecer institucional, embora na quase totalidade dos casos analisados (9) tenham sido manifestadas as imensas dificuldades sentidas nas sucessivas tentativas de contacto para com a instituição. Como supra mencionado, uma das principais limitações para os doentes prende-se com o facto de não obterem um atendimento concreto e explícito do estúdio em que os seus processos se encontram - não conseguindo um atendimento por parte das repartições oficiais do DPRP, nem estando informados de como poderão contornar essa dificuldade. Este atraso acarreta para o doente um conjunto de constrangimentos que tendem a complexificar-se à medida que o tempo de espera vai decorrendo. É também neste período de espera que os doentes procuram inteirar-se do estado do seu processo, não só devido a uma não resposta em tempo considerado útil – que compromete os mais diversos campos das suas vidas – mas principalmente porque a não comunicação de qualquer informação relativa ao processo suscita dúvidas, receios e dificuldades, refletindo-se num quadro de descrença no sistema, clima de desespero, insegurança e de gestão de conflitos ao nível das necessidades.

“Desde o início do meu problema, há 3 anos que ando em baixas e foi quando pus os papéis. Só que há um ano e meio que não consigo saber de nada, está a perceber? E faz um ano que não recebo, cortaram-me a baixa. Só que também não me dizem: “Não tem doença profissional nenhuma, vá trabalhar”...E aí eu reclamava ou procurava outros meios. Só que nem se pronunciaram, não disseram nada, simplesmente cortaram. E eu ando à espera que se pronunciem, já lá vai um ano que não pagam. (...) Estou há um ano a viver de dinheiros emprestados...Eu tinha uns dinheirinhos numa conta bancária, mas tive de os ir gastando para sobreviver. Agora é com o que me emprestam, estando eu na expectativa de que vou receber qualquer coisita e que possa pagar a quem me empresta. Mas, já nem sei...(…) Estou há um ano a viver de dinheiros emprestados...Eu estou a viver de esmolas...e estou na iminência de saber se me pagam ou não. Suponhamos que até nem me pagam, onde é que isto vai parar?” E10.

Este último ponto diz respeito ao confronto entre aquilo que é a condição de saúde e aquilo que são as necessidades dos doentes, isto é, no período de espera, tendo em conta que ao invés de se verificar a

regressão/atenuação da doença esta tende a agravar – juntamente com os encargos com a saúde que se elevam –, os doentes passam a não dispor de recursos económicos, e não estando em condições de saúde que permitam trabalhar nem em posição de obter outras fontes de rendimento, optam por: ou ir trabalhar sem capacidade para tal, colocando ainda mais a sua saúde em risco, ou esgotando todo o período de baixa possível e na ausência de rendimentos ou condições económicas favoráveis, iniciam um processo de seleção entre o “importante” e o “indispensável”.

“(…) Quero pagar a minha renda ao banco e já tenho dinheiro em falta, estou completamente limitada. (...) O que me deixa pior é que agora se não me pagarem [a baixa] (...) eu vou ter de ir trabalhar neste estado (...) Mas ou é isso, ou perder a minha casa. A minha casinha não...Eu estou tão triste, acredite, eu não sei o que fazer da minha vida!” E4.

“Umás colegas minhas dizem para quando não aguentar meter baixa. Mas, 300€? É que eu agora estou sozinha...(…) Não consigo viver com 300€ a pagar rendas etc. (...) Até sem casa devo ficar, não posso ficar só com os 300€ da baixa. Isto acaba por vir complicar tudo, o que me vale é que sou uma mulher de força. Só não devia ter deixado isto da doença arrastar...está a ser muito duro. Eu sou forte, mas vai-me doendo aos poucos.” E7.

“Olhe, como é que eu consigo? Tenho o meu filho, e tenho um familiar meu que está aqui em casa e que me vai ajudando na renda da casa, por que eu não posso largar a minha casa. Tenho as minhas coisas e não vou viver para a rua, como é óbvio. E, pronto, tinha algum dinheirinho que tinha de parte antes de tudo isto e é assim que eu vou sobrevivendo. Tenho um dos meus filhos que mora perto de mim e que me vai ajudando, mas nem sempre pode, não é? Tem uma criança. E, pronto, é assim a minha situação.” E9.

Os doentes que inicialmente possuíam uma condição económica mais confortável, utilizaram como estratégia o recurso ao aconselhamento e ação legal, por parte de um(a) advogado(a) tornando-o(a) encarregue da mediação do processo (na tentativa de obter primeiramente uma panóplia de esclarecimentos que lhes permitam compreender quais os direitos e deveres enquanto doentes profissionais, bem como um mais rápido e maior nível de informação acerca do estado do seu processo). Esta alternativa visa essencialmente exercer alguma pressão e precisão na avaliação dos requerimentos enquanto doentes profissionais expectantes de uma resolução clara e célere. Contudo, verificou-se que mesmo interpondo a ação de um representante legal, a resposta institucional é tendencialmente a mesma, ou seja, nos casos das doentes E2 e E10, a advogada não obteve qualquer resposta.

“(…) A minha disponibilidade económica não dá para me meter em advogados! Eu aguento ao ponto de estar a comprimidos, cotoveleiras elásticas, gelo, pomadas para aguentar trabalhar para não ter de ir para a baixa, imagine. Não tenho mesmo possibilidade para isso...” E5.

“Eu meti uma advogada, ela disse que ia tratar do assunto. (...)Não há resposta nenhuma! Ela já meteu [os papeis] em Novembro do ano passado. Ela não obteve resposta e eu não obtive resposta.

(...) A advogada diz que não tem resposta, que manda e-mails e tudo mais e que não consegue saber.” E2.

“ Eu já estive com um advogado, ele mandou uma carta direcionada aos serviços competentes (...) e disseram que faltava um relatório médico, que já enviei duas vezes e há mais de um ano, uma que fui eu diretamente à Segurança Social para juntar ao processo e outra que o advogado também enviou. Mas mesmo assim, (...) foi preciso um advogado. Já passou um ano e nada.” E10.

Os doentes e os seus familiares próximos tendem a deslocar-se e visitar pessoalmente os estabelecimentos que pensam ser responsáveis, a saber e principalmente, o Instituto de Segurança Social. No entanto, nenhum dos serviços que visitam lhes concede qualquer informação viável e/ou útil, alegando desconhecimento dos processos em causa. Face a esse panorama a solução resume-se à espera pelo contacto.

“(...) Aquilo que fiz foi ir à Segurança Social e disseram: “Ah, isso não é connosco, isso é em Lisboa”. Eu não encontrei nada que dissesse para onde ligar ou onde ir, nem lá me disseram qual era a entidade que lidava com isto. Só diziam que não era nada com eles, que era com Lisboa. Ninguém me disse: “olhe, ligue para aqui” ou “vá ali”, ou “são assuntos internos e não podemos informar”. Basicamente, não me disseram nada, não me deram informação nenhuma! Não era com eles, que era só em Lisboa e talvez houvesse também no Porto. A esse nível, deixa muito a desejar. Não há uma coisa que diga onde ir e o que fazer que se perceba bem. Nem lá nos serviços foram capazes de dizer: “Olhe, vamos ligar, vamos ver o que se passa com o processo etc. etc. etc.”. Nada, não querem saber! Eu não acho que esteja nada claro, tive muito que procurar, e mesmo assim...Para o comum dos mortais, não está informação nenhuma clara, não se consegue. Até em termos de direitos...uma pessoa não sabe de nada, e pior: não tem como saber!”. E10.

“Fui tentando contactar, mas nunca soube como é que estava o processo. Fui lá pessoalmente duas ou três vezes para perguntar como é que estava a situação, quanto é que era pago etc...e diziam-me: “ah, isso agora tem de ser avaliado e provado por um médico, mas nós agora não temos médicos.” Disseram que estavam com falta de médicos, que tinham de contratar médicos e que não podiam, que estava a demorar mais tempo. Mas, cheguei até a enviar três ou quatro cartas a pedir esclarecimentos para o departamento dos riscos profissionais e até diretamente para o diretor. Nunca recebi resposta. Perguntei como estava o processo, se faltava alguma coisa, se tinha sido deferido ou indeferido. Nem um e-mail, nem carta, nada.” E1.

Segundo o parecer da advogada do trabalho/informante legal contactada, uma das primordiais condicionantes no quadro das doenças profissionais são os próprios doentes profissionais que, estando confrontados com um problema de saúde, não conseguem por si só fazer face aos problemas, essencialmente pela falta de apoios, quer institucionais, quer sociais. A esfera institucional é apontada como um obstáculo de grande relevo, na medida em que, ao invés de promover a superação dos obstáculos associados ao padecimento de uma doença profissional, complexificam-se os processos,

não fornecendo respostas concretas e diretas de como proceder e o que esperar. Além disso, as irregularidades referentes ao cumprimento dos prazos por parte das instituições são recorrentes, sendo que aparentemente, na prática, os prazos se aplicam unicamente aos doentes. Nos casos de doença profissional, a intervenção de um representante legal é, mediante a sua experiência, meramente processual, exercendo uma ação primeiramente voltada para a mediação e para a via extrajudicial. Quando impossível ultrapassar os problemas neste modelo, são acionados dispositivos legais recorrendo-se à via judicial, de forma a fazer cumprir direitos e garantias.

É igualmente apontado como constrangimento bastante comum a questão da resistência de classificação de doença profissional, quando os indivíduos comportam um conjunto de antecedentes médicos, passíveis de estar relacionados com a doença profissional. Sucede que certos doentes não são classificados como doentes profissionais porque existe um outro problema de saúde que se destaca, por vezes com maior gravidade que os problemas gerados pela doença profissional – sendo essa a justificação para que se substitua a baixa profissional por baixa natural.

Este comportamento descreve o caso da E4, técnica de metalomecânica que, sofrendo de uma doença profissional (epicondilite), se deparou com a deteção de um aneurisma cerebral e sofreu a referida alteração na sua baixa quando se preparava para efetuar uma cirurgia ao braço depois de um ano a aguardar pela mesma. Com a alteração do tipo de baixa, deixou de auferir quaisquer rendimentos, colocando-a numa situação de impotência para enfrentar tanto os graves problemas de saúde de que sofre, como a fragilidade económica em que se encontra.

“Na altura pedi baixa profissional, mas descobri um aneurisma cerebral e passaram-me para baixa natural, quando eu estava já à espera para ser operada ao braço. (...) E, em junho, fui chamada para me darem a doença profissional. Aí, não percebo porquê passaram-me para baixa natural. O aneurisma não tem nada a ver com a outra doença, que é profissional. (...) Vou perder a minha cirurgia (...), por que se eu não recebo tenho de ir trabalhar. O braço não melhorou, apesar de eu ter estado de baixa por causa do aneurisma, o braço não melhorou, mas pronto.”E4.

O relato da entrevistada 4 é também revelador das condições em que os doentes se apresentam para o exercício da sua atividade laboral, neste caso concreto, numa posição de completa debilidade e incapacidade, colocando a saúde e vida em risco. Neste sentido, preocupou-nos, de igual modo, avaliar a reação e o comprometimento das entidades empregadoras aquando de situações de doença profissional, que abordaremos no ponto seguinte.

5.5 O papel e a importância da entidade empregadora

Neste ponto da análise, propomo-nos a abordar componentes que permitem descrever aquilo que é, efetivamente, o mundo do trabalho quando conjugado com a doença. Se falar em doença profissional

pressupõe, à partida, a existência de riscos em meio laboral, ou de especificidades especialmente desgastantes associadas a uma atividade, torna relevante questionar o papel e ação das entidades empregadoras no quadro da prevenção e do acompanhamento dos trabalhadores. A questão da obrigatoriedade, em matéria de legislação laboral, pode ser interpretada como tentativa de maior consciencialização da necessidade de proteção do trabalhador face à multiplicidade de riscos no contexto ocupacional, inculcada nos empregadores através da correspondência ao regime normativo. No conjunto dos casos estudados foi possível verificar que, de forma geral, os indivíduos não foram sendo alertados para o conjunto dos riscos que as suas profissões acarretam no decorrer do tempo em que exerceram a sua atividade, sendo praticamente nula a tomada de medidas preventivas. Não obstante, consolidada a doença de presumida origem profissional, constatou-se que somente em dois dos casos foi manifestada uma preocupação com as incapacidades do trabalhador, procurando-se efetuar um ajuste de funções para com aquilo que eram as limitações apresentadas pelo trabalhador doente. É necessário retirar a pessoa do cargo/funções à mínima manifestação de desconforto no trabalho, de forma a não desenvolver a patologia. Não acontecendo, irão existir mais encargos com os danos. Embora esta flexibilidade por parte da entidade patronal se verifique – procurando, de certa forma, colmatar alguma improdutividade do trabalhador –, é considerada redutora, no sentido em que o trabalhador realiza a sua atividade, porém, com uma diminuta exceção para aquilo que demonstra ser incapaz de executar.

“(…)Eu falo com o meu chefe e ele consegue tentar: “Vai fazendo aquilo, vai fazendo aqueloutro...”. Mas, pronto, não posso esforçar, mas tenho de fazer o trabalho, não é? Não é fácil. (...) Que pode fazer o meu chefe? Não pode fazer mais do que aquilo que já facilita...no sentido de eu não fazer certos trabalhos, acho eu...” E8.

“O médico lá do trabalho pôs na ficha de aptidão para pelo menos eu não fazer coisas com peso superior a 10kg. (...) Ali é muito difícil, mesmo estando escrito na minha ficha de aptidão que não posso pegar em peças com mais de 10kg, ainda assim é muito complicado! Por que para não o fazer tenho quase que fazer uma guerra com o chefe de área. Eles mandam-nos fazer aquilo que sabem que a gente não pode!” E5.

“E depois outra coisa, o médico do trabalho coloca as minhas limitações e eles não cumprem depois com isso...já me fizeram assinar papeladas, que eu protesto e não assino. Dizem que me fazem uma participação disciplinar por duvidar da competência. Está a ver as complicações que isto está a gerar? Meteram lá que eu podia com 10kg, mas isso não é verdade e quando disse que não podia e queria mudar de secção, praticamente mandaram-me para o outro lado. O médico tem sempre esperança que me coloquem noutra coisa, mas até à data de hoje não tenho visto nada e quando me passam é para pior, e o médico da empresa não tem conseguido fazer nada. Se é que tem tentado fazer alguma coisa. Eu não estou a inventar doença nenhuma, eu tenho tudo lá.” E7.

De acordo com os testemunhos recolhidos, a reação das entidades empregadoras pode ser descrita pela indiferença perante os problemas de saúde dos trabalhadores, não sendo efetivados mecanismos e/ou ações com vista à readaptação do doente. Importa reter ainda, que o que vigora no sistema português relativamente às doenças profissionais, no que respeita à reparação dos danos, é um regime de responsabilidade social – competindo ao DPRP a respetiva reparação de danos. O papel da entidade empregadora apresenta-se, nesta análise, como sendo uma componente fulcral na gestão do processo de doença profissional para os trabalhadores. Tal, deve-se ao facto de o posto de trabalho ser um elemento determinante, quer do ponto de vista financeiro quer simbólico, na vida dos indivíduos, interferindo e sofrendo interferências diretas com o processo de adoecimento. Assim, a ação interventiva da entidade empregadora, ao nível da prestação de apoio e flexibilidade na apresentação de soluções que não coloquem em risco o posto de trabalho é determinante tanto para a recuperação do estado de saúde do trabalhador como para a organização, que evita uma produtividade deficitária se aquele não estiver em plena condição de saúde. No entanto, observou-se que, por oposição ao que era expectável por parte dos doentes face à atitude da entidade empregadora, esta não acede às dificuldades dos trabalhadores e tende a agir de forma penalizadora.

Colocando em evidência o percurso da entrevistada 7, operadora especializada em eletrónica que exerce atividade na mesma organização há cerca de vinte e sete anos, tendo desenvolvido epicondilite, afirma que se sente penalizada, na medida em que não lhe é colocada a hipótese de alteração de função para outra de maior compatibilidade. Ao invés, tem sido colocada em funções em que são necessários esforços mais elevados e para os quais não tem capacidade, tendo igualmente sofrido uma redução no vencimento, como “sanção” pela sua suposta improdutividade. Além disso, a incompreensão dos superiores hierárquicos e dos colegas de trabalho, traduz-se naquilo que afirma como sendo manifestações de discriminação, na forma de repreensões, descrédito e troça das suas limitações, uma vez que as próprias recomendações do médico do trabalho não são tidas em linha de conta. De destacar que, assim como a entrevistada 7, para a maioria dos entrevistados, está saliente a sensação de que a entidade empregadora pondera prescindir do trabalhador doente, principalmente no caso dos entrevistados com idades em torno dos cinquenta anos, como forma de descartar eventuais responsabilidades ou prejuízos para a empresa. Este é, também, um dos aspetos apontados pela advogada do trabalho, quando refere que os empregadores, por norma, não facilitam a mobilidade do trabalhador na passagem de umas funções para outras mais compatíveis com as suas incapacidades, cumprindo exclusivamente as imposições legais e frequentemente culminando na cessação do contrato de trabalho do trabalhador doente¹¹. No que toca ao apoio por parte da entidade empregadora, afirma que este é mais visível ao nível das empresas de menor dimensão.

¹¹ De acordo com o previsto na Lei, o empregador encontra-se obrigado a ocupar o trabalhador que contraiu uma doença profissional, da qual resultou incapacidade, em funções compatíveis e condições de trabalho adequadas com a incapacidade apresentada – incluindo os casos em que o trabalhador possui um contrato de trabalho a termo. No entanto, o empregador pode declarar impossibilidade de garantir essa ocupação, se, devidamente

“(…) Cada vez me estão a colocar em trabalhos mais complicados nas 8 horas em que é sempre o mesmo tipo de trabalho. (...) Cheguei a dizer que o médico não me aconselhava a fazer isso e a resposta dele foi: “Então o médico que venha para aqui trabalhar” (...) Estou a ser penalizada. Estou a ser discriminada. Ele próprio me disse, o chefe, que eu estava a ser discriminada. Ele disse-me assim à boca cheia, em alto som, com as colegas a ver: que eu não dava conta do trabalho. (...) No trabalho parece que pensam que não quero trabalhar. (...). Com o chefe a falar-me mal (...) as minhas colegas que assistem dizem logo que se eu me mexer que não testemunham nada...é tudo junto. Infelizmente, só vejo é no dia-a-dia que me querem despachar”. E7.

É neste contexto que a intervenção do médico do trabalho é crucial, especificando quais são, efetivamente, as limitações do trabalhador – avaliando de igual forma o local de trabalho e as funções dos indivíduos. De acordo com o parecer do médico do trabalho recolhido nesta pesquisa, as questões referentes à entidade empregadora e àquilo que é realmente levado em consideração no âmbito da doença profissional, apresentam-se como estando envoltas em controvérsia. Controverso porque, embora o parecer defenda que existe uma relativa facilidade na realização dos procedimentos necessários à redação da participação obrigatória no momento em que se suspeita da existência de uma doença profissional (ainda que haja uma certa dificuldade em casos cuja comprovação careça de mais dados e/ou exames médicos), nem todas as manifestações de doença podem ser interpretadas como resultantes do trabalho. É necessário que se verifique um período de tempo considerável para que a doença possa ter um tempo de existência. A seu ver, se um trabalhador desempenhar de forma errada as suas funções, não pode ser considerado como doença profissional o resultado daí advindo. Não obstante, constata igualmente que o critério de análise para as doenças profissionais, quando assente na definição legal do que é ou não considerado doença profissional, é lato – o que acontece, por exemplo, ao nível da tendinite (que considera ser a patologia da atualidade), ou seja, pode ser descrito como sendo uma situação nebulosa, no sentido em que é bastante difícil o seu enquadramento na doença profissional. No conjunto daquilo que perfaz a experiência do médico do trabalho em matéria de doenças profissionais, este afirma que os trabalhadores tendem a evidenciar a suspeita de patologias do trabalho e consequentes queixas face às condicionantes físicas que as patologias lhes provocam a partir do momento em que já se encontram numa posição de segurança face ao posto de trabalho que detêm; isto é, quando os seus contratos de trabalho lhes conferem a certeza da sua continuação na empresa. Por outro lado, refere ainda que existe uma relação de quase “contágio”, no sentido em que havendo a informação de que um colega de trabalho é portador de doença profissional, surge nos restantes indivíduos, ao mínimo sintoma de desgaste físico, a presunção de que o quadro sintomatológico que apresentam é também possível de ser encarado como doença profissional. Este panorama em meio laboral e por via da observação que efetua é para o médico do trabalho, em grande

avaliada e comprovada pelo organismo público responsável, o IEFPP - Consultar art.º 156º e 161º da Lei n.º 98/2009 de 4 de setembro.

medida, o reflexo de não querer trabalhar. Considera existir, de igual forma, uma franja da população trabalhadora que ao sofrer determinados “acidentes” exteriores ao trabalho, tende a forjar sintomas criando alguns sinistros de forma a que (aparentemente) se verifique uma relação de causa-efeito. Neste plano, os meios complementares de diagnóstico passam a ser cruciais, pois dotados da precisão que possibilita a comprovação ou não.

De um outro prisma, é também referida a igual fragilidade do médico do trabalho no que respeita ao exercício da sua atividade laboral: um médico do trabalho não pode limitar-se a prescrever condições especiais de trabalho ou a participar a suspeita de doença profissional a todos os trabalhadores que a ele recorram (expondo o conjunto das complicações de que padecem). Tal é justificado pelo facto de que o próprio médico do trabalho necessitar de ser criterioso nas suas funções, efetuando até um exercício de seleção de entre o quadro dos trabalhadores doentes, uma vez que o seu cargo é passível de ser colocado em risco, por meio da dispensa. Nas empresas – segundo a sua experiência – exercem determinada pressão para com o médico, na medida em que com demasiados trabalhadores com incapacidades não se prevê rentabilidade – visto que resultará inevitavelmente no decréscimo da produtividade. Esta posição de fragilidade por parte dos médicos é também apreendida, por vezes, pelos pacientes, como afirma o entrevistado 1:

“(…) O facto de o médico do trabalho ter logo feito e encaminhado as papeladas com a descrição da doença, da origem etc., talvez ajude ao processo ser mais célere. Mas para sincero, acho que os médicos também têm medo...As pessoas atiram as responsabilidades de uns para os outros”.

Se o comprometimento das entidades empregadoras pode, através deste argumento partilhado pelo médico do trabalho, conduzir a um questionamento acerca da sua ação para com os trabalhadores doentes, como procede a entidade empregadora quando a gravidade das doenças comportadas pelos trabalhadores é elevada? Tomemos em atenção o caso da entrevistada 3, técnica de farmácia de 46 anos. Trabalhou 26 anos na farmácia onde, por falta de isolamento entre o laboratório e o respetivo espaço farmacêutico, contraiu um vírus que conduziu ao desenvolvimento de uma doença autoimune – a doença de *Behçet* – que lhe causou além de graves anemias, problemas na medula, carência de vitaminas, metaplasias ao nível do trato digestivo, retirando-lhe substancial qualidade de vida. Quando a entidade empregadora tomou conhecimento da sua condição de saúde, a sua reação foi de total descomprometimento para com o sucedido, e embora o seu grau de incapacidade fosse elevado, não se verificou qualquer apoio nem sequer qualquer possibilidade de manter o seu posto de trabalho (mesmo após a sua recuperação).

“Assim que eu cheguei e tive uma reunião com os meus patrões e lhes apresentei o que tinha eles disseram-me logo: “reforma-te por que não tens aqui lugar”. Foram as últimas palavras deles. (...) E, disseram-me uma coisa que eu nunca mais me vou esquecer, nesse dia eu tive a certeza absoluta que eu não voltava mais àquela casa. Eles disseram-me: “estás por tua conta”. Isto custou-me muito, por que eu trabalhei lá 26 anos, nunca disse um *não*. (...) Eu ainda propus um *part-time*. Eu tinha

imensos clientes, tenho noção. Eles até me disseram uma vez que lhes dei imenso prejuízo a partir do momento em que fiquei doente. Mas eu também não consegui estar a trabalhar.” E3.

Este caso remete-nos para outro ponto de análise: o do processo de identificação do que é ou não doença profissional. Tal aspeto será abordado de seguida.

5.6 Descoincidência entre os entendimentos Médico e Jurídico

A situação da entrevistada 3 reflete os contornos dúbios da identificação de uma doença profissional. Primeiramente, porque não havia relacionado o seu problema de saúde com a atividade laboral que desenvolvia até ao momento do parecer médico; por outro lado, a doença de que passou a ser portadora não consta ainda na listagem das doenças profissionais existentes, sendo uma patologia muito recente no campo da medicina. Os profissionais de saúde que conduzem o seu processo afirmam, contudo, que apresenta todo o quadro clínico para que o seu caso seja cuidado e encarado como doença profissional. Este é um dos casos que, confirmado onexo de causalidade e que o seu estado de saúde é devido à sua exposição aos demais fatores de risco no local de trabalho, a doença poderá vir a ser incorporada na lista de doenças profissionais.

Neste sentido, recordemos o caso da entrevistada 9, um caso de hérnia discal considerada de origem degenerativa. Segundo o parecer do médico do trabalho e após consulta da lista de doenças profissionais, constatou-se que hérnias discais não são consideradas doenças profissionais – salvo casos cujo diagnóstico médico confirme, com precisão estrita, a sua ligação direta com as funções realizadas. Mediante o discurso do médico do trabalho, nem tudo pode ser atribuído à doença profissional, no caso da hérnia discal a dificuldade reside no facto de que todo o indivíduo se encontra sujeito ao longo da vida a contrair esta patologia por meio dos esforços do dia-a-dia, logo que não contemplam somente aqueles que são inerentes à atividade laboral que se desempenha, considerados por isso dentro do âmbito do “regular desgaste do organismo”. Voltando ao caso da entrevistada 9, na sua perspectiva esse argumento não é de todo aceite, alegando que o problema que tem é o reflexo de dezoito anos de esforços contínuos na unidade médica em que trabalhou. Mesmo recorrendo à via judicial, e após a avaliação dos exames realizados, o diagnóstico manteve-se, colocando-a numa posição em que é difícil refutar tanto o parecer médico como o veredicto institucional.

Coloca-se, assim, uma questão: se os critérios para confirmação de doença profissional são a temporalidade e a exposição a riscos e esforços de forma continuada no desempenho da função profissional, como é que então, por parte dos trabalhadores, é possível a apreensão de que os sintomas são do foro profissional e não somente resultado do desgaste “normal” do organismo? É-nos, por esta via, possível constatar que a definição e abrangência do que é ou não considerado doença profissional se encontra envolto numa teia de entendimentos que não são de todo coincidentes: por um lado, o saber médico especializado capaz de determinar as causas efetivas da patologia, corroborando ou não o nexo de causalidade e com autoridade interventiva para classificar como doenças profissionais,

doenças que ainda não se encontram contempladas na Lista de Doenças Profissionais; por outro, o entendimento jurídico pelo qual é estabelecida a definição de doença profissional e são definidos os procedimentos inerentes ao seu tratamento legal – gerando (aparentemente) conflitos devido ao carácter volúvel da própria definição de doença profissional, dificultando o estágio de confirmação oficial.

Capítulo VI – Discussão

De acordo com os testemunhos recolhidos de doentes e de profissionais que intervêm no processo de certificação de doença profissional, é de notar que, na generalidade dos casos, os indivíduos pensam não existir uma boa articulação entre as entidades envolvidas – defendendo a necessidade e a vantagem de se criar uma entidade intermediária que permitisse agilizar o processo e consequentemente minimizar os danos causados pela doença. A questão do tempo decorrido até à resolução total do processo apresenta-se como sendo o elemento transversal ao longo da pesquisa desenvolvida, pois esse tempo é decisivo para a condição de saúde dos indivíduos e para o tipo de consequências que possa desencadear. Pode-se nesta fase da análise constatar que os indivíduos que se deparam, ou consideram deparar-se com doenças profissionais, se encontram numa posição delicada, quer devido aos obstáculos institucionais quer em função dos impactos que a própria doença tem nas suas vidas. A doença quando resultante da atividade laboral, apresenta dois problemas em simultâneo: i) a própria patologia, que origina uma debilidade que implica a procura de soluções para minorar os seus efeitos; e ii) a sua situação perante o trabalho que é fortemente influenciada. Além disso, a doença afeta tanto mais o indivíduo quanto mais o estado de adoecimento se aproximar de (conduzir a) um processo de rutura com o trabalho, com a rede de relacionamentos interpessoais e com a própria trajetória individual. A doença profissional, ao interferir com os diversos planos da vida do doente, conduz a uma luta premente contra a doença independentemente das limitações existentes, cujo ímpeto é retornar à vida ativa.

Neste sentido, a doença profissional traduz-se num leque alargado de agravantes e de constrangimentos de difícil superação, cujas consequências tendem a ser penosas. Se um indivíduo ficar doente, a sua capacidade de trabalho e produtividade fica condicionada e, estando condicionada, condiciona inevitavelmente toda a sua conjuntura económica. Igualmente, os impactos aos níveis familiar e social são elevados, sendo as dinâmicas familiares afetadas em consequência dos ajustes económicos e das reconfigurações de papéis que passam a ser necessários para a superação da doença. Estas alterações representam esforços de grande amplitude, principalmente se – procurando os empregadores corresponder aos imperativos económicos – o advento de uma doença profissional culminar na cessação do contrato de trabalho do doente. Em função disto, não se encontrando apto para trabalhar e sem uma resposta institucional célere face aquilo que é a urgência do doente profissional, o caminho a seguir é tumultuoso para estes indivíduos.

De destacar ainda que, grosso modo, as necessidades dos doentes não são adequadamente respondidas no tempo e qualidade desejados quando o doente não se encontra numa fase aguda dos sintomas, mas com sintomas de longa duração. Em particular, o Serviço Nacional de Saúde mostra algumas deficiências na resposta às exigências clínicas e sociais que estes doentes necessitam. O SNS português está, neste sentido, “confrontado com inúmeros problemas e desafios a que precisa de responder, da garantia da cobertura de médicos de família à melhor gestão e aproveitamento dos seus

recursos (...), passando pela redução das despesas (...) ou ainda pela resposta mais integrada a situações não agudas, pela coordenação dos diversos subsectores (organização, informação) e pela co-produção do próprio serviço público, potenciando o encontro de lógicas institucionais (...) e de lógicas participativas (associando, com responsabilização e autonomia, doentes e comunidades)” (Monteiro, 2012 *apud* Carmo, 2012: 44).

Além disso, os mecanismos institucionais não estão adaptados para que se atue nestes casos com a celeridade necessária, nem tão pouco salvaguardam o direito dos utentes nestas condições a serem encaminhados convenientemente para especialistas. Até porque os profissionais de saúde demonstram dificuldade em entender de que modo se processa todo o desencadear das manobras burocráticas que possam assegurar um posicionamento correto destes doentes num percurso terapêutico eficaz. Ou seja, a maioria dos médicos não possui entendimento administrativo e legal para tomar as decisões necessárias nestas circunstâncias. Estará em causa, fundamentalmente, a falta de formação para lidar com o processo de certificação de doença profissional.

A relação destes profissionais com estes utentes é descrita como pouco eficaz e acaba por ela mesma contribuir para as dificuldades no processo de certificação da doença profissional.

Não havendo respostas nesta primeira fase que satisfaçam as necessidades destes doentes, estes acabam por desenvolver um conjunto de estratégias ora internas ora externas ao SNS, com implicações ao nível dos gastos privados em saúde como da duplicação de exames e meios de diagnóstico. Isto porque, em situação de adoecimento o indivíduo é quase que impelido a procurar uma solução, movido não só pela busca de tratamento, mas essencialmente com vista a reduzir os danos e os impactos nefastos que a doença desencadeia, visando de igual modo, colmatar os esforços económicos e familiares – os quais tendem a intensificar o sentimento de impotência e de fragilidade nos indivíduos. Assim, a demora do estágio de diagnóstico e da resposta dos cuidados de saúde conduzem ao agravamento da doença, tornando-a crónica – o que contribui para o acréscimo de doenças profissionais. Isto é, mesmo que um doente demonstre um quadro sintomatológico que indique uma doença profissional, mas que possa ser eventualmente somente uma condição pontual, acabará mais tarde, tal é o agravamento dos sintomas, por sê-lo. Mesmo assim, as doenças profissionais estão envoltas num problema de definição, tal como afirma o médico do trabalho quando refere a nebulosidade/ambiguidade da própria definição legal. Como resultado, este trabalho dá visibilidade à situação paradoxal de, por um lado, a preocupação política e médica com as doenças profissionais ser crescente e, por outro, haver uma separação artificial e rígida entre desgaste natural e situações de risco ocupacional. A pergunta que se coloca, portanto, é: a proteção nos casos de doença profissional é real, efetiva e responde às necessidades dos doentes?

Conclusão

Mediante o exposto nos capítulos precedentes é possível constatar que a abordagem à realidade das doenças profissionais requer uma análise multidimensional que foque a sua amplitude e globalidade. Ao tomar como objeto desta investigação a adequabilidade da resposta institucional, aos olhos dos doentes, emergiram aspetos controversos e problemáticos que permitem entender dificuldades, necessidades e suas repercussões na gestão da vivência das doenças profissionais.

A análise realizada permitiu verificar um nível informativo deficitário no que respeita às doenças e incapacidades geradas pelo trabalho por parte dos próprios doentes, assim como o descrédito, num momento inicial, pelos atores médicos relativamente à existência e reais limitações da doença para o desempenho profissional. A visão médica descrita pelos doentes induz a que estes procurem desempenhar um papel ativo na procura de tratamento considerado adequado e à resolução dos constrangimentos que a doença comporta.

A etapa da identificação de doença profissional – embora a implícita dificuldade em comprovar o nexo de causalidade – mostrou ser crucial para o não agravamento do estado de saúde, assim como para o início do processo de reconhecimento legal da doença. Contudo, contrariamente ao que o desenho institucional revela, o processo de certificação da doença profissional demonstra uma elevada complexidade dos procedimentos necessários, obstáculos quase intransponíveis e, essencialmente, dificuldade no acesso à instituição competente na certificação destas doenças. Em suma, o processo é difícil, moroso e emaranha-se numa diversidade de percursos que destacam dos doentes desgastante económico e emocional.

Embora não se encontrem, à partida, definidos prazos para a resolução dos processos por doença profissional, no seio do DPRP, e sendo esse mesmo processo influenciado por fatores diversos – em que a carência de recursos humanos é apontada como a principal condicionante – arriscamos considerar que o modo como são gerenciados os processos de doença profissional reflete a existência de um problema de ordem estrutural, cuja conjuntura burocrática impossibilita uma resposta célere e, conseqüentemente, desencadeia uma panóplia de implicações para os requerentes. Neste sentido, constatou-se que as políticas desenvolvidas em torno da doença profissional, assentando no tipo de resposta institucional concedido aos doentes, ao invés de promover a minimização dos danos causados pela doença, impele ao agravamento do estado de saúde e das condições de vida dos indivíduos, independentemente das suas condições sociodemográficas. Pode, então, afirmar-se que neste regime de reparação de danos alicerçado na retribuição monetária se procura, essencialmente, dar resposta às despesas resultantes com a doença, desconsiderando os efeitos que a mesma produz a nível individual, familiar e/ou social. Abordando a doença profissional enquanto problema sociológico, no que respeita aos constrangimentos advindos do processo de certificação da doença profissional, pode inferir-se que estes interferem e afetam o constructo social da doença, na medida em que conduzem a alterações nas

formas de pensar, gerir e experienciar a doença. De entre os condicionalismos que se encontram associados ao processo de certificação (de salientar a plasticidade da noção de doença profissional entre os médicos que coloca em evidência a existência de discordâncias no seu entendimento, dificultando assim a legitimação do estatuto de doente), este encontra-se dependente da ação do profissional de saúde responsável e da respetiva entidade pública.

A narrativa dos doentes é clara no que toca à realidade de um trabalhador doente, quer em função das limitações que apresenta, quer da forma como uma doença profissional é, na prática, considerada entre os empregadores. Aparentemente, em oposição ao que se encontra disposto no âmbito legislativo, a entidade empregadora não corresponde à obrigatoriedade a que está sujeita no que concerne à ocupação do trabalhador em funções compatíveis com as suas incapacidades físicas e com condições de trabalho que fomentem a reabilitação. Tais circunstâncias fazem transparecer o dualismo presente na realidade das doenças profissionais, já que o indivíduo se encontra confrontado com exigências às quais tem de corresponder. Isto é, se por um lado o indivíduo assumindo o papel de trabalhador tem de responder perante o empregador, por outro não o consegue fazer devido à relação tendencialmente conflituosa com o Estado, por este não responder atempadamente às questões institucionais que permitam a agilidade dos processos internos com a entidade empregadora. Assim, o trabalhador vê-se entre duas entidades que não se encontram coordenadas entre si ficando, deste modo, limitado e sujeito aos condicionalismos subjacentes a essa relação. Neste sentido, nos estados de direito democrático, em que prima o direito à saúde e ao trabalho, a questão que se coloca é a da possível ausência do direito a poder trabalhar com saúde. Em suma, apesar de todo o progresso em matéria legislativa de saúde e segurança no trabalho, no quadro nacional e comunitário com vista a uma maior consciencialização, prevenção e promoção da saúde em ambiente de trabalho, a esfera das doenças profissionais constitui um problema social cujo vasto rol de implicações se reflete nos mais diversos planos da vida, carecendo por isso de uma maior visibilidade social. Assim, as doenças e as incapacidades geradas pelo trabalho não podem ser unicamente interpretadas como o resultado das exigências de produção, nem reduzidas meramente a um sistema de reparação de danos. Para além de todas as estratégias e medidas de melhoramento e/ou alternativas a vários passos no percurso terapêutico já aqui inumeradas, é importante acrescentar ainda a pertinência da criação de uma entidade intermédia que privilegie a comunicação entre doentes profissionais (ou em certificação) e serviços de diagnóstico e de administração, por exemplo, criando entrepostos desta entidade em sedes distritais e/ou um contacto telefónico direto e acessível (“linha verde”) com profissionais aptos no atendimento ao utente, de forma permanente, conhecedora e ágil. É ainda a nosso ver pertinente sublinhar e multiplicar as boas práticas nas políticas de acompanhamento, assistência e integração do doente para além da sua recuperação. É necessário que se olhe para o paradigma da doença profissional no conjunto das variáveis que a revestem de um carácter multifacetado, contemplando as condicionantes da saúde e da doença, numa perspetiva que as integre no seu todo (interna e

externamente ao trabalho), sendo essa a chave para a aquisição de um estado saudável e de bem-estar, que permita a todos os indivíduos uma vida económica e socialmente produtiva.

Bibliografia

- Albuquerque, Carlos e Cristina Oliveira (2002). Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança. *Millenium*, 25.
- Alves, Paulo César. (1993). A experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, pp. 263-271.
- Alves, Giovani (2007). *Dimensões da Reestruturação Produtiva - Ensaio de sociologia do trabalho*, São Paulo, Editora Praxis.
- Alves, Giovanni e Ricardo Antunes (2004). As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. *Revista Educação e Sociedade*, Campinas, vol. 25, n. 87, p. 335-351.
- Antunes, Ricardo (2009). *Os Sentidos do Trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. 2ª ed. 1ª reimpr. São Paulo: Boitempo.
- Antunes, Ricardo (2009). *Contributo do enfermeiro para a saúde no trabalho*. Coimbra.
- Aranha, Maria Lúcia (1996). *História da Educação*. São Paulo: Moderna.
- Bauman, Zigmund (2001). *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Bauman Zigmund (2007). *A Vida Fragmentada. Ensaio sobre a Moral Pós-Moderna*, Lisboa, Relógio D' Água.
- Beck, Ulrich (2008), *Risk Society*, Londres, Sage.
- Berelson, Bernard (1952). *Content Analysis in Communication Research*. Glencoe, Ill: Free Press.
- Cabral, Ana *et. al.* (2011). Itinerários Terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciência&Saúde coletiva*, 16 (11), pp: 4433-4442.
- Canguilhem, Georges (1991). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Carapinheiro, Graça (2001). Inventar percursos, reinventar realidades: doentes, trajetórias sociais e realidades formais. *Etnográfica*; 2:335-58.
- Carapinheiro, Graça e Tiago Correia (org.) (2016). *Novos Temas da Saúde, Novas Questões Sociais*, Lisboa: Mundos Sociais
- Carmo, Isabel (org.), *et al.* (2012). *Serviço Nacional de Saúde em Portugal – As ameaças, a crise e os desafios*. Almedina.
- Carvalho, Paulo (2005). *Um Olhar sobre o Actual Regime Jurídico dos Acidentes de Trabalho e das Doenças Profissionais: Benefícios e Desvantagens*, Inspeção-Geral do Trabalho.
- Castel, Robert (2009). *La montée des incertitudes. Travail, protections, statut de l'individu*. Paris: Éditions du Seuil.
- Castillo, Juan José (1996). *Sociologia del Trabajo: un proyecto decente*. Centro de Inv. Sociológicas, Madrid.

- Cecílio, Luiz, *et. al.* (2014). O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30(7):1502-1514.
- Conrad, Peter (1992). Medicalization and social control. *Rev. Sociol.*, v.18, p.209-32.
- Conrad, Peter (2007). *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*, Johns Hopkins University Press.
- Conrad, Peter e Katherine Barker (2010). The Social Construction of Illness: Key Insights and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior*,51(S) S67–S79, American Sociological Association.
- Correia, Tiago (2012). *Medicina. O Agir numa Saúde em Mudança*, Lisboa, Editora Mundos Sociais.
- Dias, João (coord.) *et. al* (2007). *Salários e condições de trabalho em Portugal. Cadernos de emprego e relações de trabalho*. MTSS/DGERT, Lisboa.
- Dodier Nicolas (1983). La maladie et le lieu de travail. *Revue Française de Sociologie*, pp. 255-270;
- Dubar, Claude (1991). Formes identitaires et socialisation professionnelle. *Revue Française de Sociologie*, pp. 505-529.
- Duran, Maria (1983). *Desigualdad social y enfermedad*. Madrid, Tecnos.
- Eisenberg, Leon (1977). Disease and illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1, 9-23.
- Ferreira, Carlos (2007). *A medicalização dos sanatórios «populares»; desafios e formas de um processo social*. Lisboa: FCSH – U. Nova de Lisboa.
- Flick, Uwe (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*, Lisboa, Monitor.
- Foucault, Michel. (2008). *Microfísica do poder*. São Paulo: edições graal.
- Freidson, Eliot (1970). *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- Freire, João, *et al.* (2014). *Sociologia do Trabalho: Um aprofundamento*. Edições Afrontamento, Porto.
- Friedmann, Georges e Pierre Naville (1972). *Tratado de Sociologia do trabalho*, São Paulo, Cultrix, v.II.
- Gerhard, Tatiana (2006). Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, pp.2449-2463.
- Giddens, Anthony (2004). *Sociologia*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Goffman, Erving (1988). *Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*. Editora LTC, Rio de Janeiro.
- Gollac, Michel e Serge Volkoff (2000). *Les conditions de travail*. Editions La Découvert, Paris.
- Guerra, Isabel (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo. Sentidos e formas de uso*, São João do Estoril, Principia.

- Henry, Emmanuel (2011). «Nouvelles dynamiques de savoirs et permanence des rapports de pouvoir. L'impact limité des transformations importantes de l'expertise en santé au travail », *Revue française de science politique* (Vol. 61), p. 707-726.
- Herzlich, Claudine e Janine Pierret (1984) - *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*. Paris: Payot.
- Jacques, Maria Graça (2007). O nexó causal em saúde/doença mental no trabalho: uma demanda para a Psicologia, *Psicologia & Sociedade*; 19, Edição Especial 1: 112-119.
- Jardillier, Pierre (s.d). *O factor humano na empresa*, Rés-editora.
- Krippendorff, Klaus (1980). *Content analysis: an introduction to its methodology*. Newbury Park, CA: Sage
- Macedo, Ricardo. (1977). *Riscos de Doenças Profissionais (noções gerais)*, Edição da Caixa Nacional de Seguros de Doenças Profissionais, Lisboa.
- Mäelezig, Bigi (2014). *La reconnaissance en Sociologie: des identités méprisées à la critique du travail*. *Les Cahiers du LISE*, nº 10, 49 p.
- Méda, Dominique (1999). *O Trabalho, um valor em vias de extinção*. Trad. Miguel Pereira, Edições Fim de Século, Lda. Lisboa.
- Mendes, René e Elizabeth Dias (1991). Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*, 25(5), pp.341-349.
- Minayo-Gomez, Carlos *et.al* (1997). A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cad. Saúde Pública*, vol.13, pp. 21-32.
- Moatti, Jean Paul e Patrick Peretti-Watel (2009). *Le principe de prévention. Le culte de la santé et ses derives*. La République des idées, Seuil.
- Neto, Hernâni (2013). *Construção social do risco e da segurança do trabalho em contexto organizacional*. Civeri Publishing, Porto.
- Neto, Hernâni (2011). *Portfólio sócio-organizacional de segurança e saúde no trabalho e a aprendizagem organizacional com os acidentes de trabalho*, In H. V. Neto; J. Areosa; P. M. Arezes (Org.) – *Actas Congresso RICOT* (N.º 56, pp. 1-4), Porto: IS-FLUP.
- Offe, Claus (1989). *Trabalho como categoria sociológica fundamental? Trabalho e sociedade*, v.I. *Tempo Brasileiro*, Rio de Janeiro.
- Offe, Claus (1989). *Problemas Estruturais e Perspectivas para o Futuro da Sociedade do Trabalho*. *Trabalho e Sociedade*, v. II. *Tempo Brasileiro*, Rio de Janeiro.
- Oliveira, João (2003). *Segurança e saúde no trabalho: uma questão mal compreendida*. *São Paulo em Perspectiva*, 17(2), pp. 03-12.
- Oliveira, Rui Aragão (2009). *A reintegração socioprofissional das pessoas com deficiências adquiridas por acidentes de trabalho*. Instituto Nacional para a Reabilitação, *Informar*, nº2, Lisboa.
- Ortega, Francisco e Paula Gaudenzi (2012). *O estudo da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceptuais para o estudo da des-medicalização*. *Comunic., Saúde, Educ.*

- Parsons, Talcott (1952). *The social system*. New York: Free Press.
- Reis, José (2005). *O que é a saúde? Significações pessoais, modelos científicos e educação para a saúde*. Vega, Lisboa.
- Reis, Viriato Gonçalves (2009). *Acidentes de Trabalho*. Almedina.
- Reis, João (coord.) *et. al.* (2016). *Acidentes de trabalho e doenças profissionais – introdução. Jurisdição do trabalho e da empresa*. Centro de estudos judiciários.
- Rolo, João (1999). *Sociologia da Saúde e da Segurança no Trabalho*. SLE. Lisboa.
- Sainssaulieu, Renaud (1977). *L'Identité au Travail*. Paris: Presse de la Fondation Nationale des Sciences Politiques.
- Sainssaulieu, Renaud (1995). *Les mondes sociaux de l'entreprise*, Desclée de Brouwer, Paris, Modelos de organização e gestão empresarial.
- Salim, Celso (2003). *Doenças do trabalho: exclusão, segregação e relações de gênero*. São Paulo Perspectiva., vol.17, n.1, pp.11-24.
- Scambler, Graham (ed.) (1991). *Sociology as Applied to Medicine*, Londres, Baillière Tindall.
- Silva, Luísa e Fátima Alves (2011). *Compreender as racionalidades leigas sobre saúde e doença*. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 21(4), 1207-1229.
- Schnapper, Dominique (1998). *Contra o fim do trabalho*. Coleção Repensar, nº 1:Terramar, Lisboa.
- Stacey, Margaret (1988). *The Sociology of Health and Healing: A Textbook*. Routledge, London.
- Tavares, David (2016). *Introdução à Sociologia da Saúde*. Almedina.
- Ughetto, Pascal (2007). *Faire face aux exigences du travail contemporain. Conditions de travail et management*, Lyon, éditions de l'ANACT.
- Uva, António (2004). *Doenças profissionais: novos desafios (e novos problemas) para a sua prevenção*. Lisboa: ENSP, UNL. Sumário da lição de síntese apresentada para obtenção do título de Agregado em Medicina do Trabalho.

Legislação consultada:

- Lei nº 98/2009, de 4 de Setembro.
- Decreto-Lei nº 352/2007, de 23 de Outubro.
- Decreto-Lei n.º 503/99, de 20 de Novembro.
- Decreto Regulamentar nº 76/2007, de 17 de Julho.

Anexos

A) Guião de entrevista – Doentes

1. Caracterização sociodemográfica

- Idade
- Sexo
- Localidade
- Habilitações literárias
- Profissão
- Situação perante o trabalho

2. Condição de doente

- 2.1 Patologia contraída
- 2.2 Circunstâncias dos primeiros sintomas
- 2.3 Tratamento da patologia
- 2.4 Consciencialização de portabilidade de doença profissional
- 2.5 Procedimentos levados a cabo para o reconhecimento formal da patologia

3. Procedimentos institucionais

- 3.1 Identificação de obstáculos nos contactos institucionais efetuados.
- 3.2 Estratégias utilizadas para lidar com os obstáculos institucionais.
- 3.3 Perceção face à adequabilidade e celeridade da resposta institucional. Tempo decorrido no processo.
- 3.4 Data de início do processo em processos não resolucionados.
- 3.5 Dificuldades encontradas no percurso para a resolução do processo.
- 3.6 Adequabilidade no tratamento da doença face à resposta das entidades de cuidados de saúde.
- 3.7 Existência de uma boa articulação entre todas as entidades envolvidas.
- 3.8 Adequabilidade, acessibilidade e disponibilidade ao nível da informação, percursos e procedimentos relativos ao processo de certificação.
- 3.9 Condicionamentos resultantes do acionamento dos mecanismos institucionais
- 3.10 Implementação de mudanças no processo com vista a maior celeridade/adequabilidade.

4. Entidade empregadora / Situação laboral

- 4.1 Conhecimento / Consciencialização face a fatores de risco presentes no local de trabalho.
- 4.2 Medidas informativas e de prevenção por parte da entidade empregadora em relação à presença de riscos.
- 4.1 Reação e comprometimento da entidade empregadora no processo de doença profissional.
- 4.2 Exercício (ou não) de funções no período decorrido no processo de avaliação de doença profissional. Penalização / sanção por parte da entidade empregadora.
- 4.3 Medidas levadas a cabo pela entidade empregadora com vista à (re) adaptação.
- 4.4 Reajustamento de funções; compatibilidade com as limitações/incapacidades do doente antes ou depois do diagnóstico de doença profissional.

5. Impactos da doença

- 5.1 Diagnóstico de valor percentual de incapacidade. Representatividade real da incapacidade.
- 5.2 Perceção do estado de aptidão para a atividade laboral anterior ao diagnóstico.
- 5.3 Estratégias utilizadas para lidar com a doença.

- 5.4 Alterações aos níveis familiar e económico.
- 5.5 Existência de constrangimentos relativamente ao progresso profissional.
- 5.6 Perspetiva face ao percurso profissional futuro.

B) Guião de entrevista – D.P.R.P.

1. A instituição no quadro das doenças profissionais

- 1.1 Descrição do processo de certificação de doença profissional.
- 1.2 Etapas/procedimentos são necessários.
- 1.3 Altura do percurso de certificação em que o DPRP intervém.
- 1.4 Departamento responsável pelo tratamento desse processo e forma de atuação.
- 1.5 Instituições/organismos em articulação com DPRP no desenrolar do processo
- 1.6 Formas de contactar a instituição. Alternativas em caso de insucesso no contacto ou após diversas tentativas.
- 1.7 Tempo médio/regular para a conclusão do processo.
 - 1.8 Motivos de possível morosidade. Procedimentos que mais retardam o processo de certificação.

2. Processo avaliativo da incapacidade

- 2.1 Avaliação da incapacidade do doente. Tempo decorrido, em média, até à convocatória do doente.
- 2.2 Quem realiza essa avaliação e de que modo é efetuada.
- 2.3 Que critérios estão na base dessa avaliação. Dificuldades existentes na atribuição desse valor.
- 2.4 Possibilidades reivindicativas que o requerente tem quando o valor percentual de incapacidade não é representativo da sua real condição de saúde.

3. Certificação

- 3.1 Quantidade anual de casos por presunção de doença profissional chegam à instituição.
- 3.2. Capacidade de resposta institucional a esse número de casos.
- 3.3. Quantidade de indivíduos a quem é atribuída a certificação de doença profissional.
- 3.4. Aumento/decréscimo do número de doenças profissionais e certificações.
- 3.5. Possíveis alterações/ implementações que permitam agilizar o processo de certificação.

C) Guião de Entrevista - Advogada do trabalho

1. Experiência profissional relativa a casos de doença profissional

- 1.1 Descrição, de um modo global, do perfil das pessoas que a contactam.
- 1.2 Momento e lugar que a sua intervenção ocupa no percurso do doente.
- 1.3 Descrição do tipo de doenças e quantidade de casos no decurso da atividade profissional.
- 1.4 Principais constrangimentos/dificuldades dos indivíduos que requerem o seu auxílio.
- 1.5 Aspetos possíveis de apontar como obstáculos à resolução dos processos e de que forma a condicionam
- 1.6 Considerações sobre o comprometimento da entidade empregadora aquando de um caso de doença profissional.
- 1.7 Consequências com os doentes profissionais se deparam no local de trabalho.

2. Procedimentos institucionais

- 2.1 Considerações sobre os procedimentos/ itinerários institucionais implementados ao nível do acesso, informação disponível, celeridade/adequabilidade etc.
- 2.2 Irregularidades ao nível da legalidade nos casos de doença profissional.
- 2.3 Influência dos trâmites legais / procedimentos burocráticos no desenvolvimento do processo.

- 2.4 Perspetiva face à sua intervenção na possibilidade de criar a fluidez do processo junto das entidades responsáveis em matéria de doença profissional. Tipo de mecanismos acionados/levados a cabo.
- 2.5 Opinião face ao processo de certificação e encaminhamento dos doentes. Na eventualidade de existirem problemas na certificação de doença profissional, quais os mais comuns.
- 2.6 Possibilidades existentes que permitem ao indivíduo lesado ultrapassar esses problemas.

3. Resolução do processo

- 3.1 Tempo decorrido até à solicitação para integrar os processos de doença profissional.
- 3.2 Experiência em casos de doença profissional cuja certificação tenha sido negligenciada ou se tenham verificado dificuldades/incoerências no decurso do processo. Procedimentos levados a cabo nessas circunstâncias.
- 3.3 Existência de algo que deva ou possa ser modificado de forma a agilizar os processos de doença profissional e a que níveis.

D) Guião de entrevista – Médico do Trabalho

1. Médico do trabalho enquanto elemento central e dinâmico

- 1.1. Descrição de funções/trabalho do médico do trabalho.
- 1.2. O papel do médico do trabalho no processo de certificação de doença profissional.
- 1.3. Dificuldades existentes no exercício da sua função.
- 1.4. Encontro de obstáculos burocráticos para a resolução atempada dos problemas.
- 1.5. Perspetiva sobre a necessidade de se alterar algum passo no percurso para alcançar a certificação da doença profissional.

2. Panorama médico-laboral

- 2.1. No exercício das suas funções com que tipo de enfermidades/patologias do foro do trabalho mais se depara.
- 2.2. Qual a justificação para o advento dessas patologias.
- 2.3. As doenças profissionais podem (ou não) ser evitadas.
- 2.4. Perceção de uma crescente preocupação com o risco laboral (De acordo com a experiência e o tipo de casos analisados).
- 2.5. Existência de uma preocupação/cumprimento da prevenção por parte das entidades patronais.
- 2.6. Favorecimento/abertura de caminho para a fraude mediante os moldes em que a legislação laboral se apresenta.

3. Processo de construção de diagnóstico de doença profissional

- 3.1. Descrição dos procedimentos necessários.
- 3.2. Principais dificuldades /obstáculos no diagnóstico de doença profissional.
- 3.3. Constrangimentos da dificuldade de comprovação de nexo de causalidade.

4. Doença profissional no contexto dos serviços de saúde

- 4.1. Adequabilidade da abordagem da doença profissional no enquadramento do SNS.
- 4.2. Considerações sobre a existência de uma boa articulação entre o plano institucional (as entidades competentes e as necessidades de saúde dos doentes).
- 4.3. Perspetiva sobre as comuns necessidades de saúde de um doente profissional.



SEGURANÇA SOCIAL

E) Modelo GDP13/2016

PROTEÇÃO NA DOENÇA PROFISSIONAL
PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA / PARECER CLÍNICO

1. ELEMENTOS RELATIVOS AO BENEFICIÁRIO	
Nome completo N.º de Identificação da Segurança Social / N.º de Subscritor da CGA Data de nascimento Morada Profissão / Trabalho desempenhado	

2. IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO	
Nome completo Cédula Profissional n.º emitida pela Ordem dos Médicos Local de exercício da atividade clínica	

3. INFORMAÇÃO CLÍNICA COMPLEMENTAR	
3.1 Participação Obrigatória (artigo 142.º da Lei n.º 98 / 2009 de 4 de setembro) (A preencher no caso de suspeita fundamentada de doença profissional)	
Doença profissional presumível (pré-diagnóstico) / Diagnóstico provisório	
Riscos a que está sujeito ou produtos com que trabalha nocivos à saúde	
Observações consideradas úteis	
3.2 Parecer / Relatório sobre a Doença Profissional (artigos 97.º, 138.º e 146.º da Lei n.º 98 / 2009 de 4 de setembro)	

4. CERTIFICAÇÃO DO MÉDICO	
Vinheta do médico	Data / / _____ (Assinatura do médico)

5. INFORMAÇÕES	
Este formulário deve ser: <ul style="list-style-type: none">• acompanhado de fotocópia dos exames médicos complementares de diagnóstico que estiveram na base da doença profissional diagnosticada;• entregue em qualquer Serviço de Atendimento da Segurança Social ou diretamente no Departamento de Proteção contra os Riscos Profissionais do Instituto da Segurança Social, I.P., no prazo de 8 dias, a contar da data do diagnóstico ou da presunção da existência de doença profissional.	

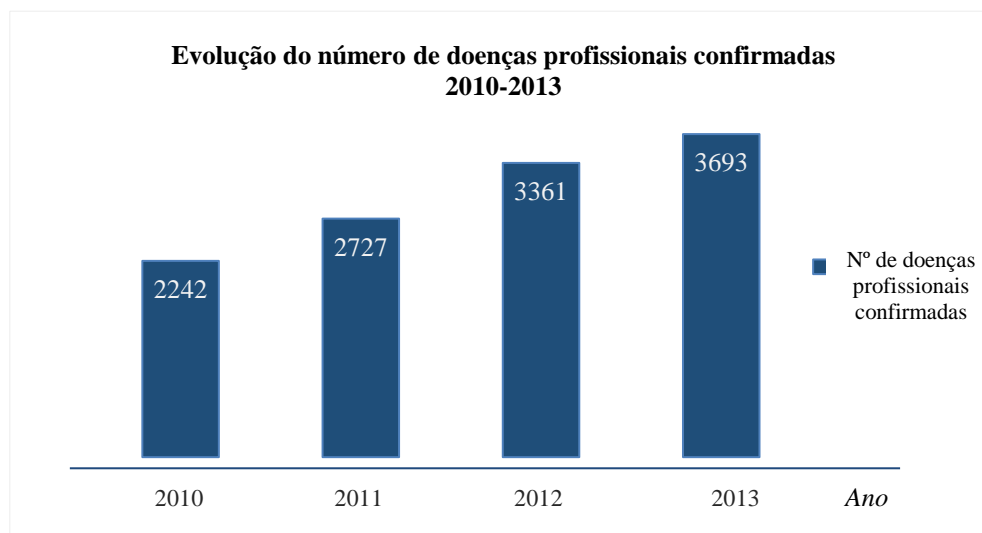
F) Quadro 1 – Número de indivíduos portadores de doença profissional, por sexo e escalão etário no ano de 2010*

Classes Etárias	M	F	Total
15/19	0	1	1
20/24	4	18	22
25/29	8	46	54
30/34	31	71	102
35/39	54	131	185
40/44	92	158	250
45/49	103	185	288
50/54	195	254	449
55/59	206	158	364
60/64	104	42	146
65/69	20	1	21
70/74	8	1	9
75+	3	0	3
Total	828	1066	1894

Fonte: Relatório de Atividade de Inspeção do Trabalho 2011- ACT; DPRP; adaptado.

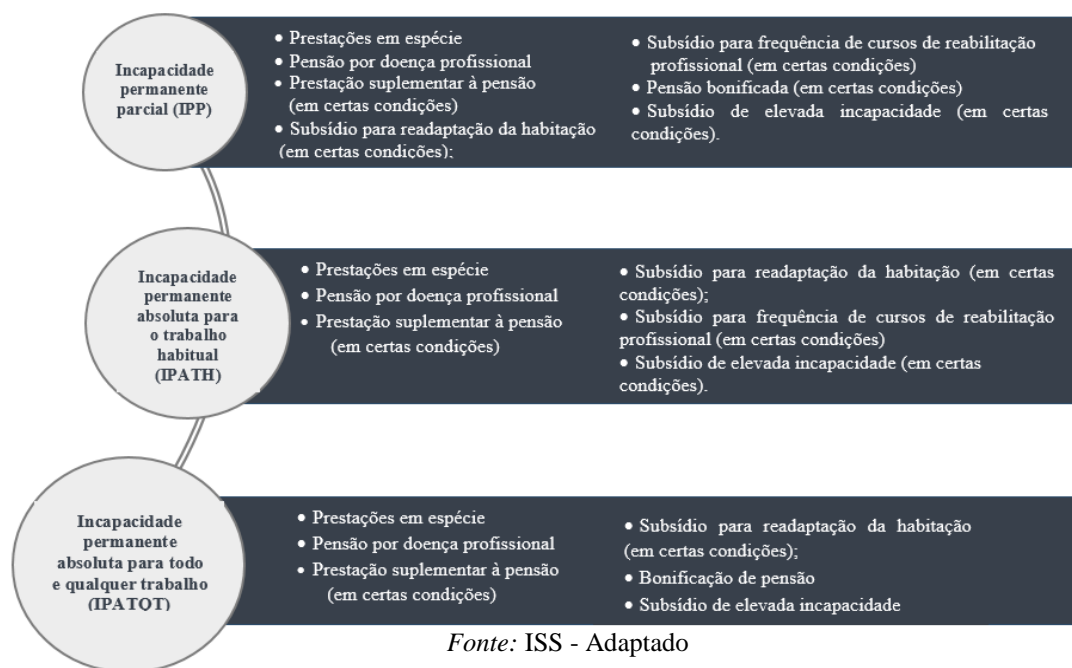
* As idades foram calculadas à data de início da doença.

G) Gráfico 1 – Evolução do número de doenças profissionais confirmadas: 2010 -2013



Fonte: Relatório de Atividade de Promoção de Saúde e Segurança do Trabalho 2015- ACT; Departamento de Prevenção de Riscos Profissionais, DPRP; adaptado.

H) Resultados da certificação de doença profissional







































I) Matriz analítica

MATRIZ ANALÍTICA	
DIMENSÕES	INDICADORES
Construção social de doença profissional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para o próprio doente: <ul style="list-style-type: none"> - A perceção da doença profissional: <ul style="list-style-type: none"> ↳ Pela dificuldade em realizar o trabalho ↳ Pelo conhecimento de outros casos no local de trabalho ↳ Por diagnóstico médico ▪ Para o profissional (médico): <ul style="list-style-type: none"> - Tipo de especialista - Conhecimento /Desconhecimento sobre doenças profissionais (formação na área) - Condicionismos da entidade empregadora - Definição jurídico-legal de doença profissional
Itinerários Terapêuticos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Condicionantes do percurso dos doentes: <ul style="list-style-type: none"> - Duração do processo / elevado tempo de espera - (In)Acessibilidades - (Reduzida) Informação disponibilizada - (In) Disponibilidade económica
Efeitos da doença profissional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Análise das consequências / impactos ao(s) nível (eis): <ul style="list-style-type: none"> - Laboral - Do sentimento de utilidade - Das estratégias utilizadas para lidar com a doença - Da vida familiar e económica - Do progresso profissional

J) Caracterização sociodemográfica da amostra

Entrevistado	Escalão etário	Nível de Escolaridade	Profissão	Situação laboral	Localidade	Doença
1	35-40	Ensino Superior	Engenheiro Civil	Desempregado	Rio Maior	Tendinite / Epicondilite
2	40-45	Ensino Secundário	Cabeleireira	Desempregada	Braga	Tendinite
3	45-50	Ensino Superior	Técnica de Farmácia	Trabalhadora por conta de outrem	Torres Vedras	Doença de Behçet
4	45-50	Ensino Secundário	Técnica Metalomecânica	Trabalhadora por conta de outrem	S. João da Madeira	Tendinite
5	45-50	Ensino Secundário	Operária Fabril	Trabalhadora por conta de outrem	Matosinhos	Epicondilite
6	50-55	Ensino Básico	Técnico Metalúrgico	Trabalhador por conta de outrem	Braga	Epicondilite
7	50-55	Ensino Superior	Operadora especializada em eletrónica	Trabalhadora por conta de outrem	Braga	Epicondilite
8	50-55	Ensino Básico	Serralheiro	Trabalhador por conta de outrem	V. N. Gaia	Epicondilite
9	55-60	Ensino Secundário	Aux. Ação Médica	Desempregada	Lisboa	Hérnia Discal
10	55-60	Ensino Secundário	Aux. Ação Educativa	Trabalhadora por conta de outrem	Braga	Epicondilite

L) Ordem e percurso dos doentes

Doente / percurso	1º	2º	3º	4º	5º	Tempo despendido (em meses)
1						24
2						12
3						56
4						24
5						15
6						8
7						10
8						12
9						36
10						36

Legenda:



Curriculum vitae

INFORMAÇÃO PESSOAL **Lara Costa da Silva Querido**

📍 Peniche (Portugal)
✉ lara.querido@hotmail.com

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

02/2016–05/2016 **Auxiliar de investigação "Projecto HIV – HSH"**
DGS / FLUP, Lisboa (Portugal)

01/2016 **Estágio Curricular**
ACT- Autoridade para as Condições do Trabalho, Lisboa (Portugal)

EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO

2014–Presente **Mestrado em Sociologia**
ISCTE-IUL - Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa (Portugal)

2014–2015 **Pós-Graduação em Sociologia**
ISCTE-IUL - Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa (Portugal)

09/2013–02/2014 **Bolseira Programa ERASMUS**
Università La Sapienza, Roma (Itália)

08/2013 **EILCS - Curso Intensivo de Língua Italiana**
Università per Stranieri di Perugia, Perugia (Itália)

2011–2014 **Licenciatura em Sociologia**
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa (portugal)

2008–2011 **12º Ano de escolaridade**
Escola Secundária de Peniche, Peniche (Portugal)

COMPETÊNCIAS PESSOAIS

Língua materna Português

Outras línguas

	COMPREENDER		FALAR		ESCREVER
	Compreensão oral	Leitura	Interação oral	Produção oral	
Inglês	B1	B1	A2	A2	A2
Francês	B2	B2	B1	B1	B2
Italiano	B1	B1	B1	B1	B1

Níveis: A1 e A2: Utilizador básico - B1 e B2: Utilizador independente - C1 e C2: Utilizador avançado
Quadro Europeu Comum de Referência para as Línguas

Competências de comunicação Capacidade de comunicação com o público, interacção e coordenação. Assertividade, simpatia, pragmatismo, autonomia, profissionalismo, honestidade.

Competências de organização Espírito empreendedor e de cooperação adquirido por meio de experiências de liderança e criação de iniciativas associadas aos cargos de directora de uma associação sem fins lucrativos e de vice-presidente de uma juventude partidária.

Competência digital

AUTOAVALIAÇÃO				
Processamento de informação	Comunicação	Criação de conteúdos	Segurança	Resolução de problemas
Utilizador avançado	Utilizador avançado	Utilizador avançado	Utilizador avançado	Utilizador independente

Competências digitais - Grelha de auto-avaliação

Grande domínio de programas do Microsoft Office

Bons conhecimentos do programa de análise estatística SPSS

Domínio do programa de análise de conteúdo Maxqda

Domínio do sistema de gestão hoteleira wHotel

Carta de Condução B1, B