

M

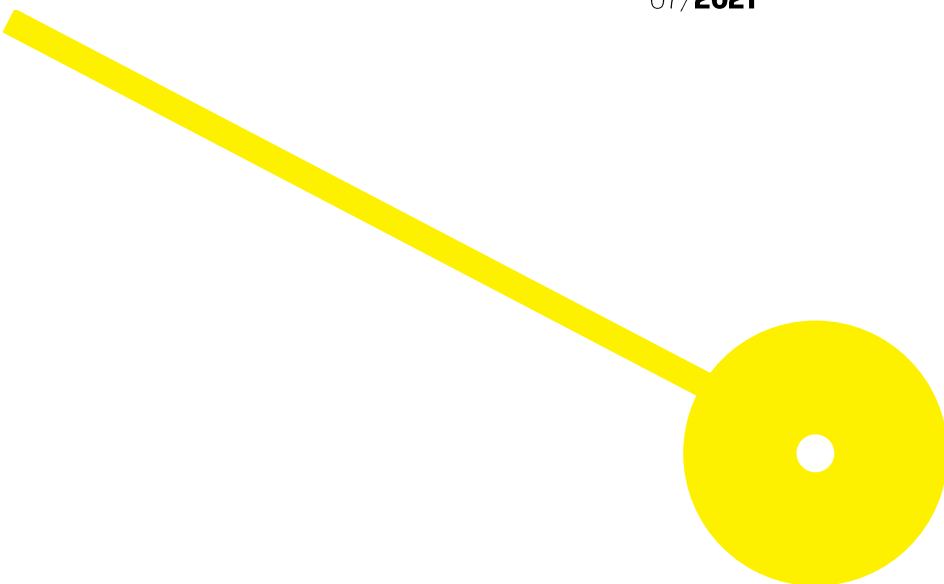
MESTRADO

Gestão das Organizações - Ramo de Gestão de Unidades de Saúde

Gestão do Risco na Prestação de Cuidados de Saúde: Uma visão integrada para a promoção da Segurança do Doente

Beatriz dos Santos Frade

07/2021





**ESCOLA
SUPERIOR
DE SAÚDE**

Gestão do Risco na Prestação de Cuidados de Saúde: Uma visão integrada para a promoção da Segurança do Doente

Autor

Beatriz dos Santos Frade

Orientador(es)

Professora Doutora Pilar Alexandra Baylina Machado | Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto

Coorientador(es)

Engenheira Ana Paula Teixeira | Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E

Dissertação/Projeto/Relatório de Estágio apresentada(o) para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão das Organizações – Ramo/Área de Especialização em Gestão de Unidades de Saúde pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto.

Porto, julho de 2021

Agradecimentos

A realização desta dissertação de mestrado, apesar das diversas dificuldades e limitações enfrentadas, contou com o apoio e incentivo de várias pessoas, que sem os quais eu não conseguiria cumprir com os meus objetivos e pôr fim à última da minha formação acadêmica.

Em primeiro lugar, quero deixar um especial agradecimento à minha orientadora e coorientadora. À professora Doutora Pilar Baylina Machado por todo o apoio, orientação, dedicação, conhecimento transmitido e, principalmente, pela disponibilidade que apesar da sua rotina (híper, mega) preenchida sempre arranhou tempo para mim. À minha coorientadora, engenheira Ana Paula Teixeira, agradeço também por toda a atenção, contribuição e ajuda disponibilizada.

À Unidade Local de Saúde, por fazer com que este trabalho tivesse sido possível e, em especial, ao Departamento de Gestão do Risco.

Ao meu namorado e família, pelo amor e apoio incondicional, pelo companheirismo, pela paciência e por sempre estarem presentes na minha vida.

Por último, tendo a consciência de que nada disto teria sido possível sem ela, um enorme obrigada à minha mãe guerreira, que apesar de a vida nem sempre lhe ter sorrido, ela conseguiu manter-se firme e forte. Obrigada por todos os ensinamentos e valores partilhados, pelo incentivo, amor, pela amizade, companhia, pela compreensão, paciência e por sempre me acalentes nos meus piores momentos.

Dedico este trabalho à minha mãe!

Espero que estejas orgulhosa de mim.

Resumo

A Segurança do Doente é considerada como um direito fundamental do cidadão e um dos principais desafios dos cuidados de saúde do século XXI. Reconhecer o papel do profissional de saúde, enquanto prestador de cuidados de saúde, como um aliado fundamental para se conseguir a segurança do doente é salvaguardar a segurança, saúde e bem-estar deste. Considerando a prestação de cuidados de saúde, como uma atividade complexa e que é influenciada por diversos fatores, como é o caso da saúde e bem-estar do profissional e das instalações e equipamentos, é inevitável que a mesma não acarrete um certo grau de risco ponderável. Neste sentido, a Gestão do Risco surge como um processo fundamental que cria e implementa medidas que têm como função minimizar/eliminar o risco e assim o dano para o doente, profissional e equipamentos e instalações.

Objetivo: Analisar de que forma a Segurança do Profissional de Saúde é afetada pelos Risco Psicossocial e Risco Físico, de modo a desenvolver uma melhoria contínua nos cuidados de saúde prestados e assim garantir a Segurança do Doente.

Metodologia: Este estudo trata-se de um estudo de caso exploratório, descritivo e explanatório, cuja recolha de dados retrospectivos se realizou através de reuniões presenciais e via Plataforma Zoom, bem como através de plataformas informáticas utilizadas na Instituição de Saúde.

Resultados: Neste trabalho foram analisados os resultados das Não conformidades (23, no período de 2018 a 2020), os resultados das auditorias clínicas e não clínicas (6 auditorias realizadas em 2020), os resultados da sinistralidade (4 acidentes de trabalho), Avaliações de Risco realizadas em 2015 e 2018 e Relatórios de Ensaio (2) sobre os níveis de iluminância nos postos de trabalho e exposição dos trabalhadores ao ruído durante o trabalho.

Conclusão: Tendo em conta os resultados obtidos, é cada vez mais importante que se continue a apostar na criação e implementação de programas e boas práticas que garantam a segurança, saúde e bem-estar dos profissionais de saúde, para assim garantir a segurança do doente.

Palavras-chave: Segurança do Doente; Segurança do Profissional de Saúde; Gestão do Risco; Serviço Central de Esterilização; Risco Psicossocial; Risco Físico.

Abstract

Patient Safety is considered as a basic right of citizens and one of the most important challenges of the 21st century basic healthcare. Recognizing the role of the healthcare professional, as a healthcare provider and a powerful ally in achieving patient safety, means to preserve the patient's safety, health, and well-being. Considering the provision of healthcare services as a complex activity, influenced by several factors, such as the professionals' health and well-being and the adequate facilities and equipment, it is inevitable that it can be considerably hazardous. In this regard, the Risk Management emerges as a fundamental process for the introduction of crucial measures to reduce/eliminate the risk and, thus, the damage to the patient, to the healthcare professional and to the facilities and equipment the professional needs to carry out his duties properly.

Aim: To analyze how the Healthcare Professional Safety is affected by Psychosocial and Physical Risk, to develop a continuous improvement in the healthcare assistance and, therefore, to ensure a high level of patient safety.

Methodology: This is a descriptive exploratory and explanatory study, whose data collection process was carried out through face-to-face meetings and Zoom Platform, as well as computing platforms used in the Health Services.

Results: In this work, the results of non-conformities (23, from 2018 to 2020), the results of clinical and non-clinical audits (6 audits carried out in 2020), the results of accidents (4 work accidents), Risk Assessments carried out in 2015 and in 2018 and Test Reports (2) about the lighting and noise exposure levels among workers were analyzed.

Conclusion: Considering the results obtained, it's increasingly important to invest in the creation and implementation of programs and good practices that ensure the safety, health and the well-being of healthcare professionals, in order to guarantee the patient's safety.

Keywords: Patient Safety; Healthcare Professional Security; Risk Management; Sterilization Central Service; Psychosocial Risk; Physical Risk.

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACES	Agrupamento de centros de Saúde
AHRQ	<i>Agency for Healthcare and Quality</i>
CSD	Cultura de Segurança do Doente
DGS	Direção-Geral da Saúde
DMAIC	<i>Define, Measure, Analyze, Improve, Control</i>
DM	Dispositivos Médicos
EPI	Equipamento de proteção individual
FMEA	<i>Failure Mode and Effect Analysis</i>
HFMEA	<i>Healthcare Failure Mode and Effect Analysis</i>
IACS	Infeções associadas aos cuidados de saúde
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
NHS	<i>National Health Service</i>
NPSA	<i>National Patient Safety Agency</i>
NQF	<i>National Quality Forum</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
SCE	Serviço Central de Esterilização
SST	Segurança e Saúde no Trabalho
SU	Serviços Utilizadores
ULS	Unidade Local de Saúde
WHO	<i>World Health Organization</i>

Índice

1.	Introdução.....	1
1.1.	Motivação.....	1
1.2.	Objetivos.....	3
1.3.	Estrutura da Tese.....	3
2.	Metodologia.....	5
2.1.	Metodologia aplicada ao capítulo 3– Segurança do Doente, capítulo 4– Gestão do Risco e capítulo 5– Serviço Central de Esterilização.....	5
2.2.	Metodologia do capítulo 6– Resultados.....	6
2.2.1.	Tipo de estudo.....	6
2.2.2.	População e amostra.....	6
2.2.3.	Instrumentos de recolha de dados.....	7
2.2.4.	Tratamento dos dados.....	7
3.	Segurança do Doente.....	8
3.1.	Iniciativas tomadas nesta temática.....	9
3.2.	Segurança do Doente em Portugal.....	15
3.3.	Cultura de Segurança do Doente.....	18
4.	Gestão do Risco.....	22
4.1.	Risco e Erro.....	22
4.2.	Gestão do Risco.....	25
4.3.	Gestão do Risco Clínico.....	29
4.4.	Gestão do Risco Não Clínico.....	32
4.5.	Gestão do Risco em Portugal.....	34
4.6.	Instrumentos de Gestão do Risco.....	35
4.7.	Gestão da Segurança e Saúde no trabalho.....	38
4.7.1.	Gestão da Segurança e Saúde no Trabalho dos profissionais de saúde.....	40
4.8.	Fator de Risco Psicossocial.....	42
4.9.	Fator de Risco Físico.....	45
5.	Serviço Central de Esterilização.....	50
5.1.	Zonas de Trabalho.....	51
6.	Resultados.....	54
6.1.	Unidade Local de Saúde.....	54
6.2.	Processo de Avaliação de Riscos da Unidade Local de Saúde.....	54

6.2.1.	Critérios do Risco.....	55
6.2.2.	Metodologia usada na identificação e avaliação de riscos.....	56
6.2.3.	Etapas do Processo Geral de Avaliação de Riscos.....	57
6.3.	Serviço Central de Esterilização da Unidade Local de Saúde	58
6.3.1.	Avaliação de Riscos no Serviço de Esterilização Central	60
6.4.	Apresentação, Análise e Discussão dos dados.....	62
6.4.1.	Risco Clínico.....	69
6.4.2.	Risco Psicossocial	71
6.4.3.	Risco Físico.....	72
7.	Conclusão.....	79
	Referências Bibliográficas.....	82
	Anexos.....	88
	Anexo I – Autorização da Comissão de Ética para a Saúde da ULS.....	88
	Anexo II – Fatores que influenciam a Segurança e Saúde no Serviço Central de Esterilização.....	89

Índice de Figuras

Figura 1- Os 5 estágios da Cultura de Segurança	19
Figura 2- Dimensões da Cultura de Segurança do Doente	21
Figura 3- Modelo do Queijo Suíço no sistema de acidentes.....	24
Figura 4- Processo de gestão do risco.....	26
Figura 5- Etapas da "Root Causa Analysis"	28
Figura 6- Modelo do Sistema de Gestão da SST.....	39
Figura 7- Categorias do Risco.....	56
Figura 8- Matriz de Risco de 2018: Risco Clínico.....	70

Índice de Tabelas

Tabela 1- MeSH e termos relacionados na revisão da literatura.....	5
Tabela 2- Critérios de inclusão e exclusão	5
Tabela 3- Iniciativas Internacionais sobre a Segurança do Doente: alguns exemplos.....	14
Tabela 4- Componentes da HFMEA e suas origens.....	36
Tabela 5- Ferramentas de Gestão do Risco: alguns exemplos.....	37
Tabela 6- Fatores indutores do risco psicossocial	42
Tabela 7- Medidas da instituição consoante o Ruído.....	45
Tabela 8- Valores de iluminação recomendados.....	46
Tabela 9- Classificação dos níveis de risco dos DM e equipamentos.....	50
Tabela 10- Ações de controlo em função do tipo de Risco.....	56
Tabela 11- Etapas do Processo Geral de Avaliação de Riscos.....	57
Tabela 12- Condições de Armazenamento, Preservação e Manuseamento dos DM's Esterilizados.....	59
Tabela 13- Parâmetros de monitorização e inspeção dos DM's.....	59
Tabela 14- Medidas de Controlo Gerais	61
Tabela 15- Análise Qualitativa do Risco por dimensão.....	64
Tabela 16- Postos de trabalho e suas tarefas no SCE.....	73
Tabela 17- Valores de iluminância obtidos no Plano de Trabalho.....	73
Tabela 18- Valores de iluminância obtidos na Vizinhança do Plano de trabalho.....	74
Tabela 19- Valores da Uniformidade da iluminância obtidos.....	75
Tabela 20- Valores de Ação e Valores Limite.....	76

Índice de Gráficos

Gráfico 1- Não conformidades emitidas no SCE.....	67
Gráfico 2- Serviços responsáveis pelas Não conformidade	68

1. Introdução

“No passado, o exercício da medicina era simples, pouco eficaz, mas geralmente seguro, raramente provocando danos colaterais ou complicações relacionadas com o tratamento”.

Fragata (2011, p. 1)

A Segurança dos doentes é um princípio fundamental dos cuidados de saúde. Todos os dias mais de um milhão de pessoas são examinadas e tratadas com segurança em todo o mundo. No entanto, nas últimas décadas a evolução da tecnologia, do conhecimento e troca de informação, originou o surgimento de sistemas de saúde muito complexos. Estes sistemas complexos tornaram-se então propícios à ocorrência de riscos, onde por vezes, os doentes e profissionais de saúde sofrem eventos adversos, apesar da existência de profissionais competentes e equipamentos atuais. As consequências destas condicionantes sobre os doentes e profissionais são muito variáveis, podendo ir de consequências emocionais e/ou físicas, ao aumento de custos e tratamentos adicionais (National Patient Safety Agency, 2004). Em resultado destas condições, as Instituições de Saúde prestam cada vez mais atenção à segurança e a prevenção de incidentes, promovendo a segurança dos doentes, dos profissionais de saúde e equipamentos.

A Temática “Segurança do Doente”, embora não seja um tema recente, ganhou especial atenção e relevância quando no final de 1999 o *Institute of Medicine* (IOM), divulgou o relatório “*To Err is Human: Building a Safer Health System*”. Neste relatório o IOM estimou que entre 44 000 e 98 000 pessoas morrem anualmente nos Estados Unidos em resultado de erros no sistema de saúde (Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, 1999). O IOM também realçou que tal acontecia, não só por responsabilidade direta dos profissionais, como também pelo contexto organizacional em que estes trabalhavam. O número elevado de mortes apresentado, juntamente com a divulgação da dimensão, do impacto e da natureza de outros eventos adversos, funcionou como um incentivo para o desenvolvimento e investigação desta temática. Para além do *Institute of Medicine* (Estados Unidos da América), outras Instituições internacionais, apoiaram esforços realizados e propuseram outros, para a criação de um sistema de saúde seguro, que têm como objetivo a promoção da segurança dos doentes. Estas Instituições como a *National Quality Forum* (NQF), a *Agency for Healthcare and Quality* (AHRQ), a *National Patient Safety Agency* (NPSA) (Inglaterra) e a *World Health Organization* (WHO) ou Organização Mundial da Saúde (OMS), têm exposto alguns focos prioritários na investigação da problemática Segurança do Doente como a notificação de eventos adversos, a comunicação e a cultura de segurança em termos organizacionais.

1.1. Motivação

De acordo com o artigo 64 de 1976 da Constituição Portuguesa e do Plano Nacional de Saúde de 2012-2016 “o acesso a cuidados de saúde de qualidade, de forma geral, universal e tendencialmente gratuita, é

um **direito fundamental do cidadão**, a quem é reconhecida toda a legitimidade para exigir qualidade nos cuidados que lhe são prestados, sendo que a segurança é um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde” (Crisóstomo, 2016) (Ministério da Saúde, 2016). É inevitável não falar de qualidade dos cuidados de saúde quando se fala em segurança do doente. A relação entre estas componentes tem duas abordagens: na primeira considera-se que a segurança do doente é uma das dimensões da qualidade, por outro lado na segunda a segurança é um dos atributos dos serviços de saúde independente da qualidade. A Organização Mundial da Saúde (2011) compreende ainda os Métodos de Melhoria de Qualidade como um dos 11 tópicos do guia curricular multiprofissional de ensino dos profissionais de saúde sobre segurança do doente. Em Portugal a Segurança do doente é uma prioridade da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde em 2015–2020, a qual integra o Plano nacional para a Segurança dos Doentes 2015–2020 (Ministério da Saúde, 2015a).

Por outro lado, é frequente não se ter em consideração a Segurança e Saúde no trabalho dos profissionais de saúde como parte essencial dos fatores contribuintes para a Segurança do Doente. Por essa razão, garantir que existam boas condições de segurança e saúde nos locais de trabalho vai traduzir-se num melhor desempenho da atividade do profissional de saúde e assim contribuir para a Segurança do Doente. Cada instituição possui um ambiente próprio, seja este influenciado e/ou que influencia as pessoas que nela trabalham, que contribui para a criação de uma cultura organizacional. A OMS (2009) considerou que a cultura de segurança reflete o nível de comprometimento com a segurança e competência de gestão de segurança de uma instituição de saúde. Esta foi considerada pela National Patient Safety Agency (2004) um dos sete passos/medidas que as Instituições devem adotar para melhorar a segurança.

Os cuidados de saúde que não sejam seguros e, conseqüentemente, de má qualidade, conduzem à ocorrência de danos, muitos deles considerados evitáveis, e a uma diminuição dos resultados efetivos em saúde. Como tal, a prática da medicina é uma atividade de risco.

É certo que errar é humano, no entanto num sistema de saúde cada vez mais complexo e, conseqüentemente, com grande possibilidade de ocorrência de erros, é fundamental construir um sistema seguro, implementando medidas e desenhando processos que garantam a segurança do doente e profissional. Para alcançar este propósito é essencial a aplicação de medidas de gestão de risco.

Compete à instituição identificar os riscos, avaliá-los e hierarquizá-los de modo a identificar as ações de melhoria a desencadear (Ministério da Saúde, 2015a). Na maior parte das vezes, a causa dos incidentes de segurança nem sempre está associada à falta de competência técnica dos profissionais, ou falhas destes, mas sim a questões organizacionais (falta de organização, gestão incorreta, falta de formação, falta de liderança, entre outras), estruturais (instalações, equipamentos) e culturais.

A OMS (2017) estimou que os eventos adversos mais comuns estão relacionados com procedimentos cirúrgicos (27%), erros de medicação (18,3%) e infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) (12,2%) (World Health Organization, 2017d).

Perante os fatores acima mencionados, e uma vez que a gestão de risco promove a prevenção, aumenta a garantia para se atingir a segurança do doente e profissional de saúde e a qualidade da prestação, é fundamental perceber esta temática e como ela influencia os critérios de segurança do doente e do profissional.

Para a realização deste trabalho a investigação debruçou-se, inicialmente, sobre uma revisão seletiva da literatura existente sobre a temática da Segurança do Doente, Gestão do Risco, Gestão de Segurança e Saúde no trabalho e Serviço Central de Esterilização.

Posteriormente, procedeu-se à recolha de dados numa instituição hospitalar, relativamente à gestão do risco e segurança do profissional, para dar resposta aos objetivos pré-estabelecidos.

Face à pandemia Covid-19, e dado as limitações impostas (em função desta pandemia) pela Unidade Local de Saúde, a realização deste estudo de caso apenas se realizou no Serviço Central de Esterilização (SCE) da Unidade de Saúde pelo que, apesar da colaboração com o Departamento de Gestão do Risco, a recolha de dados foi limitada e retrospectiva.

1.2. Objetivos

O objetivo principal para a realização deste estudo é analisar de que forma a Segurança do Profissional de Saúde é afetada pelos Risco Psicossocial e Risco Físico, de modo a desenvolver uma melhoria contínua nos cuidados de saúde prestados e assim garantir a Segurança do Doente.

A recolha de dados realizada pretende dar resposta aos seguintes objetivos específicos:

- Identificar os fatores de risco que poderão afetar a Segurança do Profissional de Saúde;
- Analisar o fator de Risco Psicossocial;
- Analisar o fator de Risco Físico;
- Analisar de que modo a segurança dos profissionais afeta a segurança do doente;
- Analisar os níveis de sinistralidade no Serviço Central de Esterilização;
- Analisar os Relatórios de Ensaio do Serviço Central de Esterilização.

1.3. Estrutura da Tese

Este trabalho está dividido em sete capítulos.

Neste primeiro capítulo, a Introdução, expõe-se a problemática em análise bem como a motivação para a realização deste estudo caso, identificando os objetivos pretendidos e a estrutura do trabalho.

No segundo capítulo é descrita a metodologia usada como base para a realização deste trabalho.

No terceiro capítulo, é exposta a revisão da literatura relacionada com a temática Segurança do doente e, posteriormente a Cultura de Segurança do Doente.

No quarto capítulo, é apresentada a revisão da literatura relativa à Gestão do Risco e, dentro desta, a Gestão do Risco Clínico e Risco não Clínico, os instrumentos de Gestão do Risco, a Gestão de Segurança e Saúde no Trabalho e o Fator de Risco Psicossocial e Físico.

No quinto capítulo, é elaborada uma revisão da literatura referente ao Serviço de Esterilização Central e as suas zonas de trabalho.

No sexto capítulo, são apresentados os resultados do Estudo de Caso. É descrito o processo de Avaliação de Riscos da instituição hospitalar, mais especificamente, quais os seus critérios do risco, metodologia usada na identificação e avaliação de riscos, etapas da Avaliação de risco e avaliação de riscos no Serviço Central de Esterilização, e por fim, é analisado os resultados das não conformidades emitidas, dos níveis de sinistralidade e relatórios de ensaio realizados no Serviço Central de Esterilização.

No último capítulo, são apresentadas as principais conclusões.

Na Secção dos anexos, foram incluídos os documentos considerados fundamentais para complementar as informações discutidas nesta tese.

2. Metodologia

Neste segundo capítulo, será descrita a metodologia utilizada como suporte para a realização desta dissertação.

No capítulo 3 (Segurança do Doente), capítulo 4 (Gestão do Risco) e no capítulo 5 (Serviço Central de Esterilização) foi aplicada uma metodologia descritiva e exploratória.

No capítulo 6- Resultados foi utilizada uma metodologia descritiva exploratória e explanatória.

Nos próximos subcapítulos será esclarecido com maior detalhe estas metodologias.

2.1. Metodologia aplicada ao capítulo 3- Segurança do Doente, capítulo 4- Gestão do Risco e capítulo 5- Serviço Central de Esterilização

Na realização destes três capítulos, foi utilizada uma metodologia descritiva exploratória, suportada por uma revisão da literatura através da aplicação de um conjunto de palavras-chave e termos livres e relacionados (Tabela 1), nas bases de dados científicos *PubMed*, *Science Direct*, *B-ON* e *SciELO*, bem como em *sites* de entidades nacionais e internacionais (como é o caso da *DGS*, *WHO*, *JCI*, etc.) e livros.

Tabela 1- MeSH e termos relacionados na revisão da literatura

Palavras-chave e Termos relacionados
<i>Patient safety</i>
<i>Healthcare professional's safety</i>
<i>Risk Management</i>
<i>Clinical Risk</i>
<i>Non-Clinical Risk</i>
<i>Sterilization Service</i>
<i>Psychosocial Risk</i>
<i>Physical Risk</i>

O intuito da revisão foi encontrar informação relacionada com a Segurança do Doente, a Gestão do Risco (clínico e não clínico) na prestação de cuidados de saúde, a Gestão de Segurança e Saúde no Trabalho, o Risco Psicossocial, o Risco Físico e o Serviço Central de Esterilização. De modo a delimitar a pesquisa, foram criados alguns critérios de inclusão e exclusão para a escolha de artigos (Tabela 2).

Tabela 2- Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
- Idioma: Português, Inglês, Francês;	

<ul style="list-style-type: none"> - Conter resumo; - Estar associado aos cuidados de saúde; - Estar associado à Segurança do Doente; <ul style="list-style-type: none"> - Estar associado à Segurança dos Profissionais de Saúde; - Estar associado à Gestão do Risco nos hospitais; - Estar associado ao Risco Clínico e não Clínico; - Estar associado ao Risco Psicossocial; <ul style="list-style-type: none"> - Estar associado ao Risco Físico; - Estar associado ao Serviço Central de Esterilização. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidados de saúde prestados em centros de saúde; - Artigos que detalhem a prestação dos cuidados de saúde; - Gestão do Risco noutras áreas (p. ex. financeiro,...).
--	---

Para melhor gestão da bibliografia, citações e referências foi utilizado o *software* Mendeley Desktop.

2.2. Metodologia do capítulo 6- Resultados

2.2.1. Tipo de estudo

Neste capítulo foi aplicada uma metodologia descritiva exploratória (apresentação dos principais riscos identificados que põem em causa a segurança dos profissionais de saúde no Serviço Central de Esterilização, mais especificamente o Risco Psicossocial e Físico), e explanatória (avaliação dos mesmos riscos através de uma avaliação qualitativa baseada na ISO 31000 com apoio na HFMEA). Nesta última parte procurou-se identificar quais os riscos que estariam relacionados entre si, numa lógica de causa efeito, identificação das causas raiz e respetivos efeitos para o doente e profissional. Numa fase final procurou-se elaborar um plano de ação que permita minimizar/eliminar/controlar/ mitigar os riscos identificados e avaliados como não aceitáveis.

Este estudo é também um estudo de caso retrospectivo, visto que os dados recolhidos correspondem a dados existentes antes de este estudo ser iniciado, nomeadamente, entre os anos 2015 e 2021.

2.2.2. População e amostra

A população-alvo deste estudo de caso incidiu sobre todos os profissionais de saúde da Unidade Local de Saúde e a amostra compreende todos os profissionais do Serviço Central de Esterilização da Unidade de Saúde.

2.2.3. Instrumentos de recolha de dados

Em primeiro lugar, é de referir que a recolha de dados só foi iniciada após serem obtidas as autorizações por parte da Comissão de Ética para a Saúde da Unidade Local de Saúde (Anexo I), no sentido de garantir a confidencialidade dos dados obtidos e o uso exclusivo para fins académicos.

Com recurso a reuniões presenciais ou via Plataforma Zoom e plataformas informáticas utilizadas no hospital, foram analisadas todas as informações que pudessem estar relacionadas com a Segurança do Profissional de Saúde. Dessa análise, em colaboração com o Departamento de Gestão do Risco da Unidade Local de Saúde, foram recolhidos os resultados de avaliações de risco, resultados de auditorias clínicas e não clínicas, resultados de monitorização de ocorrências clínicas e não clínicas, resultados da monitorização da sinistralidade e por último resultados dos relatórios de ensaio.

2.2.4. Tratamento dos dados

Após a recolha dos dados foi necessária a sua organização, análise e interpretação. Para tal utilizou-se o Microsoft Excel para a criação da ficha de leitura e foi aplicada uma metodologia explanatória na avaliação qualitativa dos riscos baseada na ISO 31000 com adaptação da ferramenta HFMEA na procura da causa/efeito. Esta avaliação permitiu a Identificação do Risco (nesta etapa são considerados todos os riscos que possam desencadear eventos que melhorem, acelerem, retardem ou degradem a conquista dos objetivos) e a Análise do Risco (são analisadas, de forma qualitativa, as suas causas e consequências e indicam as estratégias e métodos mais apropriados para o tratameto do risco).

No trabalho em causa não foi possível realizar a avaliação quantitativa dos riscos devido à falta de informação disponibilizada.

3. Segurança do Doente

A segurança do doente, apesar de ser um tema que ganhou especial relevância com a publicação do relatório *"To err is Human"* em 1999, é um tema que deu os seus primeiros passos muito antes (Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, 1999). As suas primeiras evidências datam a 460 e 377 a.C. pelo pai da medicina: o Hipócrates. Hipócrates afirmava que na prática da medicina, o médico devia abstrair-se de todo o dano e maldade, e direcionar os cuidados para a recuperação do doente, definindo então uma das primeiras referências explícitas ao tema Segurança do Doente: *"Primum non nocere"* – que significa primeiro não causar dano. Já no século XIX, outro autor peregrino que trouxe grandes descobertas para a Segurança do doente foi Ignaz Philipp Semmelweis. Ignaz, por volta de 1847, introduziu a obrigação de lavagem das mãos dos médicos e estudantes, quando observou que o elevado número de morte por infecção pós-parto se devia às práticas dos estudantes do hospital universitário, pois verificou-se que a seguir a realizarem autópsias, seguiam diretamente para a observação dos partos sem qualquer tipo de higienização (Ungváry, 2018). Ainda no mesmo século, durante a Guerra da Crimeia, a enfermeira britânica Florence Nightingale por volta de 1865, introduziu mudanças simples na higiene e alimentação dos soldados, proporcionando uma diminuição significativa no número de infecções e mortes. Florence ainda afirmou que a estrutura e a instituição dos hospitais influenciam o estado de saúde e recuperação dos doentes, demonstrando que as condições em que viviam os soldados na Índia como, a falta de saneamento, superlotação do espaço, contaminação da água e ventilação incorreta eram responsáveis pelos maus resultados associados à prática clínica (Lopes & Santos, 2010).

Mais tarde, em 1999, foi publicado o relatório *"To Err is Human"* que mobilizou toda a atenção dos doentes, dos profissionais de saúde, dos gestores de saúde e das Instituições de saúde para as questões relacionadas à segurança do doente. Neste relatório, foi estimado que o número de mortes, nos Estados Unidos da América, variava entre os 44 mil e 98 mil mortes por ano, devido a eventos adversos, sendo que, cerca de metade destes seria evitável. O custo associado a esses eventos foi avaliado entre 17 e 29 mil milhões de dólares, e contemplavam os custos dos cuidados adicionais, perda de rendimento e incapacidade dos doentes afetados (Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, 1999). No Reino Unido, na mesma altura, foi publicado o relatório *"An organisation with a memory"*, onde se divulgou uma incidência de 10% de eventos adversos nos doentes internados. O que se traduzia em 850 mil internamentos com custos acima dos 2 milhões de libras, anualmente no sistema de saúde (NHS) (Department of Health, 2000).

Assim, segundo a Organização Mundial da Saúde, a Segurança do Doente, pode ser entendida como "a redução do risco, a um mínimo aceitável, de um dano desnecessário associado ao cuidado de saúde" (World Health Organization, 2007a).

Falhas ao nível da segurança do doente podem ter implicações nas Instituições de saúde, nos seus profissionais e, principalmente, nos doentes. As mesmas refletem-se em três dimensões (P. Sousa, Uva, & Serranheira, 2010):

- Perda de confiança dos doentes nas Instituições de saúde e seus profissionais, degradando-se as relações entre estes e os doentes;
- Aumento dos custos, sociais e económicos, e conseqüente aumento dos danos causados;
- Redução da possibilidade de alcançar os resultados esperados/desejados, com conseqüências diretas na qualidade dos cuidados prestados.

Os desenvolvimentos da investigação em relação aos cuidados de saúde contribuíram (e ainda contribuem) para a melhoria dos cuidados de saúde prestados. No entanto, mesmo com estes avanços, as pessoas continuam a estar expostas a diversos riscos quando submetidas à prestação de cuidados de saúde. Por esta razão, a segurança do doente é uma preocupação central dos sistemas de saúde em todo o mundo, quer pelo impacto negativo em termos dos resultados em saúde, quer pelos custos acrescidos que acarretam.

3.1. Iniciativas tomadas nesta temática

Perante este quadro, em maio de 2002, a 55ª Assembleia Mundial de Saúde apelou aos Estados Membros para considerar a segurança como um princípio fundamental dos cuidados de saúde, de modo a reforçarem as condições de segurança, implementando sistemas de monitorização, e prestarem mais atenção aos incidentes que ocorrem durante a prestação de cuidados de saúde. A assembleia atribuiu ainda, à OMS a responsabilidade de criar normas e orientar os países no desenvolvimento de práticas e políticas direcionadas para a segurança do doente (World Health Organization, 2002).

No Reino Unido o relatório *An Organisation With a Memory* identificou quatro áreas-chave que deviam ser abordadas nas Instituições do *National Health Service* (NHS) para melhorar o sistema de notificação e informação de relatos dos incidentes, e assim conseguir desenvolver uma abordagem eficaz para a resolução destes incidentes, baseada na prevenção, com o propósito de melhoria contínua. Além disso, foi evidenciado que nesses relatórios a descrição dos incidentes nos cuidados de saúde era fragmentada e incompleta na escala e natureza destes, e que a abordagem do NHS era antiquada, pelo que raramente conseguiam aprender com o que corria mal. As quatro áreas-chave a serem abordadas era: mecanismos unificados para a elaboração de relatórios e análises de quando as coisas correm mal; uma cultura mais aberta, em que os incidentes ou falhas de serviço possam ser notificados e debatidos; sistemas e processos de monitorização para garantir que, sempre que existam ações de melhoria identificadas, estas sejam postas em prática; e por último, uma apreciação mais ampla do valor da abordagem sistemática na prevenção, análise e aprendizagem dos incidentes (Donaldson, 2002).

Em resposta ao relatório *An Organisation with a memory*, o NHS emitiu o relatório denominado *Building a Safer NHS for patient* (Department of Health, 2001). Neste relatório ficou estabelecido a criação de um programa de garantia e melhoria da qualidade para reduzir o impacto do erro e promover a segurança dos doentes dentro do NHS, implementado diversas mudanças que, entre outras, incluem a criação de um sistema de identificação, registo, análise e relato de incidentes para aprendizagem subsequente. Para auxiliar na implementação e supervisionamento deste sistema, foi concebido dentro do Sistema Nacional de Saúde uma nova entidade independente: a *National Patient Safety Agency* – Agência Nacional de Segurança do Doente (NPSA). Além de gerir o novo sistema de notificação, a NPSA recolhe e analisa informações sobre eventos adversos no NHS; retém outras informações relacionadas à segurança no Reino Unido e no mundo; aprende com os erros e garante que as ações de melhoria identificadas são transmitidas e entendidas pelas várias equipas; e quando são identificados riscos, emite orientações para evitar danos no doente, definindo metas nacionais e estabelecendo mecanismos para acompanhar a sua evolução a nível nacional (Department of Health, 2001). Porém, a NPSA conseguiu ir ainda mais longe e estabeleceu uma política para as Instituições do NHS conseguirem implementar ações de melhoria relacionadas com a segurança do doente, através da implementação de sete requisitos (National Patient Safety Agency, 2004):

1. Construir uma Cultura de Segurança (criar uma cultura aberta e justa);
2. Liderar e apoiar a sua equipa (estabelecer um foco claro e forte na segurança do doente em toda a instituição);
3. Integrar as atividades de gestão de risco (desenvolver sistemas e processos de gestão de risco, e identificar e avaliar os possíveis riscos);
4. Promover a notificação dos incidentes (encorajar a comunicação dos incidentes);
5. Promover a comunicação e envolvimento dos doentes (desenvolver formas de uma boa comunicação entre profissional e doente, e envolver este nos processos);
6. Aprender e partilhar lições sobre a Segurança (incentivar a equipa a usar a análise de causa raiz para descobrir e aprender a razão do incidente);
7. Implementar soluções para prevenir o erro (desenvolver processos ou sistemas para precaver a ocorrência de incidentes).

Em 2004, a OMS criou então a Aliança Mundial para a Segurança do Doente, (renomeada em 2009, como Segurança do Doente), que tem como elemento central dinamizar ações direcionadas para campanhas de segurança designadas *Global Patient Safety Challenge*, (Desafio Global para a Segurança do Doente) (World Health Organization, 2008a). Os desafios lançados até agora foram:

- ❖ *“Clean Care is Safer Care”* (que se traduziu na Campanha Mundial de Higienização das mãos), em 2005;
- ❖ *“Safe Surgery Saves Lives”* (que se traduziu no Programa Cirurgia Segura, Salva-vidas), em 2008;
- ❖ *“Medication without harm”* (que se traduziu no Circuito Seguro do Medicamento), em 2017;

No primeiro desafio global- Campanha Mundial de Higienização das mãos, o foco está na prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde, em que a mensagem principal é: medidas simples, salvam vidas. Este desafio traduziu-se na campanha de higienização das mão em procedimentos cirúrgicos, aliada aos circuitos seguros do sangue e de hemoderivados, administração segura de injetáveis e de imunobiológicos, e da melhoria das condições de segurança ao nível da infraestrutura, como disponibilidade de água potável, saneamento básico, manutenção e gestão de resíduos (World Health Organization, 2005). No segundo desafio, Programa Cirurgia Segura, Salva-vidas, o foco é direcionado para a redução dos riscos associados aos procedimentos cirúrgicos, chamando a atenção para as normas e práticas da segurança cirúrgica, como a prevenção de infeções do local cirúrgico, a anestesia segura, equipas cirúrgicas seguras e os indicadores da assistência cirúrgica (World Health Organization, 2008b). No terceiro desafio, Circuito Seguro do Medicamento, o objetivo é reduzir os erros desde a receção, armazenamento, prescrição, preparação e administração da medicação ao doente, a nível mundial em 50% ao longo de cinco anos. Este desafio implicou o desenvolvimento de ações direcionadas para os Doentes no sentido de se implementar medidas de melhoria que contribuem para aperfeiçoar o processo de aquisição, armazenamento e prescrição da medicação, o que permite tornar seguro a administração de medicação ao doente (World Health Organization, 2017c).

Mais recentemente, com o aparecimento da pandemia do Coronavírus em 2020 e das complicações daí derivadas, nomeadamente, o aumento da sobrecarga laboral, do stress, da exaustão e do medo, do distanciamento do seio familiar, da falta de recursos e da pressão por estarem na linha da frente expôs a importância que a segurança e bem-estar (físico e/ou mental) do profissional tem no desempenho do seu papel. Em 17 de setembro do mesmo ano, no dia mundial da Segurança do Doente, a OMS apresentou o tema *Health Worker Safety: A Priority for Patient Safety* (Segurança dos profissionais de saúde: Uma prioridade para a segurança dos doentes), onde reconheceu e enalteceu o papel dos profissionais de saúde na segurança do doente. Neste documento, a OMS reconhece também que a segurança dos profissionais de saúde é fundamental para se conseguir a segurança do doente, e assim, emitiu um conjunto de medidas para salvaguardar a segurança destes (World Health Organization, 2020):

- ❖ Estabelecer sinergias entre as políticas e estratégias de segurança dos profissionais da saúde e de segurança dos doentes;
- ❖ Desenvolver e implementar programas nacionais para a saúde e segurança no trabalho dos profissionais de saúde;
- ❖ Proteger os profissionais de saúde da violência no local de trabalho;

- ❖ Melhorar a saúde mental e o bem-estar psicológico dos profissionais de saúde;
- ❖ Proteger os profissionais de saúde dos perigos físicos e biológicos.

Para melhorar a segurança dos cuidados prestados, facilitar o desenvolvimento de práticas e políticas de segurança do doente e aumentar a sensibilização e compromisso político, a OMS criou em 2008 o Programa da Segurança do doente (World Health Organization, 2008a). As atividades desenvolvidas podem ser resumidas da seguinte forma:

A sensibilização é um dos passos mais relevantes para enfrentar os desafios dos cuidados de saúde inseguros. Uma vez que se trata de um problema a nível mundial, a Aliança Mundial para a Segurança dos Doentes conta com a colaboração de parceiros para ajudar na sensibilização e na mudança. Muitos dos parceiros são doentes e as suas famílias, e como tal, foi criado o programa *Patients for Patient Safety* (PPS). O PPS tem como objetivo reunir as experiências pessoais dos doentes e incentivá-los a defenderem a mudança nos seus serviços de saúde, com o apoio dos Estados-membros e sociedade. De modo a tornar os cuidados de saúde mais seguros e proporcionar recompensas, foi concebido o programa *The Safety Prize programme*, que se destina a identificar instalações de cuidados de saúde que são consideradas modelos de segurança e que podem integrar fontes de aprendizagem e partilha de melhores práticas. No entanto, a grande mudança para prestar cuidados de saúde mais seguros implica a educação de todos os prestadores e futuros prestadores de cuidados. Assim, o programa *The Education for Safe Care* começou por desenvolver um guia curricular multiprofissional de segurança dos doentes, para estudantes de medicina de todo o mundo (World Health Organization, 2011). Para auxiliar na educação e informação sobre a temática foi criado o programa *The knowledge Management*, que tem como objetivo proporcionar uma plataforma de acesso à informação atualizada sobre segurança do doente; o programa *Research for Patient Safety*, que envolve pesquisas sobre a temática; o programa *International Classification for Patient Safety* com a finalidade de definir conceitos (World Health Organization, 2009a); e a iniciativa High 5S que divulga as melhores formas para mudança nas práticas organizacionais, de equipa e clínicas para melhorar a segurança dos doentes (World Health Organization, 2008a).

A OMS criou ainda um Sistema de Notificação e Aprendizagem para a segurança do doente, (*Reporting and Learning for Patient Safety*), com o objetivo de ajudar a criar sistemas de vigilância e notificação dos danos causados aos doentes, e para a prevenção destes estabeleceu um programa de Soluções para a segurança do doente, (*The Solutions for Patient Safety*). As restantes áreas de ação do programa Segurança do Doente da OMS centram-se no uso das novas tecnologias para melhorar a segurança deste, (*The technology for Patient Safety*), por exemplo, o desenvolvimento de um novo equipamento que elimina as infeções da corrente sanguínea associadas ao cateter central (*Eliminate central line-associated bloodstream infections*) que potencia o desenvolvimento de ações de prevenção, controlo e eliminação deste tipo de infeções nos serviços de saúde (World Health Organization, 2008a). Sintetizando o Programa de Segurança do Doente da OMS é constituído pelas seguintes áreas de ação:

- ❖ Desafios Globais da Segurança do Doente;
- ❖ Doentes pela Segurança do Doente;
- ❖ Pesquisa para a Segurança do Doente;
- ❖ Classificação Internacional da Segurança do Doente;
- ❖ Sistema de Notificação e Aprendizagem para a segurança do Doente;
- ❖ Soluções para a Segurança do Doente;
- ❖ *High 5s*;
- ❖ Tecnologia para a segurança do doente;
- ❖ Gestão do Conhecimento;
- ❖ Eliminação das Infecções da corrente sanguínea associadas ao cateter central;
- ❖ Educação para um cuidado mais seguro;
- ❖ O Prémio de Segurança.

Para a sexta área de ação, “Soluções para a Segurança do Doente”, a OMS designou a *Joint Commission International (JCI)* como o Centro Colaborador. Em 2007 lançou as “Nove Soluções para a Segurança do Doente” que abordaram diversas intervenções e ações para reduzir os erros médicos mais comuns, (World Health Organization, 2007b):

1. Problemas com os nomes de medicamentos em que a grafia e a pronuncia são semelhantes;
2. Identificação de Doentes;
3. Comunicação durante a transferência do Doente;
4. Execução do procedimento correto, no local correto do corpo;
5. Controlo de soluções com eletrólitos de alta concentração;
6. Garantia da precisão da medicação durante transição de cuidados;
7. Prevenção de erros na ligação de cateter;
8. Uso único do dispositivo para as injeções;
9. Melhoria na adesão à higienização das mãos, de modo a evitar infeções associadas aos cuidados de saúde.

No âmbito dos padrões internacionais para Hospitais, a OMS lançou em 2010 seis metas internacionais, que tinham de ser implementadas nas instituições que são acreditadas pela JCI, a partir de 1 de Janeiro de 2011. Essas metas são: Identificação dos doentes corretamente; Melhorar a comunicação Efetiva entre profissionais; Melhorar a segurança de medicamentos de alto risco; Garantir a cirurgia no local certo; Garantir o procedimento certo e doente certo; Reduzir o risco de infeções associados aos cuidados de saúde; e por último, Reduzir o risco de lesões no Doente, derivado a ocorrência de quedas (Joint Commission International, 2010).

Outras iniciativas tomadas pela OMS nesta temática foi a criação de ferramentas, como a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS (World Health Organization, 2009b), no segundo desafio Global- Programa Cirurgia Segura, Salva-vidas, em 2008, e da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros (World Health Organization, 2017b).

Contudo, como se pode verificar na seguinte tabela (tabela 3), estas não foram as únicas Instituições internacionais a tomar iniciativas dentro do tema Segurança do Doente:

Tabela 3- Iniciativas Internacionais sobre a Segurança do Doente: alguns exemplos

Instituição	Iniciativa
<i>National Quality Forum (NQF)</i>	Em 2003, a NQF publicou um relatório em que defendeu 30 práticas que deveriam ser universalmente utilizadas nas Instituições de saúde para reduzir o risco de danos aos Doentes. Mais tarde, em 2009, o relatório foi atualizado, adicionando novas práticas e deu-se a oportunidade de os doentes e família participarem na implementação destas, dando o seu parecer das suas experiências vividas. Em 2010, as 34 práticas foram revisadas, atualizadas e aperfeiçoadas (Meyer et al., 2010).
<i>Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)</i>	A AHRQ é a principal agência encarregada de melhorar a qualidade e segurança do sistema de saúde da América. Ela desenvolve o conhecimento, as ferramentas e a informação necessária para melhorar o desempenho do sistema de saúde e ajudar os doentes, os profissionais de saúde, e os responsáveis políticos a tomar decisões de saúde informados. (https://www.ahrq.gov/)
<i>Institute for Healthcare Improvement (IHI)</i>	O IHI tem como missão melhorar a saúde e os cuidados de saúde em todo o mundo, encontrando soluções para problemas de saúde que parecem intratáveis. Algumas das iniciativas do IHI foram: Ciclo de Aprendizagem IHI 90 dias (processo de inovação que transforma ideias de melhoria em ação); Teste de Ciclo Rápido (modelo que implementa testes para acelerar a melhoria- <i>Model for Improvement</i>); Pacotes (conjunto pequeno e simples de práticas baseadas em evidências, que quando realizadas, melhoram os resultados dos doentes); IHI Objetivo Triplo (estrutura para melhorar o desempenho do sistema de saúde, concentrando-se em 3 dimensões- melhorar a experiencia do doente e a saúde das populações e reduzir o custo per capita dos cuidados de saúde); Campanha 100 000 vidas (iniciativa de 18 meses para promover

<p><i>Institute for Safe Medication Practices (ISMP)</i></p>	<p>a adoção de generalizada de 6 práticas de segurança do doente nos hospitais dos EUA); Campanha 5 milhões de vidas (iniciativa de 2 anos, que envolveu 4 000 hospitais dos EUA para evitar 5 milhões de incidentes de danos médios). (http://www.ihp.org/)</p> <p>A ISMP é a única instituição sem fins lucrativos dedicada a prevenção de erros de medicação. Algumas das iniciativas da ISMP incidiram sobre: Normas de Medicamentos Seguros; Embalagem e Rotulagem de medicamentos; Ferramentas e Recursos para a comunidade de assistência médica; e Esforços de política públicas (práticas mais seguras de medicação, incluindo o uso do sistema métrico para medir doses líquidas de medicação e pesar doentes). (https://www.ismp.org/)</p>
<p><i>The Joint Commission International (JCI)</i></p>	<p>A JCI tem como função melhorar continuamente a segurança e qualidade do atendimento aos doentes, por meio da educação, serviços de consultoria e credenciamento e certificação internacional. Fornece soluções inovadoras e de liderança para ajudar as Instituições. (https://www.jointcommissioninternational.org/)</p>

3.2. Segurança do Doente em Portugal

Em Portugal, membro da OMS, várias ações têm sido desenvolvidas dentro desta temática, como o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (Direção-Geral da Saúde, 2007), a Campanha Nacional de Higiene das Mãos (Direção-Geral da Saúde, 2010b), o Programa Nacional para Notificação de Incidentes e Eventos Adversos em 2012 (Direção-Geral da Saúde, 2014b), o Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos em 2017 (Direção-Geral da Saúde, 2017), a elaboração de Normas Clínicas, entre outros.

A extensão do Plano Nacional de Saúde a 2020, surge na continuidade do PNS 2012–2016, onde todas as ideias, Eixos Estratégicos, orientações e princípios estabelecidos foram amplamente discutidos e consensualizados. Dos quatro eixos estratégicos concebidos para alcançar as metas de Saúde de 2020, salienta-se a Qualidade na Saúde, uma vez que a Segurança é um dos elementos fundamentais desta. Inserido neste Eixo a OMS aconselha a implementação de estratégias nacionais para a qualidade e segurança em saúde, afirmando que a melhoria da qualidade no Sistema de Saúde é "(...) um imperativo moral, porque contribui para a melhoria da equidade e do acesso aos cuidados de saúde em tempo útil, da **segurança** e da adequação com que esses cuidados são prestados" (Direção-Geral da Saúde, 2015).

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015–2020 vem reforçar a melhoria da segurança dos cuidados de saúde, tendo a Qualidade na Saúde como uma das prioridades estratégicas do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes visa melhorar a prestação de cuidados de saúde, através de ações transversais, como a Cultura de Segurança, ações direcionadas a problemas específicos, partilha de conhecimento e informação, e pretende atingir os seguintes objetivos estratégico (Ministério da Saúde, 2015):

1. Aumentar a Cultura de Segurança do Ambiente Interno

A OMS e o Conselho da União Europeia recomendam aos Estados-Membros realizar uma avaliação da perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança da instituição onde estes trabalham, visto que esta pode ser entendida como "(...) um produto de valores individuais e de grupo, de atitudes, de perceções e de padrões de comportamento, que determinam o compromisso dessa instituição para com a segurança dos doentes", e é através desta, que será inserido mudanças nos comportamentos dos profissionais de saúde (Conselho da União Europeia, 2009) (Health & Safety Executive, 2005).

2. Aumentar a Segurança de Comunicação

A Comunicação é considerada um pilar fundamental para a segurança do doente, em especial quando existe transferência de responsabilidade de prestação de cuidados, isto é, quando existe mudanças de turnos, transferências ou altas dos doentes para o domicílio ou outras instituições. Como tal, as instituições devem implementar normas para assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações entre profissionais de saúde. O conselho da União Europeia sugere ainda que os doentes sejam informados e integrados sobre o seu estado de saúde, sobre as alternativas de tratamento que possui e sobre a evolução provável do seu estado de saúde (Conselho da União Europeia, 2009).

3. Aumentar a Segurança Cirúrgica

A garantia de segurança cirúrgica é refletida como uma preocupação mundial.

Pretende-se melhorar a identificação correta do doente, do local cirúrgico e do procedimento; implementar práticas anestésicas universalmente aceites; prevenir a infeção do local cirúrgico; e melhorar o trabalho em equipa e a comunicação entre elementos da equipa cirúrgica. A Direção-Geral de Saúde (DGS) emitiu ainda normas para reforçar a adoção das orientações da OMS, como o padrão mínimo de qualidade clínica, a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, o Índice de Apgar Cirúrgico, o Manual de Implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica e as Orientações para a Cirurgia Segura (Direção-Geral da Saúde, 2013).

4. Aumentar a Segurança na utilização da Medicação

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a nível mundial, os custos associados aos erros de medicação rondam os 42 mil milhões de dólares anuais. Para isso, a OMS recomenda a reconciliação terapêutica da

medicação do doente, incluindo a dose, a frequência e via de administração, sempre que existam admissões, transferências entre serviços e altas. A reconciliação possibilita a redução das omissões, duplicações ou prescrições erradas de medicação nas transições e transferências de cuidados e, assim conseguir reduzir o número de incidentes relacionados com medicação (World Health Organization, 2017c).

5. Assegurar a identificação inequívoca dos Doentes

A literatura internacional e os sistemas de notificação de incidentes afirmam que a identificação incorreta do doente pode resultar na troca de tratamentos invasivos ou potencialmente perigosos, como transfusão de sangue e troca de medicação, entre outros. A OMS sugere que sejam adotadas estratégias nacionais relativas a esta área, como a utilização de sistemas com códigos de barra ou utilização de pulseiras de identificação de doentes. Em Portugal, a DGS recomendou as instituições o uso de mecanismos e procedimentos a adotar para a identificação inequívoca de doentes.

6. Prevenir a ocorrência de Quedas

As quedas são consideradas umas das principais causas de internamento hospitalar. Estas podem originar estados de dependência, confusão, imobilização e depressão, que levam a várias restrições nas atividades do dia-a-dia. A estratégia de intervenção consiste na prevenção de quedas, mais especificamente na avaliação e monitorização do risco da sua ocorrência, investindo na melhoria da qualidade de vida dos doentes.

7. Prevenir a ocorrência de Úlceras de Pressão

As úlceras de pressão, no geral, causam sofrimento, aumentam o prevaecimento de infeções, e diminuem a qualidade de vida dos doentes, podendo em último caso, levar a morte. As instituições, devem então implementar procedimentos e protocolos baseados na melhor evidência, avaliação do risco e sistemas de notificação para identificar, investigar e atuar com prontidão para reduzir a frequência e a severidade das úlceras de pressão.

Em Portugal, a DGS emitiu em 2011, orientações sobre o desenvolvimento das úlceras nos doentes, disponibilizando a Escala de *Braden*: Versão Adulto e Pediátrica (Direção-Geral da Saúde, 2011a).

8. Assegurar a Prática Sistemática de Notificação, Análise e Prevenção de Incidentes

A OMS em conjunto com a Comissão Europeia, recomendam aos Estados-Membros a criação de sistemas de notificação de incidentes de segurança, que promovam a aprendizagem com o erro e a implementação de ações de melhoria resultantes dessa aprendizagem (Conselho da União Europeia, 2009). Assim, a DGS tem vindo a desenvolver várias iniciativas, como publicações de normas, orientações e manuais de apoio para os profissionais de saúde e cidadão, de promoção do sistema Notifica, lançado em 2012 (Direção-Geral da Saúde, 2014b).

9. Prevenir e controlar as infeções e as Resistências aos Antimicrobianos

O crescente aumento das infeções associadas aos cuidados de saúde e da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos são problemas relacionados e que cada vez mais ganham relevância à escala mundial. Em função desta problemática, a DGS criou o Programa de Prevenção e Controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos que têm como objetivos a redução da taxa de infeção associada aos cuidados de saúde, a promoção do uso correto de antimicrobianos e a diminuição do consumo de antibióticos (Direção-Geral da Saúde, 2017).

Em Portugal, a DGS tem também publicado diversas Normas e Orientações sobre a vigilância epidemiológica das resistências aos antimicrobianos, a duração da terapêutica antibiótica, a prevenção da infeção do local cirúrgico e sobre precauções básicas do controlo da infeção, entre outros (Direção-Geral da Saúde, 2017).

Todas estas iniciativas mencionadas até ao momento foram criadas com o propósito de tornar a Segurança do Doente uma realidade e, ao longo do tempo, têm sido graduais as iniciativas mundiais no sentido de ampliar e criar políticas que promovam a segurança nos serviços de saúde.

3.3. Cultura de Segurança do Doente

A segurança do doente, não depende exclusivamente de uma pessoa, de um equipamento ou de um serviço. Ela ocorre da interação de todos os elementos de um sistema, e para conseguir melhorar a segurança é preciso compreender e analisar essa interação. Deste modo, deve-se promover uma Cultura de Segurança do Doente, focada em equipas, em que as pessoas não são castigadas por cometer erros, promovendo uma cultura de notificação de incidentes e de aprendizagem com estes (Fragata, 2010).

Fragata (2011) defende que Cultura abrange “as perceções, as motivações, mas também as atitudes e os comportamentos de um grupo que exerce uma tarefa” (Fragata, 2011, p. 78). Neste caso, a cultura tem uma dimensão de grupo em cada instituição, no entanto implica a interiorização da mesma por cada um dos profissionais.

A noção de cultura relacionada com a segurança surgiu após o desastre de Chernobyl em 1986, em que a principal causa do desastre foi associada a uma “cultura de segurança fraca”. Posteriormente, mais dois acidentes graves ocorreram: a explosão na plataforma *Piper Alpha*, localizada no Mar do Norte da Europa, e o incêndio na estação *King Cross*, em Londres, aos quais também atribuíram a responsabilidade às falhas na cultura de segurança. Mais tarde, com a publicação dos relatórios *To Err is Human* e *An Organization with a memory*, estes destacaram algumas estratégias para fazer face a problemática Segurança do Doente, destacando-se a mudança de cultura das Instituições de saúde (P. Sousa & Mendes, 2014b).

Como referido anteriormente, a Cultura de Segurança pode ser entendida como “o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, capacidades de percepção, e modelos de comportamento que determinam o compromisso com a gestão da saúde e segurança de uma instituição” (Health & Safety Executive, 2005). A cultura de segurança tem como papel fundamental estimular os profissionais a serem responsáveis pelos seus atos, potencializando a sua compreensão e esclarecendo os benefícios, assegurando que não existe punição e culpabilização relativa à ocorrência de incidentes, mas sim compreender o que aconteceu e tomar ações corretivas para não voltar a ocorrer. No entanto, modificar uma cultura de uma instituição, neste sentido, implica enfrentar várias barreiras. Numa instituição, a cultura de segurança pode-se apresentar através de diversos graus de maturidade e evoluir ao longo de cinco estágios (P. Sousa & Mendes, 2014b). A Figura 1 representa os 5 estágios da cultura de segurança.

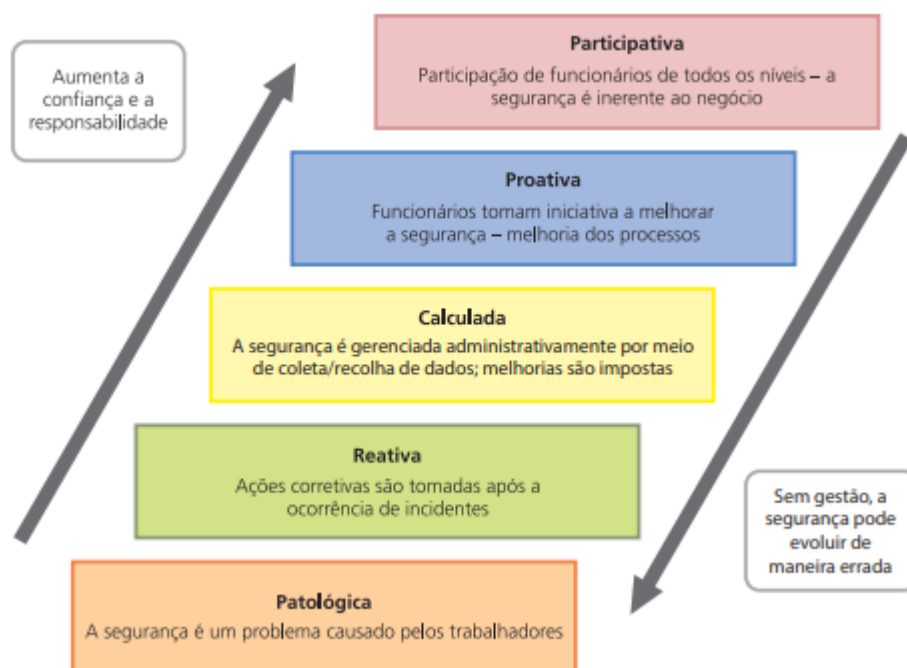


Figura 1– Os 5 estágios da Cultura de Segurança (Fonte: Adaptado de Hudson (2013))

- A **Cultura Patológica** é quando a falta da segurança é entendida como um problema causado pelos trabalhadores.
- A **Cultura Reativa** é quando as Instituições começam a encarar a segurança com mais atenção, no entanto só reagem após a ocorrência de incidentes.
- A **Cultura Calculada** está focada na gestão do risco e na recolha de dados, começando a impor melhorias.
- A **Cultura Proativa** engloba um maior número de profissionais na identificação e resolução de problemas.
- A **Cultura Participativa** abrange a participação de todos os funcionários da instituição e há um aumento da confiança.

Fragata (2011), realçou para a cultura de segurança nas Instituições três componentes fortemente estruturantes:

1. Cultura Justa–As pessoas não são punidas por cometer erros, mas sim por ter condutas impróprias. O conceito foi criado para conciliar as necessidades individuais de não culpabilização e da responsabilização dos incidentes. Esta identifica e distingue entre o erro humano (por exemplo, cometer deslizes), o comportamento de risco (por exemplo, falta de atenção, ou tentar apressar as coisas) e o comportamento imprudente (por exemplo, ignorar passos de segurança necessários);
2. Cultura de reporte de eventos de risco;
3. Cultura de aprendizagem em torno de falhas.

A avaliação da cultura de segurança serve como ponto de partida para começar um planeamento de ações corretivas/preventivas para reduzir o número de incidência de eventos adversos, e consequentemente garantir cuidados seguros. A partir dessa avaliação é possível identificar quais são as percepções e comportamentos dos profissionais de saúde relativamente à segurança, identificando áreas problemáticas que permitam implementar mudanças. A avaliação pode ainda ter várias propostas (P. Sousa & Mendes, 2014b):

- ❖ Análise da cultura de segurança e a consciencialização dos profissionais acerca do tema;
- ❖ Avaliação de intervenções implementadas para a segurança do doente e seguimento das mudanças ao longo do tempo;
- ❖ Comparação com dados de referência internos e externos à instituição;
- ❖ Verificação do cumprimento de necessidades regulatórias.

Em Instituições de saúde, o instrumento mais utilizado para avaliar a Cultura de Segurança são os questionários “Avaliação da Cultura de Segurança do Doente” (*Patient Safety Culture Survey*), da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), e o “Questionário de Clima de Segurança” (*Safety Attitudes Questionnaire – SAQ*). Em Portugal, ambos os questionários foram traduzidos e validados: a Avaliação da Cultura de Segurança, numa versão adaptada aos hospitais, (*Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSPSC*), e o SAQ (Eiras, 2011) (Saraiva & De Almeida, 2018). O HSPSC considera que a cultura de segurança tem doze dimensões, das quais, sete pertencem ao nível do departamento hospitalar, três ao nível da instituição hospitalar, e as restantes são consideradas dimensões de resultado (Figura 2).

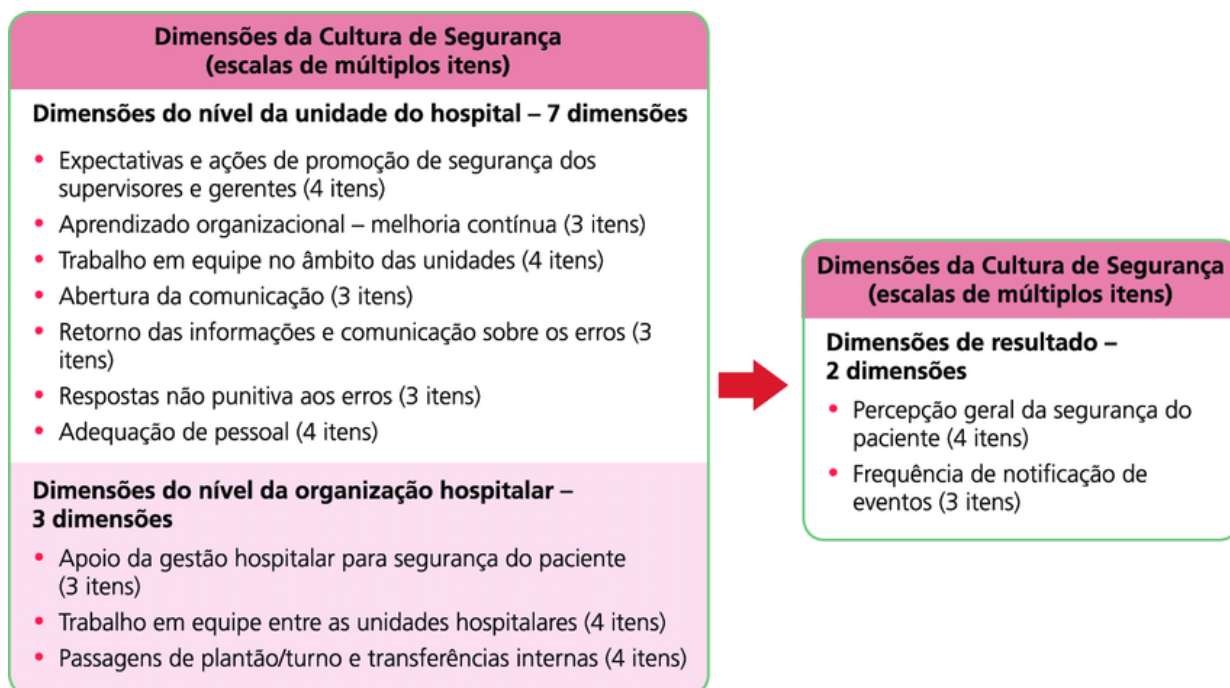


Figura 2- Dimensões da Cultura de Segurança do Doente (Fonte: Adaptado de Olsen (2008))

Em Portugal foi desenvolvido o estudo piloto “Avaliação da cultura de segurança do doente numa amostra de hospitais portugueses”, os resultados deste estudo realizado em 2014, 2016 e 2018 demonstraram que certas dimensões da Cultura da Segurança do Doente precisavam de intervenção. Estas dimensões são: Resposta ao erro não punitiva, Frequência da notificação, Dotação de profissionais, Apoio à Segurança do Doente pela gestão, Trabalho entre unidades, Abertura na Comunicação, Feedback e Comunicação acerca do erro, Percepções gerais sobre a Segurança do Doente e Transições (Direção-Geral da Saúde, 2018b).

Promover uma cultura da segurança no sistema de saúde é um fenómeno complexo. Reconhecer a sua importância e o impacto desta nas Instituições é imperativo para desenvolver qualquer tipo de programa de segurança.

4. Gestão do Risco

4.1. Risco e Erro

Para se falar da Gestão do Risco, é fundamental clarificar os conceitos-chave **Risco** e **Erro**. Segundo a DGS (2011), o conceito de risco traduz-se pela “probabilidade, alta ou baixa, de alguém ou algo ser prejudicado por um perigo”, e a que todas as Instituições se encontram predispostas. Numa instituição, a noção de risco associa-se, não só a nível material, relacionadas com o equipamento, material, infraestruturas/edifícios, mas também com aspetos humanos e funcionais, quando relacionados com normas, procedimentos e orientações. Uma vez que o risco está associado a uma noção de incerteza e instabilidade, este pode ser desencadeado por um procedimento incorreto do profissional, ou então, à associação de vários fatores (por exemplo, numa escolha errada do material aliada a um procedimento errado) (Direção-Geral da Saúde, 2011b, p. 135).

Associado ao conceito de risco está o conceito Erro, que é alvo de destaque numa política de gestão do risco, uma vez que em qualquer atividade desenvolvida pelos profissionais de uma instituição, ou por um indivíduo no seu dia-a-dia, estará associado uma determinada percentagem de risco bem como de erro. Segundo Fragata, o erro caracteriza-se por um desvio de um resultado em relação a um plano pré-estabelecido ou uso de um plano errado para atingir um dado objetivo (Fragata, 2011, p. 22). Para Reason (1990), os erros podem resultar de duas espécies de falhas: falha na execução das ações (não corre como pretendido), ou então falha no planeamento de ações para alcançar os resultados desejados (ação errada para o resultado desejado) (Reason, 1990). Para o primeiro tipo de falha pode ser descrito como um desliz (slips), relacionado a ações observáveis e falhas de atenção e, como lapso (lapses), relacionado a ações não observáveis e falhas de memória. No segundo tipo de falha está relacionado com os enganos (mistakes), que é quando as medidas selecionadas são incompatíveis/incorretas para a situação.

Num sentido mais preciso, o erro poderá ser um simples desvio de método, ou então para outros implicará a indução de danos – podendo ser apenas um **Incidente** ou **Evento Adverso**. Aquando da ocorrência de um erro não provoca danos, e se trata apenas de ocasiões indesejáveis que afetam o decorrer de um processo, mas que não comprometem o resultado planeado final, trata-se de um Incidente, porém quando o erro provoca ocorrências indesejáveis que causaram danos ao doente, (incidentes com dano), trata-se de um Evento Adverso. Contudo, nalguns casos, quando um erro é recuperado, não chegando a causar o possível dano que a sua trajetória deixava prever, transforma-se num **Near Miss** (quase erro) (Direção-Geral da Saúde, 2011b) (Fragata, 2011).

Um incidente tem sempre um conjunto de fatores contribuintes. Os Fatores/Perigos Contribuintes, segundo a DGS (2011), são as circunstâncias, ações ou influências que contribuíram para a origem ou no desenvolvimento de um incidente, ou no aumento do risco do incidente. Estes podem ser (Fragata, 2011):

- ❖ Fatores **humanos** que estão relacionados com o comportamento, desempenho ou à comunicação entre equipa, e entre equipa e doentes;
- ❖ Fatores do **sistema** relacionado com o ambiente de trabalho;
- ❖ Fatores **externos** relacionados com o controle da instituição, como o ambiente natural ou a legislação;
- ❖ Fatores relacionados ao **doente**, por exemplo, quando este não quer se submeter ao tratamento.

Existe uma relação complexa entre incidentes e fatores contribuintes. Estes podem ser o precursor necessário para a ocorrência do incidente e podem ou não ser o suficiente para causá-los. Numa certa situação, dependendo do contexto, resultado e circunstâncias, pode ser entendida como um incidente ou fator contribuinte. Dando o exemplo da WHO 2009 (Direção-Geral da Saúde, 2011b):

Se um doente com fibrilação auricular e medicado com varfarina se levantasse à noite para ir à casa de banho, escorregasse e caísse não resultando em nenhum dano visível, o incidente de segurança do doente seria considerado como um incidente sem dano e o tipo de incidente seria categorizado como “um acidente do doente – queda”. Se este doente tivesse sido encontrado na manhã seguinte inanimado no chão, então é provável que o incidente de segurança do doente fosse considerado como um incidente com dano (evento adverso) e o tipo de incidente seria considerado como “gestão clínica”. A queda seria considerada um fator contribuinte envolvendo “fatores de pessoal”, “fatores de ambiente de trabalho”, e “fatores organizacionais/do serviço”.

De acordo com a Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente os Incidentes podem ser de treze tipologias (Direção-Geral da Saúde, 2011b):

1. Administração Clínica
2. Processo/Procedimento clínico
3. Documentação
4. Infecção associada aos cuidados de saúde
5. Medicação/Fluidos IV
6. Sangue/Hemoderivados
7. Dieta/Alimentação
8. Oxigénio/gás/vapor
9. Dispositivos/equipamentos médicos
10. Comportamento
11. Acidentes do doente
12. Infraestruturas/edifícios/instalações
13. Recursos/Gestão organizacional

Para a prevenção destes incidentes, segundo Reason (2000), deve-se procurar as suas causas, que muitas vezes não se encontram em causas individuais- **Modelo Pessoal**, (como a competência técnica ou fatores psicológicos), sendo importante reconhecer que a causa pode estar integrada no próprio sistema- **Modelo Sistemático**, (como a sobrecarga de trabalho ou o próprio ambiente organizacional). Após observar as causas de vários acidentes, Reason (2000) propôs o Modelo do Queijo Suíço no sistema de acidentes (Figura 3) – também chamado modelo epidemiológico- que se adequa especialmente aos sistemas de alta tecnologia por terem muitas camadas ou barreiras defensivas. Para o autor, algumas camadas podem ser construídas como alarmes, outras são focadas nos indivíduos que trabalham em ações de ponta ou finalistas (cirurgiões, anestesistas, pilotos, etc.), e outras dependem de procedimentos e dos controlos administrativos. A sua função é proteger potenciais vítimas e bens dos perigos locais, o que na sua maioria, fazem-no de forma eficaz, no entanto há sempre fraquezas (Reason, 2000).

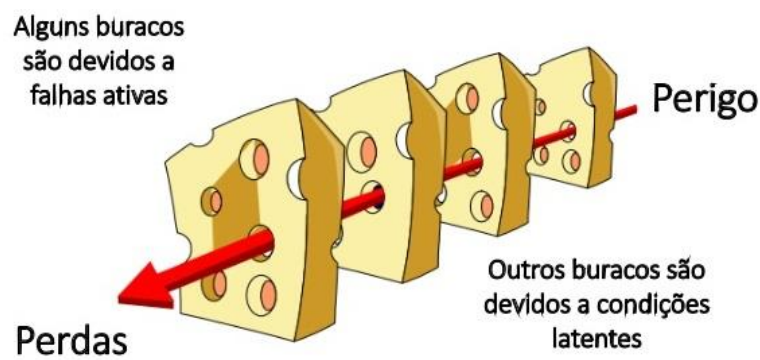


Figura 3- Modelo do Queijo Suíço no sistema de acidentes (Fonte: Adaptado de Reason (2000))

Reason considera estas camadas como fatias de queijo suíço, tendo muitos buracos, dos quais estão continuamente a abrir, fechar e mudar a sua localização. Estes buracos por si só normalmente não causam um mau resultado, isso só acontece quando os furos de várias camadas defensivas se alinham momentaneamente e permitem que a trajetória de acidente venha a ocorrer. Os buracos nas camadas defensivas podem resultar de **Falhas Ativas** e **Condições Latentes** (Reason, 2000):

- ❖ Falhas ativas é o ato inseguro cometido por uma pessoa que está em contacto direto com o doente ou sistema, e pode assumir a forma de *slips, lapses, mistakes, etc.*;
- ❖ Condições latentes é o ato ou ação evitável existente dentro do sistema, que surge a partir de decisões tomadas por analistas, gerentes e gestores de alto nível. As condições latentes podem ter dois tipos de efeitos adversos: provocam erros no local de trabalho (por exemplo, falta de pessoal, equipamento inadequado, fadiga e inexperiência); e podem criar buracos duradouros ou fraquezas nas camadas defensivas (por exemplo, alarmes e indicadores não fidedignos, desenho e construção de processos de trabalho deficientes, etc.).

As condições latentes podem permanecer impercetíveis por anos a fio até que se combine com uma falha ativa, para criar uma oportunidade de acidente. Ao contrário das falhas ativas, as condições latentes podem ser previamente identificadas e remediadas antes que o acidente ocorra (P. Sousa & Mendes, 2014a).

4.2. Gestão do Risco

Expressões como “acidentes acontecem” e “errar é humano”, são comuns no discurso do dia-a-dia, no entanto, como referido anteriormente, a Segurança é definida como a redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável (Direção-Geral da Saúde, 2011b), já que segundo Fragata (2011), a prestação de cuidados de saúde, pela sua natureza complexa e pelas atividades que executa, comporta conseqüentemente um grau de risco ponderável para os seus vários intervenientes- clientes, profissionais e gestores, o que confere à Gestão do Risco uma importância inestimável e incontornável (Fragata, 2011). Uma instituição de saúde é considerada, por si só, como uma fonte produtora de riscos, seja pelas suas características estruturais e atividade complexa, como também pela procura constante de procedimentos mais eficazes.

O conceito Gestão do Risco na saúde surgiu inicialmente nos Estados Unidos da América, como consequência de um aumento significativo de queixas realizadas contra os hospitais e outras Instituições de saúde (Clínicas, Centros de saúde, etc.), o que acarretou despesas excessivas, em indemnizações e prémios de seguro. Tendo sido assim criadas as primeiras bases para o desenvolvimento e posterior implementação de programas de gestão do risco.

A gestão do risco, segundo a DGS (2011), pode ser entendida como o conjunto de atividades (planeamento, organização, direção, implementação e avaliação) que pretendem reduzir a ocorrência dos riscos de dano aos doentes e profissionais, e reduzir os danos à propriedade ou perdas nas unidades de cuidados de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2011b). Para o PNSD 2015-2020 corresponde a um processo coletivo, que tem como objetivo garantir a segurança dos doentes, evitando incidentes, que podem ser graves, evitáveis e por vezes frequentes (Ministério da Saúde, 2015a). A gestão do risco tem então, como duplo objetivo limitar a ocorrência de eventos adversos e minimizar os danos que estes possam provocar. Os objetivos da gestão do risco, segundo Oliveira são (Oliveira, 2005):

- ❖ Desenvolver e implementar processos para identificar e hierarquizar riscos;
- ❖ Estabelecer sistemas que permitam lidar com os riscos identificados, eliminando-os ou reduzindo-os a um nível aceitável;
- ❖ Reduzir o efeito direto e resultante e o custo de incidentes que ainda possam ocorrer, através da criação de medidas de apoio efetivas;
- ❖ Proteger a instituição e os seus profissionais de responsabilidades legais.

Lima & Dutra, consideraram ainda que uma boa gestão do risco tem também como objetivos melhorar a gestão de incidentes e reduzir as perdas e custos com riscos; melhorar a identificação das oportunidades de melhorias e das ameaças; ter uma base mais sólida e segura para a tomada de decisão e planeamento; aumentar a proatividade da gestão; melhorar o uso e aplicação dos recursos; melhorar a segurança e

confiança das partes envolvidas; melhorar a conformidade com a legislação aplicável; e melhorar a gestão (Lima & Dutra, 2010).

A ISO 31000:2009, criada pela Organização Internacional de Normalização (*International Organization for Standardization*), é a norma relativa aos princípios e *guidelines* da Gestão do Risco, que expõe que todas as atividades de uma instituição envolvem riscos (ISO 31000, 2009). Faz parte do papel destas (Instituições), identificar, analisar e avaliar se o nível do risco obtido obriga a implementação de ações de melhoria. Quando implementado o processo de gestão do risco, de acordo com esta norma, permite à instituição aumentar a probabilidade de atingir os objetivos a que se propõe, incentivar uma gestão pró-ativa, melhorar a identificação de oportunidades e ameaças, cumprir os requisitos legais e regulamentares aplicáveis e normas internacionais, melhorar a comunicação obrigatória e voluntária, alocar de forma eficaz os recursos para a gestão dos riscos, melhorar a operacionalização e eficiência dos processos, melhorar a prevenção de perdas e gestão de incidentes e melhorar a aprendizagem e a resiliência organizacional. Este pode ainda ser aplicado a qualquer tipo de instituição e risco, independentemente da sua natureza.

Em 2012, a Comissão Técnica de Normalização CT 180 (APQ), adotou a ISO 31000 (2009) e apresentou a Norma Portuguesa (NP). A ISO 31000 demonstra como o processo gestão do risco se divide nas seguintes etapas descritas (Figura 4), (ISO 31000, 2009):

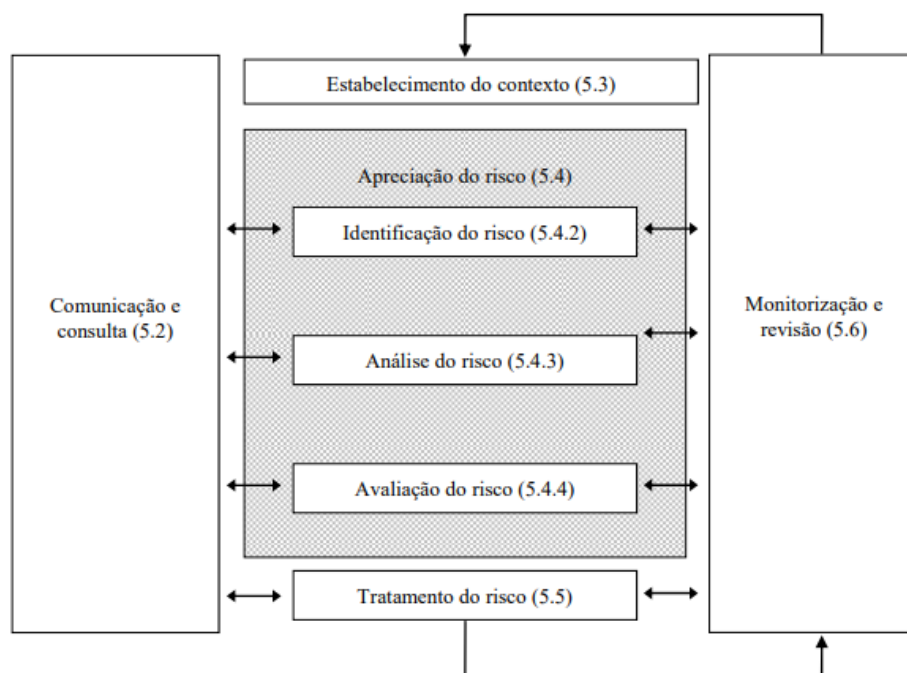


Figura 4- Processo de gestão do risco (Fonte: Adaptado da ISO 31000 (2009))

- **Comunicação e Consulta:** ocorre durante todas as fases do processo de gestão do risco, logo, são desenvolvidas numa fase inicial do processo. Abordam questões relacionadas com os fatores de risco, relativamente, às suas causas, consequências e as medidas que estão a ser tomadas para o tratar. É

importante para compreender os fundamentos das decisões tomadas e as razões pelas quais são necessárias ações específicas;

- **Estabelecimento do contexto:** momento em que a instituição expõe os seus objetivos, define os parâmetros internos e externos a ter em consideração quando se gere o risco, e estabelece o âmbito e os critérios do risco para as restantes partes do processo;

- **Identificação do Risco:** o objetivo desta etapa é criar uma lista abrangente dos riscos baseada nos eventos que possam criar, melhorar, prevenir, degradar, acelerar ou retardar a conquista dos objetivos. A instituição deve identificar as fontes de risco, áreas de impacto, eventos e respetivas causas e potenciais consequências, independentemente da fonte do risco estar ou não sob controlo da instituição e serem ou não evidentes. A instituição deve ainda utilizar técnicas e ferramentas de identificação de riscos que sejam adequadas aos seus objetivos, capacidades e riscos que enfrenta, como também deve ter em conta a informação atualizada e adequada e dispor de pessoas com o conhecimento necessário;

- **Análise do Risco:** implica desenvolver uma compreensão do risco, considerando as suas causas e fontes de risco, as suas consequências e quais as probabilidades de estas se realizarem, além de fornecer uma entrada para a tomada de decisões e quais as estratégias e métodos mais apropriados para o tratamento do risco. O modo como as consequências e a sua probabilidade são expressas e o modo como são combinadas para determinar um nível de risco deve refletir o tipo de risco, a informação disponível e deve ser consistente com os critérios de risco. Deve-se ainda considerar se os diferentes riscos são dependentes uns dos outros bem como as suas fontes. As consequências e a sua probabilidade podem ser determinadas pela modelação dos resultados de um evento ou conjunto de eventos, a partir de estudos experimentais ou dados disponíveis;

- **Avaliação do Risco:** o objetivo desta etapa é auxiliar na tomada de decisões, tendo por base os resultados da análise do risco, sobre quais os riscos que precisam de tratamento e a prioridade na implementação do tratamento;

- **Tratamento do Risco:** envolve a seleção de uma ou mais medidas preventivas e/ou corretivas a serem aplicadas no tratamento dos riscos e a implementação destas. Após a sua implementação, as medidas vão ajudar a controlar ou minimizar o risco. Transforma as análises anteriores em ações substanciais para reduzir os riscos;

- **Monitorização e Revisão:** são planeadas no início do processo de gestão do risco e envolvem monitorização e controlo regular, ações de verificação e podem ser periódicas ou *ad hoc* (para um evento específico).

O interesse em implementar um Sistema de Gestão do Risco em qualquer instituição de saúde é muitas vezes manifestada pelo Conselho de Administração. Ou seja, há uma constante preocupação com os riscos e erros existentes na instituição, pelo que há a preocupação na sua gestão, de forma a poder tornar a instituição mais eficaz e competitiva. No entanto, neste processo a equipa de Gestão do Risco deve

comunicar com todos os serviços que constituem a Unidade de Saúde, nomeadamente Comissão da Qualidade, Saúde Ocupacional, Gabinete do Utente, Controlo da Infecção Hospitalar, Instalações e Equipamentos, entre outros. É da responsabilidade do órgão de gestão da Unidade de Saúde nomear um núcleo executivo para liderar as estruturas de Gestão do Risco, criadas por esta, apesar de que todos os profissionais tem responsabilidades na prevenção de incidentes e na promoção da segurança (Ramos & Trindade, 2011).

Ainda de acordo com Ramos & Trindade (2011), a gestão do risco assenta em quatro pilares essenciais que devem ser sustentados por um programa de formação estruturado e destinado a todos os profissionais da instituição, pois são estes que serão a base para a operacionalização de um Programa de Gestão do Risco. Sendo eles, (Ramos & Trindade, 2011):

1. Sistema de Relato de Incidentes (SRI);

Um SRI tem como principais objetivos promover o relato sistemático de incidentes e analisar as respetivas causas, de modo a definir um plano de melhoria assente na prevenção. Para o sucesso da implementação de um SRI é necessário que a instituição defina que o profissional faz parte de um todo e o erro é encarado como uma oportunidade de aprendizagem e não de punição e culpabilização. Uma das metodologias que se pode utilizar é a *“Root Cause Analysis”* que deve seguir as seis etapas a seguir demonstradas (Figura 5):

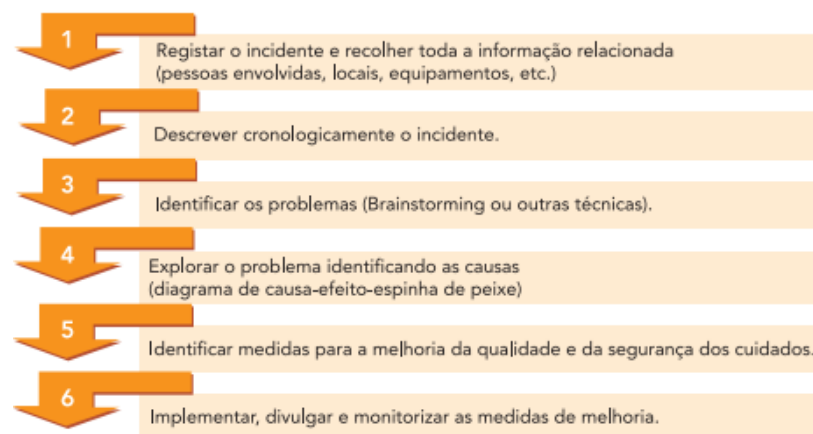


Figura 5- Etapas da *“Root Cause Analysis”* (Fonte: Ramos & Trindade (2011))

2. Identificação e Avaliação do Risco;

A metodologia de avaliação de riscos recomendada pela *National Patient Safety Agency* assenta em cinco passos: Identificação do fator de risco/risco, Identificação dos indivíduos expostos, Avaliação do risco e a determinação das prioridades de intervenção, Definição das medidas a implementar e a Reavaliação da implementação das medidas e sua eficácia (National Patient Safety Association, 2007).

3. Monitorização de Indicadores de Segurança do Doente;

É da obrigação das instituições e profissionais de saúde assegurar que os cuidados de saúde prestados aos cidadãos respondam a critérios de qualidade, que contribuem para a Segurança do Doente. Para tal,

são usados os Indicadores de Qualidade associados ao desempenho das instituições, nomeadamente os Indicadores de Intervenções Preventivas, Indicadores de Volume e Utilização, Indicadores de Segurança e Indicadores Pediátricos (Ministério da Saúde, 2015b).

4. Auditoria como Instrumento de Melhoria Contínua.

A realização de auditorias serve como uma ferramenta de melhoria continua da qualidade clínica, pois auxilia na prática médica e consolida o exercício dessa mesma prática, avaliando o desempenho dos prestadores.

O Despacho nº1400-A/2015, declara que o PNSD 2015-2020, coordenado pelo Departamento da Qualidade na Saúde, visa apoiar os gestores e clínicos do SNS na aplicação de métodos, na definição de objetivos e metas que **melhorem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde**, (mais concretamente Assegurar a identificação inequívoca de doentes, Prevenir a ocorrência de quedas e de úlceras de pressão, Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes, Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos, entre outros), definindo Gestão do Risco como o processo coletivo, que tem como objetivo garantir a maior segurança possível dos doentes, evitando incidentes (Ministério da Saúde, 2015a).

4.3. Gestão do Risco Clínico

Dado a natureza do risco na saúde poder ser muito ampla, de acordo com a sua origem, pode ser classificado em **Risco Clínico** e **Risco Não Clínico**. Risco Clínico pode ser entendido como todo o risco associado a situações decorrentes da prestação de cuidados de saúde, que pode afetar não só o doente, mas também profissionais, visitas, entre outros (Lima & Dutra, 2010).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2011), a gestão do risco clínico preocupa-se essencialmente com a segurança do doente na prestação dos serviços de saúde, identificando as situações e circunstâncias que põem em risco os doentes, atuando de modo a controlar e prevenir esses riscos. O processo para gerir os riscos clínicos é constituído pelas seguintes etapas (World Health Organization, 2011):

1. Identificar o risco;
2. Avaliar a frequência e a gravidade do risco;
3. Reduzir ou eliminar o risco;
4. Avaliar o que se poupou na redução do risco ou dos custos de eventuais riscos.

Uma vez que Risco Clínico se caracteriza pelos riscos associados aos cuidados de saúde prestados, pode ser entendido como Erro Médico. Este, segundo (Simões, 2010) pode ocorrer por:

- ❖ Imprudência (quando o médico assume riscos precipitados no tratamento do doente sem fundamento científico, ou age sem cautela);

- ❖ Negligência (quando o médico quebra as regras de segurança ou falta com a sua obrigação de tratar);
- ❖ Imperícia (decorre da falta de aptidão, teórica ou técnica no desempenho da atividade).

No entanto, quando os profissionais e Instituições cumprem e seguem as suas obrigações e regras e falham na mesma, o erro é considerado Erro Honesto (Fragata, 2011).

A gestão do risco clínico, pretende dar resposta às Políticas Internacionais de Segurança do Doente, nomeadamente nas áreas de cirurgia segura, prática de higiene das mãos em serviços de saúde, prevenção de úlceras por pressão e de quedas em doentes hospitalizados, identificação do doente e segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, enfatizado os seguintes problemas referentes a:

a) Infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS)

A IACS é um tipo de infeção obtida pelos doentes internados durante a prestação de cuidados de saúde, que dificulta o tratamento adequado do doente, sendo reconhecida com uma das principais causas de morbilidade e mortalidade, e de consumo acrescido de recursos dos hospitais. Em 2017 foram realizados novos estudos de prevalência de infeção nos hospitais e Unidades de Cuidados Continuados Integrados, que revelaram uma taxa de 7,8% (10,5% em 2012 e 10,4% em 2013, enquanto que na mesma altura os restantes países europeus apresentavam um taxa de 6,1%) (Direção-Geral da Saúde, 2017). Em função do desafio lançado a OMS realizou uma Campanha de Higienização das Mãos na assistência de saúde (World Health Organization, 2017a).

b) Intervenções cirúrgicas

No segundo desafio global para a Segurança do Doente, a OMS elegeu *Safe Surgery Saves Lives*, indicando que 3-22% dos procedimentos cirúrgicos tiveram complicações, e que a taxa de mortalidade foi de 0,4-0,8%, estimando que eventos adversos afetavam 3-16% doentes hospitalizados (World Health Organization, 2008b). Para auxiliar na realização de melhores práticas cirúrgicas a OMS lançou a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (World Health Organization, 2009b) e lista de verificação para partos seguros (World Health Organization, 2017b).

c) Risco de Quedas, Úlceras por Pressão

Segundo Almeida, Abreu e Mendes (2010) as quedas surgem como os acidentes mais relatados no hospital, traduzindo-se num aumento do período de internamento, de dependência da pessoa e de um acréscimo de custos económicos e sociais (Almeida, Abreu, & Mendes, 2010). Ainda de acordo com os mesmos autores, a probabilidade de quedas aumenta gradualmente acima dos 65 anos, sendo mais frequente nas mulheres do que nos homens, constituindo 12% das mortes em idosos, e que acima dos 75 anos corresponde a 70%.

A úlcera por pressão, segundo *National Pressure Ulcer Advisory Panel* e o *European Pressure Ulcer Advisory Panel*, “é uma lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção”, e pode apresentar quatro categorias- Categoria I: eritema não branqueável, Categoria II: perda parcial da espessura da pele, Categoria III: perda total da espessura da pele e Categoria IV: perda total da espessura tecidual (National Pressure Ulcer Advisory and Pan Pacific Pressure Injury Alliance, 2014).

d) Incidentes relacionados com Transfusão de sangue e hemoderivados

De acordo com Sousa & Mendes (2014), a transfusão de sangue consiste na perfusão de uma determinada quantidade de sangue ou componente sanguíneo, proveniente de um doador saudável a um doente. Os erros derivados à transfusão de sangue ou hemoderivados pode ter origem em erros decorrentes de procedimentos inadequados e incorretos ao longo do processo ou ter outras situações desconhecidas a esse processo (P. Sousa & Mendes, 2014a).

e) Segurança do doente e diagnóstico

Em Portugal, segundo Oliveira (2005) as áreas de intervenção mais comum na gestão do risco clínico são: o conteúdo e a organização do processo clínico, os procedimentos do bloco operatório, a comunicação e o consentimento informado, as ações com base em resultados radiológicos ou laboratoriais, a supervisão de profissionais inexperientes, a falta de tempo para a prestação de cuidados de saúde e os estagiários e profissionais recém-formados (Oliveira, 2005). De acordo com a *National Academies of Sciences, Engineering and Medicine*, erros de diagnóstico correspondem a falha em estabelecer uma explicação precisa e oportuna do problema do doente ou em comunicar essa explicação ao doente. Neste relatório ainda estimaram que 5% das pessoas que procuravam atendimento médico sofriam um erro de diagnóstico e que estes causavam 6 a 17% dos eventos adversos hospitalares, que correspondiam a 10% das mortes dos doentes (Balogh, Miller, & Ball, 2015).

f) Incidentes relacionados com medicamentos (nomeadamente, na preparação e administração destes)

Após reconhecer o alto risco de danos associados ao uso de medicamento, a OMS lançou em 2017, o seu terceiro desafio *Medication Without Harm*. O seu objetivo é reduzir em 50% os danos graves e evitáveis relacionados a medicamentos, ao longo dos próximos cinco anos, desenvolvendo sistemas de saúde mais seguros e eficientes nas etapas do processo de medicação. O processo é constituído pelas seguintes etapas: prescrição, distribuição, administração, monitorização e utilização (World Health Organization, 2017c).

Como fatores contribuintes para o erro na prestação de cuidados de saúde, Leap et al. e Fragata e Martins, consideram (Leape et al., 1995) (Fragata & Martins, 2008):

1. Falta de divulgação de conhecimentos;

2. Dificuldade em ter acesso a informações clínicas sobre o doente (ex: resultados de exames complementares de diagnóstico e testes laboratoriais);
3. Transcrição manual da prescrição terapêutica;
4. Comunicação deficiente entre inter-serviços;
5. Pouco feedback sobre efeitos adversos relacionados com os erros cometidos;
6. Falta de pessoal;
7. Lacunas na padronização sobre o uso de equipamentos;
8. Verificação da identidade e dose de medicamentos;
9. Excessiva carga de trabalho,
10. Stress e fadiga;
11. Imprudência;
12. Baixa motivação;
13. Falta de atenção;
14. Incumprimento de normas;
15. Entre outros.

De modo geral, Fragata e Martins afirmam que os erros derivados da prestação de cuidados de saúde podem ser agrupados em quatro categorias: a) **Diagnóstico**- quando existe falhas ou atrasos no diagnóstico (ex. uso de testes desatualizado, falha na aplicação de testes); b) **Tratamento**- quando existe falhas técnicas durante o tratamento (ex. falha na dosagem e administração de medicamento); c) **Preventivos**- falhas a nível de tratamento adequado (ex. monitorização inadequada); d) **Outros**- falhas relativas a comunicação, sistema e equipamentos (Fragata & Martins, 2008).

Dada a situação em que a prática diária dos profissionais de saúde pode resultar em dano para o doente e próprio profissional, é essencial que estes alterem a sua forma de atuar e a sua conduta profissional, contudo, é também fundamental (se for o caso) mudar as condições em que os profissionais trabalham, de modo a promover assim a qualidade dos serviços prestados e a segurança do profissional e consequentemente do doente (Fragata & Martins, 2008).

4.4. Gestão do Risco Não Clínico

Nas instituições de saúde, os doentes não estão apenas suscetíveis a ocorrência de incidentes relacionados com a prestação de cuidados de saúde. A estrutura física e incêndios, os equipamentos médicos e as substâncias e materiais utilizados podem originar riscos não só para os doentes, mas também profissionais, e visitas. A gestão destes riscos, é designada como **Gestão do Risco Não Clínico**. Risco Não Clínico é definido como os riscos associados aos procedimentos e práticas relacionados com a manutenção da estrutura física e dos suportes assistenciais, tais como (P. Sousa & Mendes, 2014a):

❖ Incêndios;

Os Incêndios em instituições de saúde têm um impacto muito maior a nível social e económico do que o que a sua simples menção transmite. Um estudo desenvolvido entre 2011 e 2015 pela *National Fire Protection Association* divulgou que em média ocorreram 5 750 incêndios por ano nas instituições de saúde, dos quais 1130 e 620 foram registados pertencentes a hospitais e hospícios e, clínicas, respetivamente. Esses incêndios resultaram em 2 mortes, 157 pessoas feridas e uma perda de 50,4 milhões de dólares em danos materiais (Campbell, 2017). Segundo Sousa & Mendes (2014) as medidas preventivas contra incêndios iniciam-se na fase de construção do edifício, como tal podem ser agrupadas da seguinte forma: -Construção (limite de altura e vias de evacuação); -Condições urbanísticas do meio envolvente (acesso para as viaturas dos bombeiros); -Instalações técnicas (pontos de água-hidratantes, energia elétrica e gases medicinais) e; -Equipa de prevenção de acidentes (formação e treino de uma equipa de profissionais responsáveis por implementar as medidas de prevenção contra incêndios). De acordo com os mesmos autores, as fontes mais comuns de incêndio são as de origem térmica, elétrica, mecânica e química.

❖ Água potável e abastecimento;

A água é um componente fundamental para o nosso dia-a-dia e própria sobrevivência. Para um hospital, é essencial para o seu funcionamento, seja para consumo humano, higiene dos doentes, limpeza ou confeção de alimentos, entre outros. Esta deve ser garantida 24/7, e fornecida a todo o hospital. Contudo, dada a vulnerabilidade dos doentes, a água deve ser tratada para que se reduza os riscos derivados aos microbiológicos ou químicos. O tratamento poderá passar por filtração e desinfecção.

❖ Alimentação;

A alimentação trata-se de outro componente essencial para a nossa sobrevivência. Para os doentes hospitalizados é considerada uma ferramenta de melhoria no processo de recuperação, como tal as cozinhas hospitalares devem garantir qualidade nutricional e segurança alimentar.

❖ Energia;

Atualmente, para que um hospital funcione e seja capaz de tratar e fornecer segurança aos seus doentes é fundamental haver energia. É de salientar que a nossa grande dependência por esta, também se torna num enorme fator de preocupação, pois é a Energia que assegura o funcionamento de certos equipamentos hospitalares, conforto e continuidade do cuidado de saúde.

❖ Sistemas de ventilação e climatização;

Nas áreas de elevado risco, como as áreas de internamento e tratamento, salas de cirurgia e dos serviços farmacêuticos, é necessário seguir certos condicionalismos referentes a qualidade do ar. Nesse contexto

o sistema de ventilação e climatização, tratamento do ar, pode ser composto por aquecimento, ventilação e humidade do ar.

- ❖ Gases medicinais;

Podemos considerar como gases medicinais o oxigénio medicinal, o protóxido de azoto medicinal, ar comprimido medicinal e dióxido de azoto. O manuseamento e utilização inadequada destes pode colocar em risco todo o hospital, produzindo efeitos como intoxicação, asfixia, anestesia, envenenamento, incêndio ou explosão.

- ❖ Riscos com Equipamentos médico-hospitalares;

Os equipamentos médico-hospitalares são considerados como o braço direito dos profissionais de saúde. Se por um lado ajudam a identificar/reconhecer uma doença, por outro auxiliam no tratamento desta, pelo que é essencial que a gerência destes equipamentos cumpra os requisitos para a segurança do doente. O ciclo de gestão dos equipamentos médico-hospitalares envolve: a seleção e aquisição; o recebimento; a instalação; o treino do profissional; o inventário técnico; intervenção técnica (manutenção preventiva e corretiva); a transferência; o armazenamento e; a desativação e descarte.

- ❖ Gestão de resíduos.

A gestão dos resíduos tem por base a proteção das pessoas, ambiente e a sustentabilidade, que tem vindo a atrair uma especial atenção. Os resíduos de saúde podem ser categorizados em: Grupo A- Resíduos potencialmente infetantes (ex. bolsas transfusionais que contêm sangue); Grupo B- Resíduos Químicos Perigosos (ex. produtos hormonais, quimioterápicos); Grupo C- Resíduos Radioativos (ex. materiais que contenham radionuclídeos em quantidades superiores ao permitidas); Grupo D- Resíduos Comuns (ex. restos de alimentos); Grupo E- Resíduos Perfuro cortantes (ex. agulhas, lâminas de bisturi).

Em Outubro de 2010, a DGS emitiu uma Orientação para que todas as diversas instituições do Sistema Nacional de Saúde elaborassem um Plano de Emergência Médica, face a permanente possibilidade de ocorrência “de uma catástrofe natural, epidemia, acidente tecnológico e/ou incidente nuclear, radiológico, biológico ou químico de grandes ou importantes proporções”, tendo em conta a realidade atual das unidades de saúde, para que formulassem as regras e normas gerais mais adequadas para si (Direção-Geral da Saúde, 2010a).

4.5. Gestão do Risco em Portugal

Em Portugal, a Gestão do Risco nos hospitais, começou a dar os primeiros passos no final dos anos 90- início de 2000, enquadrada no programa de qualidade na saúde que começava a dar os seus primeiros passos e a partir da adoção de dois modelos distintos, *Kings Fund* (atualmente conhecida como CHKS - *Caspe Healthcare Knowledge Systems*) e mais tarde *Joint Comission International* (JCI). Inicialmente a implementação e supervisão do primeiro modelo fazia parte da responsabilidade do Instituto da Qualidade

em Saúde (IQS), enquanto o segundo era da responsabilidade da Unidade de Missão Hospitais SA. No entanto, e por necessidade de responder melhor às exigências impostas aos setor da saúde em termos de qualidade, foi criado na Direção-Geral da Saúde, o Departamento da Qualidade na Saúde, vindo a herdar todas as funções e atribuições do extinto Instituto de Qualidade em Saúde (Direção-Geral da Saúde, 2014a). Mais tarde, estimulando a notificação de incidentes e melhoria continua da Qualidade no Sistema de Saúde (e conseqüente na Segurança), a DGS disponibilizou aos profissionais de saúde e cidadãos um Sistema Nacional de Incidentes- NOTIFICA, (anteriormente designado como Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos- SNNIEA) (Direção-Geral da Saúde, 2013), Normas Clínicas e Organizacionais, Orientações e Auditorias Clínicas que serviram como diretrizes para os profissionais (disponíveis em <https://www.dgs.pt/normas-clinicas-dgs.aspx>) (Direção-Geral da Saúde, 2018a).

Em 2011, realizou-se um estudo da Escola Nacional de Saúde Pública sobre “Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacto e evitabilidade”, que apresentou uma taxa de incidência de eventos adversos de 11,1%, dos quais 61% não causaram dano ou resultaram em dano mínimo, e 53,2% foram considerados evitáveis. Em 58,7% dos eventos adversos houve prolongamento do período de internamento no valor médio de 10,7 dias (Sousa, P., Uva, A. S., Serranheira, F., Leite, E., & Nunes, 2011). Desde o início do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes até ao final do 3º trimestre de 2019 foram registadas 8110 notificações de incidentes por parte dos profissionais de saúde e 441 notificações de incidentes por parte dos cidadãos (Direção-Geral da Saúde, 2019).

De modo a minimizar a ocorrência de incidentes relativos a risco clínico e não clínico, as instituições de saúde podem e devem adotar algumas medidas, tais como:

- ❖ Promoção do Sistema de notificação de eventos adversos;
- ❖ Promoção de formação profissional contínua na área de gestão do risco clínico e risco não clínico;
- ❖ Processo clínico informatizado;
- ❖ Sistema de prescrição de medicação e indicações terapêuticas on-line;
- ❖ Adoção de *Guidelines*, *Checklists* e protocolos de atuação;
- ❖ Realização de auditorias;
- ❖ Monitorização de indicadores de qualidade e segurança do doente;
- ❖ Adoção das normas e orientações já existentes e criar outras.

Em Portugal, dado o medo da culpabilização e possíveis conseqüências, não é conhecida a verdadeira e real dimensão do número de incidentes e das conseqüências associadas a esses na segurança do doente, uma vez que o relato de incidentes na plataforma NOTIFICA não é obrigatória.

4.6. Instrumentos de Gestão do Risco

Diferentes ferramentas têm sido usadas e adaptadas, algumas derivadas diretamente da engenharia e gestão, para as instituições prestadoras de serviços de saúde, com o intuito de melhoria contínua na saúde e conseqüentemente práticas mais seguras, reduzindo os riscos. Alguns desses métodos são usados para a descrição de processos FMEA- *Failure Mode and Effect Analysis* (Análise dos modos de falha e seus efeitos) e RCA- *Root Cause Analysis* (Análise de Causa Raiz), recolha de dados (relato de incidentes, entrevistas, questionários, inquéritos), análise dos dados (histogramas, gráficos de correlação) e reinstituição de sistemas (normas de orientação clínica e organizacionais e auditorias) (Lage, 2010). As metodologias Análise dos Modos de falha e seus efeitos e Análise de Causa Raiz são usadas para auxiliar na identificação de situações que podem causar dano, avaliando o potencial risco.

Em 2002, *The Veterans Affairs National Center for Patient Safety* implementou um sistema que alterou e expandiu a FMEA para a sua aplicação nos cuidados de saúde, intitulado de HFMEA- *Healthcare Failure Mode and Effect Analysis* (Análise dos modos de Falha nos cuidados de saúde e seus efeitos) (DeRosier, Stalhandske, Bagian, & Nudell, 2002). A HFMEA é uma ferramenta proativa que procura reduzir e prevenir a possibilidade de ocorrência de erros, identificando causas e efeitos para desenvolver ações de melhoria e prevenção. Esta metodologia envolve cinco etapas (Chiozza & Ponzetti, 2009):

1. Definir o processo a ser estudado;
2. Criar uma equipa de trabalho multidisciplinar;
3. Recolher e organizar informação sobre o processo escolhido;
4. Realizar uma análise de risco;
5. Desenvolver e implementar medidas e ações de resultado.

O modelo HFMEA foi desenvolvido a partir da conjugação de diversos conceitos dos modelos FMEA da indústria, da HACCP- *Hazard Analysis and Critical Control Point* (Análise de Perigos e Pontos Críticos de Controlo) da segurança alimentar, bem como da metodologia RCA (Análise de Causa Raiz) (Tabela 4) (DeRosier et al., 2002).

Tabela 4- Componentes da HFMEA e suas origens (Fonte: Adaptado de DeRosier et al. (2002))

Conceitos Aplicados	FMEA	HACCP	RCA
Membros da Equipa	•		•
Processo de Diagrama	•	•	
Modo de Falha e Causas	•		
Matriz de Pontuação de Perigos			•
Definição da Severidade e das probabilidades	⊥		•
Árvore das decisões		•	

Ações e Resultados	⊥		•
Pessoa responsável e concordância da direção	⊥		•

⊥ Conceitos que fazem parte da FMEA mas que foram modificados no modelo HFMEA.

Ao contrário da FMEA a Análise de Causa Raiz é uma ferramenta reativa que procura identificar os fatores contribuintes e causas para o erro/falha ter acontecido, e engloba as seguintes etapas (Ramos & Trindade, 2011):

1. Registrar o incidente e recolher toda a informação relacionada;
2. Descrever cronologicamente o incidente;
3. Identificar os problemas;
4. Explorar o problema identificando as causas;
5. Identificar medidas para a melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados;
6. Implementar, divulgar e monitorizar as medidas de melhoria.

O foco de uma Análise de Causa Raiz deve estar nos sistemas- como melhorar estes para prevenir a ocorrência de incidentes, e deve responder às seguintes questões: a) O que aconteceu?; b) Porque é que aconteceu?; c) O que pode ser feito para evitar que volte a acontecer? (Buczowski, Carr, Castro, & Wyatt, 2015).

Ainda assim, para além das ferramentas de gestão acima mencionadas, podemos ainda referir outras também muito utilizadas na gestão do risco e melhoria contínua de processos/ sistemas, com o objetivo de reduzir o risco e garantir uma melhoria contínua nos serviços prestados, como as referidas na seguinte tabela (Tabela 5):

Tabela 5- Ferramentas de Gestão do Risco: alguns exemplos

Ferramentas	Função
Análise da Árvore de Falhas (FTA) ¹	A FTA é uma ferramenta comumente utilizada para identificar possíveis causas de potenciais riscos, identificando, avaliando e delineando a inter-relação entre as causas e as consequências desse risco. No entanto a FTA não permite determinar qual a probabilidade de ocorrência das falhas (Shafiee, Enjema, & Kolios, 2019).
DMAIC ²	A DMAIC é uma ferramenta que faz parte integrante da filosofia Six Sigma, que contribui para determinar as origens das falhas a partir de questões como: o que, onde, como e porquê, reunindo os dados e informações necessários para implementar medidas de melhoria. Esta ferramenta é dividida em cinco fases: <i>Define</i> - definir; <i>Measure</i> - Medir;

	<p><i>Analyze</i>- Analisar; <i>Improve</i>- Melhorar; <i>Control</i>- Controlar (Migita, Yoshida, Rutman, & Woodward, 2018).</p>
<p>Análise Preliminar de Risco</p>	<p>A Análise Preliminar de Risco (<i>Preliminary Hazard Analysis- PHA</i>) trata-se de uma ferramenta proativa que procura indicar todos as potenciais causas, falhas ou perigos decorrentes de uma determinada atividade, processo ou sistema, bem como as suas consequências e o impacto destas (Baybutt, 2018).</p>
<p>Os 5 Porquês</p>	<p>Os 5 Porquês foi desenvolvida por Sakishi Toyoda que implementou na <i>Toyota Industries Corporation</i>. Esta técnica é amplamente usada para encontrar a causa raiz das falhas, através da formulação da pergunta "Porquê" cinco vezes, de forma a compreender o que se passou (Serrat, 2017).</p>
<p>PMBOK³</p>	<p>PMBOK, ao contrário das ferramentas acima mencionadas, trata-se de um livro criado pelo instituto PMI- <i>Project Management Institute</i>, que serve como guia, onde expõe as melhores práticas de gestão de projetos, e que indica as melhores ferramentas e técnicas na Gestão do risco.</p>

¹Fault Tree Analysis

² Define, Measure, Analyze, Improve, Control

³Project Management Body of Knowledge

4.7. Gestão da Segurança e Saúde no trabalho

De acordo com a Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (2018) "a garantia de segurança e saúde nos locais de trabalho é um direito de todos os trabalhadores e também um imperativo constitucional".

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), estima-se que anualmente morrem cerca de 2,78 milhões de trabalhadores, dos quais 2,4 milhões correspondem a doenças profissionais e o restante a acidentes de trabalho. Por outro lado, cerca de 374 milhões de trabalhadores são vítimas de acidentes de trabalho não fatais. Estes valores traduzem-se em dias de trabalhos perdidos, que correspondem a quase 4% do PIB mundial (International Labour Organization, 2019). Garantir que exista qualidade nas condições da Segurança e Saúde no Trabalho (SST) vai traduzir-se no sucesso e num bom funcionamento das Instituições, visto que, implementando um Sistema de Gestão de Segurança e Saúde no trabalho vai permitir que as Instituições ofereçam aos funcionários melhores condições de trabalho, um ambiente

seguro e saudável, e conseqüentemente aumento de produtividade e desempenho (Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, 2018).

Para auxiliar na implementação de um Sistema de Gestão da Segurança e Saúde no Trabalho foi desenvolvida a Norma OHSAS 18001:2007, e mais tarde substituída pela ISO 45001:2018. Esta ISO estabeleceu um modelo de implementação de um Sistema de Gestão SST, no entanto para que este tenha sucesso é necessário uma boa liderança, empenho e participação de todos os trabalhadores da instituição. Este sistema de gestão da SST é baseado no conceito PDCA (Plan, Do, Check, Act), como podemos ver na seguinte figura 6 (ISO 45001, 2018):

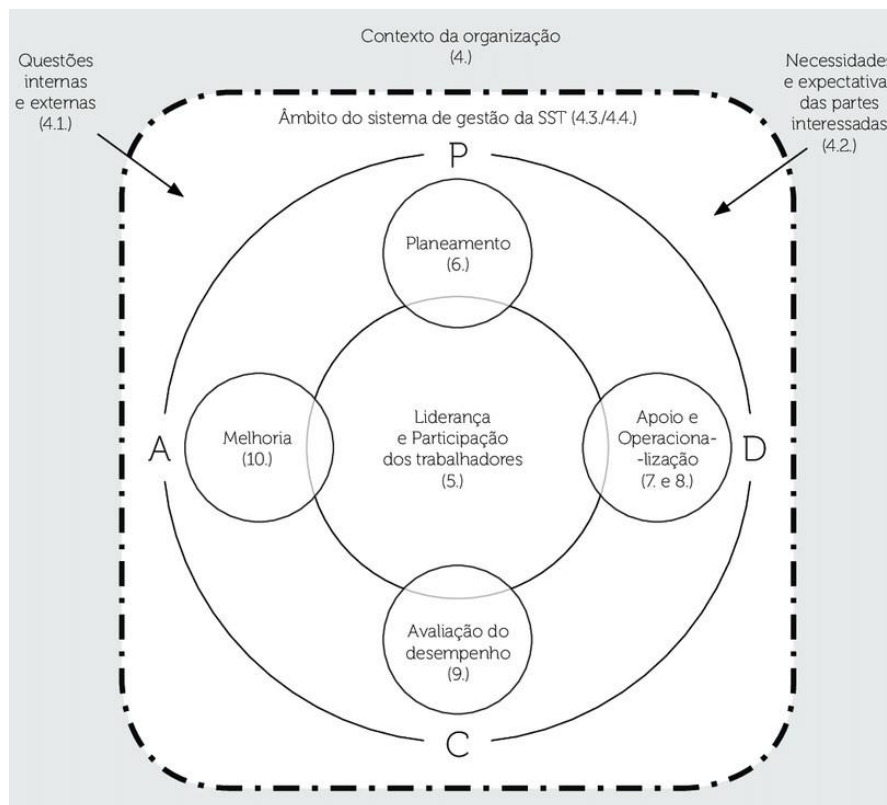


Figura 6- Modelo do Sistema de Gestão da SST

❖ Contexto da Instituição

Nesta primeira etapa, a instituição deve identificar as questões internas e externas que possam ser relevantes ou afetar o alcance dos objetivos do sistema de gestão da SST; compreender as necessidades e expectativas dos trabalhadores e partes interessadas; determinar os limites e aplicabilidades do sistema de modo a definir o seu âmbito; e por fim, a instituição deve estabelecer, implementar, controlar e melhorar continuamente o sistema de gestão SST.

❖ Liderança e Participação dos trabalhadores

Nesta etapa a gestão do topo deve demonstrar liderança e compromisso/ empenho no sistema de gestão SST; estabelecer, implementar e manter uma política de SST; e atribuir e comunicar as responsabilidades de cada trabalhador no sistema de gestão de SST. A instituição deve também estabelecer e documentar

todos os procedimentos, para que quando seja necessário os trabalhadores consultarem e sentirem-se envolvidos.

❖ Planeamento

Na fase do Planeamento a instituição deve ter em conta os processos de identificação de perigos, avaliação dos riscos, da SST e outras oportunidades para o sistema de gestão da SST, determinar os requisitos legais e outros e planear ações preventivas e corretivas para quando for necessária à sua aplicação. É nesta fase, que a instituição estabelece os objetivos da SST e como estes serão atingidos.

❖ Apoio

Nesta fase, a instituição tem como função determinar e fornecer os recursos necessários do sistema de gestão SST; garantir que os trabalhadores tenham as competências necessárias, e caso não tenham, tomar medidas para tal; garantir que os trabalhadores estejam sensibilizados e tomem consciência sobre a política e objetivos da SST, o seu papel e responsabilidade no sistema de gestão SST, dos perigos e riscos; garantir os processos necessários para a comunicação interna e externa e como se comunicarem; e assegurar que a informação seja documentada, e atualizada quando necessário.

❖ Operacionalização

Na operacionalização, a instituição deve controlar e garantir os processos necessários para satisfazer os requisitos do sistema de gestão da SST; eliminar os perigos e reduzir os riscos de SST; estabelecer processos para implementação e controlo de mudanças temporárias ou permanentes que tenham impacto no desempenho da SST; estabelecer processos para controlar as compras, de modo a garantir a conformidade com o sistema de gestão SST; e deve estar preparada para potenciais situações de emergência.

❖ Avaliação do desempenho

Nesta penúltima etapa, a instituição deve estabelecer e manter processos de monitorização, medição, análise e avaliação do desempenho, de modo a avaliar o cumprimento dos requisitos legais e outros, realizar auditorias internas, para obter informação sobre o sistema de gestão da SST e revisão da gestão para assegurar a contínua adequação e eficácia do sistema de gestão da SST.

❖ Melhoria

Nesta última etapa, a instituição deve considerar os resultados das avaliações de risco, das avaliações de desempenho, das auditorias internas e de outros processos que identifiquem oportunidades de melhoria e/ou que descrevam e investiguem os incidentes e não conformidades, para assim implementar ações de melhoria que facilitem o alcance dos objetivos do sistema de gestão da SST, de modo a tomar medidas preventivas e/ou corretivas para reduzir os riscos e melhorar continuamente a adequação e eficácia do sistema de gestão da SST.

4.7.1. Gestão da Segurança e Saúde no Trabalho dos profissionais de saúde

Como referido anteriormente, segundo a DGS (2011), a Segurança do Doente pode ser compreendida como uma redução dos riscos a um mínimo aceitável. Estes riscos por vezes, podem surgir decorrentes da prestação de cuidados de saúde, dependendo da interação de diversos fatores, que podem ser de natureza individual (falhas ativas) e/ou falhas do sistema (condições latentes) (Reason, 2000). No entanto, é frequente não se ter em conta a Saúde e Segurança do trabalho dos profissionais de saúde como parte fundamental do conjunto de fatores contribuintes para uma efetiva segurança do doente. Nessa perspetiva, torna-se essencial desenvolver uma abordagem sistémica e integrada das situações de trabalho, que permitam identificar as causas que contribuem para a ocorrência dos incidentes e eventos adversos na prestação de cuidados de saúde, tais como (Serranheira, Uva, Sousa, & Leite, 2009):

- ❖ Características individuais e/ou sociais dos profissionais de saúde

Idade, género, formação e experiência dos profissionais são características que poucas vezes são consideradas na prestação de cuidados, bem como as características do doente, por exemplo, o envelhecimento dos profissionais necessita de constantes alterações quer no planeamento ou na realização de tarefas.

- ❖ Erro humano

Deslizes, lapsos e enganos ocorrem normalmente devido aos desvios de normas, e com o surgimento de novas situações clínicas ou de elevada complexidade, quando existe uma elevada ou reduzida carga de trabalho.

- ❖ Inadequação das interfaces entre Homem e o sistema

Existe uma inadequação das interfaces a nível do *design*, dos equipamentos, dos instrumentos, entre outros.

- ❖ Inadequação do ambiente

É importante haver uma boa adequação e instituição do ambiente e dos espaços de trabalho, bem como da disposição dos equipamentos e instrumentos, para que quando for necessário estejam preparados para as situações/ emergências reais de trabalho.

- ❖ Condições e exigências físicas e/ou mentais face às características dos profissionais

É fundamental ter em atenção à necessidade de formação dos profissionais, às exigências organizacionais, como também às reduzidas equipas de trabalho, ao número elevado de doentes observados e tratados, à falta de recursos humanos, aos disruptivos horários de trabalho e aos meios e processos de comunicação.

Diante destas situações emerge a necessidade da reconceção/ reinvenção dos sistemas de saúde que considerem estes pontos (acima mencionados) e que integre uma abordagem da prestação de cuidados de saúde baseada nos seus prestadores de serviços e, apoiados numa perspetiva sociotécnica e antropotécnica. Isto é, nos sistemas de saúde grande parte dos processos resultam da interação entre os indivíduos e tecnologia, é então essencial que esta seja adaptada e selecionada de acordo com as

característica e condições do indivíduo em questão, seja este doente ou profissional de saúde. Paralelamente, para auxiliar e promover a reconcepção dos sistemas de saúde, baseado na segurança dos profissionais e do próprio utente, e assim garantir a segurança e saúde destes, vão surgindo cada vez mais programas direcionados para a (Serranheira et al., 2009):

- ❖ Prevenção de doenças profissionais;
- ❖ Promoção da Saúde no local de trabalho;
- ❖ Prevenção de alergia ao látex;
- ❖ Prevenção de lesões músculo-esqueléticas ligadas ao trabalho;
- ❖ Controlo do stress e redução do *burnout*;
- ❖ Aprendizagem com os erros.

4.8. Fator de Risco Psicossocial

Riscos psicossociais, de acordo com a ISO 45003, podem ser entendidos como a combinação da probabilidade da ocorrência de exposição a riscos (de natureza psicossocial) e a gravidade das lesões desses perigos (ISO 45003, 2021). Similarmente, a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no trabalho, declara que os fatores de concepção, instituição e gestão do trabalho, e o seu contexto social e ambiental, podem causar danos psicológicos, sociais ou físicos (EU-OSHA, 2007). Esses fatores indutores de risco encontram-se normalmente associados com o conteúdo do trabalho, carga e ritmo do trabalho, horário do trabalho, o controlo, o ambiente e equipamentos, cultura e função organizacional, relações interpessoais no trabalho, o papel na instituição, o desenvolvimento profissional, a interação casa-trabalho, novas formas de contratação e insegurança laboral, intensificação do trabalho e fortes exigências emocionais, como podemos ver na Tabela 6 (EU-OSHA, 2007) (Leka & Cox, 2008) (ISO 45003, 2021):

Tabela 6- Fatores indutores do risco psicossocial

Fatores indutores do risco psicossocial	
Conteúdo do trabalho	Está relacionado com ausência de ciclos curtos de trabalho, trabalho sem sentido, repetitivo e automático, subutilização de competências e baixa valorização do trabalho, e elevada incerteza.
Carga e ritmo do trabalho	Está associado às exigências excessivas, ou faltas destas no trabalho, bem como, elevados níveis de pressão emocional, carga mental e prazos difíceis de cumprir.
Horários de trabalho	Este fator refere-se ao trabalho por turnos, turnos noturnos, horários de trabalho não flexíveis, horários imprevisíveis, longos turnos e sem convívio social.

Controlo	Esta relacionado com a falta de participação na tomada de decisões e na carga e ritmo de trabalho, como também falta de autonomia e controlo sobre o trabalho.
Ambiente e equipamentos	Este fator refere-se à inadequação de equipamentos, falta de manutenção ou recursos e más condições ambientais, tal como o ruído, iluminação fraca, etc.
Cultura e função organizacional	Está associado a baixos níveis de apoio para a resolução de problemas e desenvolvimento pessoal, má comunicação, falta de definição ou acordo com os objetivos organizacionais e falta de reconhecimento no trabalho.
Relações interpessoais no trabalho	Está relacionado com as más relações com os superiores/ colegas, falta de apoio social e conflito interpessoal.
Papel na instituição	Este fator refere-se à ambiguidade de papéis e funções, conflito de papéis e responsabilidade pelas pessoas.
Desenvolvimento profissional	Este fator está associado à estagnação e incerteza na carreira, baixa ou elevada promoção, renumeração baixa, insegurança laboral e baixo valor social no trabalho.
Interação trabalho-casa	Está relacionado com os conflitos entre atividades profissionais e atividades familiares, falta de apoio em casa e dupla profissão.
Novas formas de contratação e insegurança laboral	Este fator refere-se ao surgimento de contratos precários, subcontratação e insegurança no posto de trabalho.
Intensificação do trabalho	Está associado à carga de trabalho cada vez maior e crescente pressão no âmbito laboral, altos níveis de competitividade no trabalho e compensação inadequada.
Fortes exigências emocionais no trabalho	Está relacionado com as fortes exigências emocionais no trabalho, acompanhadas do aumento de assédio moral e violência no trabalho.

É importante reconhecer e identificar estes riscos de forma a minimizar os efeitos na saúde dos profissionais, no entanto, quando estes não são reconhecidos ou identificados numa fase inicial origina uma série de consequências (danos psicológicos, físicos ou social) que podem não só refletir-se no profissional, como também na instituição e no doente. Uma das consequências diretas que anda de mãos dadas com os riscos psicossociais é o stress relacionado com o trabalho, este é considerado uma das principais causas de doenças profissionais. Por outro lado, numa situação de exposição prolongada a um

ambiente psicossocial pobre e de stress excessivo relacionado ao trabalho: é *Burnout*, este é definido como um estado de exaustão emocional, físico e mental (Pinho & DGS, 2015).

A nível individual, as consequências podem ocorrer a nível Fisiológico e Físico, Comportamental, Psicológico e Emocional, e Cognitivo (Pinho & DGS, 2015):

- a) Fisiológico e Físico (Está associado à incidência de doenças cardíacas, inibição do sistema imunitário, lesões musculoesqueléticas, transtornos digestivos, problemas do sistema reprodutor e de alguns tipos de cancro. Os riscos psicossociais estão ainda relacionados à aceleração do aparecimento e agravamento da doença.)
- b) Comportamental (Tende a ser o primeiro e mais evidente sinal de stress, e está relacionado com o agravamento do consumo de álcool, tabaco ou outras drogas, maior isolamento, tornar-se negligente com a própria pessoa e com o trabalho, agressividade e violência.)
- c) Psicológico e Emocional (Esta referente a alterações emocionais como irritabilidade, ansiedade, isolamento, angústia, fadiga e problemas de sono, paranoia, depressão, *burnout*, disfunção sexual, entre outros.)
- d) Cognitivos (Está relacionado com a incapacidade de relaxar e concentrar-se, ter dificuldade em lembrar-se, reter novas informações, tomar decisões e pensar positivo.)

A nível organizacional, os efeitos negativos da presença dos riscos psicossociais abrangem no geral um fraco desempenho da instituição, tal como (Pinho & DGS, 2015) (Chagas, 2016):

- Aumento do Absentismo;
- Aumento do presentismo (ocorre quando os trabalhadores se apresentam no trabalho doentes ou incapazes de funcionar eficazmente);
- Aumento da rotatividade;
- Diminuição do nível de compromisso com o trabalho;
- Desmotivação;
- Aumento de práticas de trabalho inseguras;
- Aumento do número de acidentes e lesões;
- Aumento das queixas dos utentes/clientes;
- Mau ambiente no local de trabalho;
- Aumento das situações de conflito, greves e agressões;
- Diminuição da produtividade;
- Deterioração da imagem institucional;
- Entre outros.

A instituição pode ainda ter como consequência um aumento dos custos diretos e indiretos, uma vez que a produtividade e o rendimento são influenciados de inúmeras formas, podendo afetar não só o seu desempenho num mercado cada vez mais competitivo e exigente, como também a sua própria

sobrevivência. Apesar das consequências a nível individual e organizacional dos riscos psicossociais, os doentes podem também ser afetados, uma vez que estes riscos acarretam importantes consequências ao nível físico, psicológico e mental do profissional de saúde, influenciando o seu desempenho e qualidade nos cuidados de saúde prestados.

4.9. Fator de Risco Físico

Como referido anteriormente, o fator de Risco Físico está associado às condições do espaço físico do local de trabalho, mais especificamente, às condições do ambiente térmico, ao ruído, à iluminação, à vibração e às radiações ionizante e não ionizante (J. Sousa et al., 2005), (Gabinete de Estudos da FESETE, 2010), (Andrade et al., 2018):

❖ Ruído

O ruído pode ser entendido como todo o som que produz uma sensação auditiva desagradável ou de algum modo incomodativa, que pode afetar de modo significativo a qualidade de vida do trabalhador. O risco a que os profissionais estão sujeitos depende da intensidade e frequência da exposição ao ruído, sendo que, quanto maior o nível do ruído e mais frequente for, existe uma maior probabilidade de sofrerem danos graves. Assim sendo, os valores ideais do ruído devem ser inferiores a 85 dB(A), no entanto, quando este é superior aos 85 dB(A), a instituição deverá tomar medidas, como (Tabela 7):

Tabela 7- Medidas da instituição consoante o Ruído (Fonte: Adaptado de Sousa et al., 2005)

Valores de Ruído	Medidas
< 85 dB(A)* ¹	Não é necessário a utilização de equipamento de proteção auditiva.
85 < R* ² < 90 dB(A)	A instituição disponibiliza equipamento de proteção auditiva e cabe ao trabalhador usá-la ou não.
>90 dB(A)	É obrigatório o uso de equipamento de proteção auditiva.

*¹Decibel, unidade de medida de pressão sonora, com filtro normalizado A, de modo a medir o ruído no ouvido humano.

*² Ruído

Quando não existe qualquer medida de controlo ou proteção, o excesso de intensidade e frequência do ruído acaba por afetar o desempenho do profissional na realização das suas tarefas e até no seu dia-a-dia. Inclusive, uma única exposição a um valor de 140 dB(A) provoca a surdez (efeito irreversível). Outras consequências resultantes da exposição a ruídos elevados e frequentes, são:

- Diminuição de audição;
- Aumento do stress;
- Maior irritabilidade;

- Cansaço;
- Dores de cabeça;
- Tinnitus (sensação de ouvir um zumbido);
- Problemas cardiovasculares;
- Distúrbios gastrointestinais;
- Síndrome Vertiginoso;
- Aumento de acidentes.

O ruído aumenta a probabilidade de ocorrência de incidentes pois dificulta a audição e adequada compreensão das instruções e sinais, sobrepõem-se ao som de aproximação de perigos ou sinais de alerta, distraí os trabalhadores e visto que contribui para o stress no trabalho, aumenta a carga cognitiva e assim a probabilidade de erros (EU-OSHA, 2005).

❖ Iluminação

De acordo com a ISO 8995:2002, uma boa iluminação criará um ambiente visual que permitirá às pessoas o conforto visual, um bom desempenho visual, onde os trabalhadores realizam as suas tarefas de forma rápida e precisa e segurança visual para ver o caminho e detetar os perigos. Para que estes sejam assegurados, é preciso ter em conta os parâmetros que contribuem para este ambiente luminoso, tal como (ISO 8995, 2002):

- Distribuição da Iluminação;
- Iluminação;
- Brilho;
- Direção da luz;
- Aspeto da cor da luz e superfícies;
- Cintilação;
- Luz do dia;
- Manutenção.

A luz pode ser fornecida por luz natural, luz elétrica ou ambas. Os valores de iluminação recomendados para instalações de cuidados de saúde, segundo a ISO 8995:2002 são (Tabela 8) (ISO 8995, 2002):

Tabela 8- Valores de iluminação recomendados (Fonte: Adaptado da ISO 8995:2002)

Valor de iluminação recomendado (lux)	
Salas de espera	200 lux
Corredores: durante o dia	200 lux
Corredores: durante a noite	50 lux
Quartos	200 lux
Gabinete do profissional	500 lux

Quarto do profissional	300 lux
Salas de esterilização	300 lux
Salas de desinfecção	300 lux

Assim quando os valores da iluminação não estão dentro do recomendado, as principais consequências são:

- Fadiga visual;
- Fadiga;
- Dores de cabeça;
- Reduzida produtividade;
- Aumento do desperdício de materiais;
- Percepções incorretas da realidade;
- Aumento de acidentes;
- Falta de instituição e limpeza.

❖ Vibração

Em qualquer atividade estamos suscetíveis a algum tipo de vibração. Consoante a sua intensidade e duração, estas vibrações podem causar perturbações no bem-estar e até mesmo na saúde do trabalhador. Estas vibrações podem ser de dois tipos:

- As vibrações transmitidas ao sistema Mão- Braço;
- As vibrações transmitidas a todo o corpo.

As vibrações podem ser provenientes de máquinas, ferramentas a motor ou dos próprios postos de trabalho, e as suas consequências podem ter impacto na saúde e segurança do profissional, tais como:

- Complicações nos vasos sanguíneos e articulações;
- Diminuição da circulação;
- Problemas de coluna;
- Problemas digestivos;
- Lesões ósseas ou na epiderme;
- Cansaço;
- Tonturas;
- Perda do equilíbrio;
- Aumento do número de acidentes;
- Falta de concentração.

❖ Ambiente Térmico

O ambiente térmico é um dos principais fatores que influencia a saúde e bem-estar dos funcionários no trabalho. Este ambiente térmico pode ser classificados como: a) Quente; b) Frio; c) Neutro.

No ambiente térmico quente, o calor pode ser proveniente da temperatura existente no local de trabalho, (seja pelas máquinas ou pela insuficiência de janelas e/ou circulação de ar), e do esforço físico na realização das tarefas.

As consequências da exposição aos ambientes térmicos quentes são:

- Stress térmico (desconforto do funcionário quando a temperatura ambiental é muito elevada);
- Aumento da temperatura superficial da pele e da temperatura interna;
- Sudação;
- Mal-estar;
- Tonturas e desmaios;
- Desidratação;
- Aumento do número de acidentes;
- Esgotamento e morte;

No ambiente térmico frio, similarmente ao ambiente térmico quente, também é altamente prejudicial para a saúde e bem-estar dos trabalhadores e pode resultar em:

- Frietas nas mãos e pés;
- Alteração da circulação do sangue, que resulta numa coloração vermelha- azulada nas extremidades do corpo;
- Enregelamento;
- Aumento do número de acidentes;
- "Pé das trincheiras" (ocorre em situações de grande humidade, deixando os pés frios e com cor arroxeada).

No ambiente térmico neutro, é a situação ideal do ambiente térmico para se ter no trabalho, em que a temperatura deve estar entre os 21°C e os 26°C e a humidade entre os 55% e 65%.

❖ Radiações

Com o desenvolvimento da tecnologia, do conhecimento científico e das práticas de medicina, principalmente na área da radiologia, torna-se essencial estudar de que forma a exposição a estas radiações afetam o Homem. As radiações podem ser: a) Radiações ionizantes (são os raios X, raios gama, raio beta, partículas gama e são familiares em locais como radioterapia e radiologia.); b) Radiações não ionizantes (são os raios ultravioleta, infravermelhos, micro-ondas e laser).

Os tipos de lesões ou doenças normalmente associadas à exposição de radiações ionizantes são:

- Cancro;
- Anemias;
- Fadiga;
- Problemas visuais;
- Aumento do número de acidentes;

- Radiodermite (problemas de pele, provocados pela radioterapia);
- Radiolesão (qualquer lesão provocada pelas radiações ionizantes);

Por outro lado, as lesões ou doenças mais comuns provocadas pelas radiações não ionizantes, dependendo da sua intensidade e duração da exposição a essas radiações, são:

- Queimaduras;
- Cancro de pele;
- Lesões na pele;
- Problemas visuais;
- Lesões noutros órgãos;
- Acidentes de trabalho.

5. Serviço Central de Esterilização

De acordo com a Direção-Geral da Saúde, o Serviço Central de Esterilização (SCE) é entendido como componente essencial na qualidade e segurança dos materiais utilizados na prestação de cuidados de saúde, com um forte impacto no controlo de IACS e no custo do doente tratado (Direção-Geral da Saúde, 2001).

Em Portugal, anualmente, são realizados milhares de procedimentos cirúrgicos e procedimentos médicos invasivos. Cada procedimento envolve o uso de dispositivos médicos (DM) e equipamentos que entram em contato com o doente. A não desinfeção ou esterilização adequada comporta um grande risco de transmissão de doenças para o doente. Como tal, a desinfeção e esterilização são essenciais para assegurar que os DM e equipamentos não transmitam agentes patogénicos infecciosos para os doentes (Rutala, Weber, & HICPAC, 2019).

Para se saber qual tipo de descontaminação é ou não o mais adequado para os DM e equipamentos, é necessário ter em consideração o nível de risco de infeção que estes representam associado à sua utilização, como se pode ver na seguinte tabela 9 (Dias, Cimadeira, Pereira, Lopes, & Lourenço, 2013):

Tabela 9- Classificação dos níveis de risco dos DM e equipamentos (Fonte: Adaptado de Dias et al. (2013))

Nível de Risco	Definição	Tipo de Descontaminação	Exemplos
Alto Risco ou Crítico	DM e equipamentos que entram em contato com o sistema vascular e tecidos estéreis.	Esterilização	- Agulhas; - Implantes; - Sistemas de soros.
Risco Intermédio ou Semicrítico	DM e equipamentos que entram em contato com mucosas ou pele não íntegra.	Esterilização ou Desinfeção Química de alto nível	-Endoscópios; - Lâminas de laringoscópios; -Tubos endotraqueais.
Baixo Risco ou Não Crítico	DM e equipamentos que entram em contato com a pele íntegra, ou que não entram em contato com o doente.	Limpeza ou Desinfeção Química de baixo nível	-Estetoscópios; - Braçadeiras; - Arrastadeiras.

Todo o material reutilizável tem de ser limpo antes de ser desinfetado ou esterilizado, por outro lado, os materiais podem ser limpos e desinfetados ou limpos e esterilizados, mas **nunca** limpos, desinfetados e esterilizados. A Limpeza é o processo que inclui a lavagem, o enxaguamento e secagem dos DM e equipamentos, e pode ser manual ou mecânica. A Desinfeção e a Esterilização são os processos que

destróem todos ou quase todos os microrganismos patogénicos, e pode ser feito por processos físicos ou químicos (Dias et al., 2013).

De acordo com Direção-Geral da Saúde (2001) e Rutala et al. (2019), o Serviço Central de Esterilização (SCE) é o processo que destrói ou elimina todas as formas de vida microbiana, que engloba as tarefas de descontaminação, preparação e embalagem, esterilização, armazenamento e transporte, realizadas centralizadamente para todos os serviços utilizadores do estabelecimento de saúde, e que têm como objetivos (Direção-Geral da Saúde, 2001) (Rutala et al., 2019):

- ❖ Garantir o processamento dos DM reutilizáveis necessários à prestação de cuidados de saúde ao utente;
- ❖ Garantir a distribuição dos DM desinfetados ou esterilizados aos serviços utilizadores, nas quantidades pré-estabelecidas;
- ❖ Promover as ações necessárias para a correta circulação, armazenamento e utilização dos DM contaminados;
- ❖ Promover as ações necessárias para a correta circulação, armazenamento e utilização dos DM desinfetados ou esterilizados;
- ❖ Cooperar com a Comissão de Controlo de Infecção na prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde prestados;
- ❖ Cooperar e promover na formação contínua e articulada dos profissionais de saúde.

Quanto às funções do Serviço Central de Esterilização, é da responsabilidade deste: a) Recolher e o transporte dos DM contaminados e após desinfetados ou esterilizados; b) Limpeza, desinfecção e inspeção dos DM; c) Preparação e embalagem; d) Esterilização; e) Armazenamento dos materiais processados no SCE; f) Supervisão dos serviços utilizadores dos materiais processados no SCE quanto às condições de armazenamento; g) Distribuição do material após desinfecção ou esterilização (Direção-Geral da Saúde, 2001).

5.1. Zonas de Trabalho

Consoante os objetivos e as atividades que o Serviço Central de Esterilização comporta, as zonas de trabalho do SCE são (Direção-Geral da Saúde, 2001):

- ❖ Transporte

O transporte do material seja contaminado ou processado é da responsabilidade do SCE, que deve definir e garantir o cumprimento dos requisitos de segurança, de modo a reduzir-se ao mínimo os riscos biológicos do DM contaminado. O transporte deve ser realizado em carros fechados e os dispositivos médicos devem ser acompanhados do impresso de notificação para o seu tratamento.

Após o transporte de DM contaminado ou sempre que se justifique, o carro deve ser lavado mecanicamente e Seco.

❖ Descontaminação

A zona de descontaminação é constituída por três etapas: Receção e Triagem, Limpeza e secagem. A descontaminação é a zona para onde vão todos os dispositivos médico reutilizáveis contaminados vindos dos diversos serviços utilizadores, exceto os materiais têxteis. Esta zona deve estar fisicamente separada das restantes áreas para não contaminar estas.

É na descontaminação que se prepara os DM para o processo de desinfeção ou esterilização.

❖ Inspeção

Nesta terceira zona de trabalho é onde os DM são inspecionados, testados e montados. A inspeção consiste essencialmente no exame visual do estado de limpeza e das condições de funcionamento dos DM, no entanto por vezes é necessária uma inspeção de microinstrumentos, bem como na deteção de pequenas fendas. Para tal é preciso boas condições, como é o caso de iluminação específica e/ou lentes de aumento. É nesta zona de trabalho que se determina quais os DM que podem ou não ser reutilizados.

❖ Preparação e Embalagem

A embalagem do material serve como uma barreira protetora contra a contaminação, bem como até a sua utilização. Esta embalagem tem de ser aprovada de "grau médico" e de acordo com os requisitos da EN 868.

Toda a embalagem produzida deve conter um sistema de identificação para que possa ser rastreada e todos os materiais usados devem ser registados para integrar no sistema de controlo de produção. Este sistema deve fornecer a identificação, documentação, avaliação, segregação, destino do produto não conforme e notificação do serviço utilizador.

❖ Preparação de Têxteis

Na Preparação de Têxteis é onde ocorre a preparação de materiais como roupas, compressas, ligaduras, etc., que pela sua composição libertem um grande número de partículas.

❖ Esterilização

Após a Preparação e Embalagem dos DM, estes são colocados nos carros de carga dos respetivos esterilizadores, onde serão processados. No processo de Esterilização o objetivo é inativar os contaminantes microbiológicos e transformar os produtos não estéreis em produtos estéreis.

A Esterilização pode se realizar através de processos físicos ou químicos. Os processos físicos podem ser através de Calor Húmido (Vapor Saturado Sob Pressão) ou Calor Seco, apesar de que este último não é recomendado para utilização de esterilização de DM. O Vapor Saturado Sob Pressão é o procedimento eleito para esterilização em hospitais, no entanto alguns tipos de sujidade, como é o caso dos produtos oleosos ou gordurosos, por vezes comprometem o processo de esterilização pois podem proteger os microrganismos dos efeitos do vapor.

Os processos químicos podem ser através do uso de agentes químicos tais como, o Formaldeído, o Óxido de Etileno, o Peróxido de Hidrogénio, o Dióxido de Cloro, entre outros, e de radiações, como é o caso de Raios Gama e Eletrões.

❖ Armazém de Esterilizados

Esta zona de trabalho destina-se a receber as cargas após serem esterilizadas. Estas cargas depois de serem verificadas e inspecionadas, podem ser reencaminhadas para os serviços utilizadores, ficarem em stock ou ainda em quarentena, caso tenham sido esterilizadas a óxido de etileno.

Esta zona deve estar organizada de modo a permitir a segurança do pessoal, a proteção dos materiais estéreis contra danos e contaminações, a eficiência da distribuição e uma boa visibilidade.

❖ Áreas de apoio

Estas últimas zonas são consideradas zonas de apoio pois destinam-se a providenciar as condições necessárias para um bom funcionamento das restantes zonas. Existem quatro zonas de apoio fundamentais, duas de carácter específico e duas de carácter geral:

- Apoio às tarefas de limpeza e arrumação;
- Apoio à higienização do pessoal e vestiários;
- Aprovisionamento de materiais de consumo e de matérias-primas;
- Apoio administrativo.

6. Resultados

Neste capítulo serão apresentados os resultados do estudo de caso efetuado na Unidade Local de Saúde, com enfoque no Serviço Central de Esterilização.

Foram abordados os riscos relativos ao:

- Risco Psicossocial;
- Risco Físico.

6.1. Unidade Local de Saúde

Como referenciado anteriormente no capítulo da metodologia, para complementar este trabalho, foram recolhidos dados retrospectivos correspondentes ao período de 2015–2021 numa Unidade Local de Saúde (que abrange cuidados hospitalares e ACES), mais especificamente no Serviço Central de Esterilização. A recolha de dados foi realizada com a colaboração do serviço de Gestão do Risco, departamento da ULS. Esta recolha realizou-se através da análise de resultados retrospectivos de avaliações do risco, resultados de auditorias clínicas e não clínicas, resultados de monitorização de ocorrências clínicas e não clínicas e resultados da monitorização da sinistralidade.

6.2. Processo de Avaliação de Riscos da Unidade Local de Saúde

Uma vez que uma instituição de saúde é considerada, por si só, como uma fonte produtora de riscos, seja pelas suas características estruturais e/ou atividade complexa, é necessário identificar e avaliar estes para que se definam medidas preventivas e/ou corretivas de modo a minimizar ou controlar o impacto e a ocorrência deles.

Na ULS o planeamento e monitorização do processo de avaliação de riscos é da responsabilidade do Gabinete de Higiene e Segurança em conjunto com os Serviços de Saúde, sendo que, este procedimento é de aplicação transversal a toda a ULS, exceto à estrutura física do serviço. Para a avaliação da estrutura física do serviço (serviços de internamento do Hospital e Unidade de Convalescença) deve ser avaliado as condições físicas dos Serviços e o risco de queda para os utentes. Este processo, Avaliação de Riscos, é válido por três anos e compete ao Diretor de Serviço bem como do Interlocutor da Gestão do Risco promover a identificação de riscos, de três em três anos, como também monitorizar as medidas de prevenção e/ou corretivas que foram tomadas de modo a minimizar ou controlar a exposição aos diferentes fatores de risco. É ainda da responsabilidade destes, com o conhecimento do Gabinete de Higiene e Segurança (GHS), promover uma nova avaliação de riscos caso ocorra alguma alteração a nível de infraestrutura, implantação de novos equipamentos, e outras alterações relacionadas com o ambiente de trabalho do serviço, ou que sejam detetados novos perigos.

O processo de Avaliação de Riscos da Unidade Local de Saúde tem como objetivos:

- ❖ Identificar os riscos existentes nos vários locais de trabalho;
- ❖ Analisar o nível e a categoria dos riscos, tendo em consideração a probabilidade de ocorrência dos mesmos;
- ❖ Definir as medidas preventivas e/ou corretivas a serem aplicadas;
- ❖ Definir as prioridades de intervenção em função da categoria dos riscos;
- ❖ Elaborar a Carta de Riscos.

Para a realização do Processo de Avaliação de Riscos a ULS baseia-se em:

- a) Legislação em vigor;
- b) Normas internacionais, europeias, nacionais ou em guias de organismos oficiais e outras entidades oficiais;
- c) Métodos específicos de análise e avaliação de riscos.

Do processo de Avaliação de Risco nos serviços e unidades, obtém-se a Matriz de Avaliação de Riscos específica de cada serviço e unidade da ULS. Dos resultados dessas avaliações específicas obtém-se a Matriz de Risco Global da Unidade Local de Saúde. Após a elaboração da Matriz de Risco Global, constrói-se a Carta de Riscos. Esta é o documento que apresenta e compila todos os fatores de risco e as suas medidas corretivas/ preventivas, provenientes da avaliação de riscos e que se aplica a todos os profissionais.

6.2.1. Critérios do Risco

Para cada perigo identificado é estimado o risco proveniente deste em função da gravidade da lesão e da probabilidade da ocorrência. A gravidade da lesão pode ser:

- a) Ligeira- danos superficiais, cortes pequenos, irritações;
- b) Grave- fraturas e incapacidades menores;
- c) Muito Grave- doenças crónicas, cancro, intoxicações, lesões múltiplas;
- d) Morte.

Por outro lado, para tentar reduzir a Probabilidade da Ocorrência são tomadas medidas preventivas como a formação dos profissionais, a utilização de equipamentos de proteção individual, entre outros. A probabilidade da ocorrência pode ser:

- a) Muito Improvável- ocorre muito raramente;
- b) Improvável- ocorre raramente;
- c) Provável- ocorre algumas vezes;
- d) Muito Provável- ocorre sempre ou quase sempre.

Em função destas duas componentes, como podemos ver na seguinte figura 7, o risco pode ser:

- Aceitável
- Moderado

- Grave
- Muito Grave
- Intolerável

		GRAVIDADE DA LESÃO			
		Ligeira	Grave	Muito Grave	Morte
PROBABILIDADE DE OCORRÊNCIA	Muito improvável	Aceitável	Aceitável	Aceitável	Moderado
	Improvável	Aceitável	Aceitável	Moderado	Grave
	Provável	Aceitável	Moderado	Grave	Muito Grave
	Muito provável	Moderado	Grave	Muito Grave	Intolerável

Figura 7- Categorias do Risco (Fonte: Adaptado do SCE da ULS)

Face a estas categorias do risco, a ULS estabeleceu como critério diversas ações de controlo a serem tomadas para a gestão dos riscos em função da sua urgência, tal como se pode ver na Tabela 10:

Tabela 10- Ações de controlo em função do tipo de Risco

Tipo de Risco	Ações de Controlo
Risco Aceitável	Não requer ações específicas.
Risco Moderado	Deve-se realizar uma análise custo-benefício das soluções ou medidas de controlo propostas.
Risco Grave	Deve-se elaborar um plano que contenha as medidas para reduzir o risco, indicando as alterações necessárias. Quando o risco está associado a consequências muito graves ou morte, será necessária uma ação posterior para identificar com maior precisão a probabilidade de ocorrência da lesão, de modo a apresentar as melhorias necessárias nas medidas de controlo.
Risco Muito Grave	Até que o risco seja reduzido não se deve iniciar o trabalho. Caso já se esteja a trabalhar, deve ser dada formação e informação aos profissionais do risco a que estão expostos.
Risco Intolerável	O trabalho não deve ser iniciado nem continuado enquanto não se reduzir o risco. Caso não seja possível, deve-se proibir o trabalho.

6.2.2. Metodologia usada na identificação e avaliação de riscos

Depois de estimar e categorizar os riscos, a ULS para a identificação e avaliação destes utiliza uma metodologia composta por 5 passos:

1. Definição da Política de SST

A política de Segurança e Saúde no Trabalho é definida pela Gestão de Topo, Conselho de Administração, e esta elucidada no Manual de Higiene e Segurança da US.

2. Identificação dos perigos

É da responsabilidade dos Serviços e Gabinete de Higiene e Segurança, e deve considerar as atividades de rotina, esporádicas e emergências, atender às atividades das pessoas com acesso ao local de trabalho ou vizinhança deste e os perigos fora do local do trabalho.

3. Proceder a Avaliação de Risco

Nesta etapa deve-se analisar a perigosidade e natureza do risco, frequência da tarefa, grau e duração da exposição e vias de exposição. Ter em consideração a existência de medidas de proteção coletiva e individual existentes, e as características individuais de cada trabalhador. Deve-se ainda analisar os registos existentes de acidentes e incidentes e consultar os trabalhadores.

Caso o risco esteja categorizado como Risco Aceitável, considera-se como um risco controlado e documenta-se na Matriz de Avaliação de Riscos, por outro lado, se não for aceitável passa-se para a próxima etapa.

4. Definir Medidas de Controlo

Os Serviços em parceria com o Gabinete de Higiene e Segurança devem definir as medidas de controlo em função do nível de risco e documentá-los na Matriz de Avaliação de Riscos.

5. Implementar as Medidas de Controlo

Com o consentimento do Conselho de Administração, os Serviços implementam as medidas de controlo definidas, procedendo uma reavaliação dos riscos para averiguar se as medidas tomadas são eficazes.

6.2.3. Etapas do Processo Geral de Avaliação de Riscos

Após a compreensão e análise dos objetivos do processo de avaliação do risco, das categorias do risco, e qual a metodologia que a ULS usa para identificar e analisar este, é importante analisar as etapas do processo geral da avaliação de riscos. Este subdivide-se por cinco etapas (Tabela 11), que são:

Tabela 11- Etapas do Processo Geral de Avaliação de Riscos

Etapas	
Identificação de perigos nos locais de trabalho	Esta primeira etapa é da responsabilidade dos serviços da ULS e é onde se realizam reuniões multidisciplinares para identificação dos perigos, preenchendo a grelha de avaliação.
Análise dos Fatores de Risco	Esta etapa está responsável pela Recolha de Informação (acidentes anteriores, medidas de controlo existentes, entre outros), Identificação de Perigos, Estimativa do Risco e Elaboração da matriz de risco do serviço. É da responsabilidade dos serviços e Gabinete de Higiene e Segurança.

Matriz de Risco	Caso a matriz de risco não seja aprovada pela Vogal do Conselho de Administração e Diretor de Departamento deve-se proceder a reformulação desta. Após a sua aprovação o serviço deve enviar o resultado original da avaliação de riscos para o Gabinete de Higiene e Segurança e arquivar numa pasta própria.
Análise e Monitorização da Avaliação de Riscos	Esta etapa é da responsabilidade dos serviços e do Gabinete de Higiene e Segurança, que tem como função analisar e monitorizar as avaliações de risco.
Reavaliação dos Riscos	A reavaliação dos riscos realizada de três em três anos, será realizada pelo Serviço, tendo como apoio o Gabinete de Higiene e Segurança. A elaboração da carta de riscos será da responsabilidade do GHS.

6.3. Serviço Central de Esterilização da Unidade Local de Saúde

É da responsabilidade do Serviço Central de Esterilização (SCE) a recolha e entrega dos DM aos serviços utilizadores (SU). Porém, na Unidade Local de Saúde, os SU devem contemplar alguns aspetos para facilitar o processamento dos DM e assim aquando da utilização dos mesmos, garantir a segurança do doente, como é no caso do Envio e Receção dos Dispositivos Médicos reutilizáveis, Armazenamento, preservação e manuseamento dos DM e Monitorização e inspeção dos DM.

Após a utilização dos DM, os SU devem ter em atenção e certificar-se de:

- Colocar os DM dentro de um saco de plástico fechado, certificando-se que está completo;
- Colocar o saco de plástico no contentor fornecido pelo SCE;
- Preencher os campos da requisição, de forma correta e legível;
- Não enviar reservatórios que contenham líquido para o SCE;
- Não enviar DM's de uso único (salvo as exceções acordadas);
- Acondicionar os DM tendo em conta a sua fragilidade e/ou suscetibilidade para ferir os profissionais que os vão manipular;
- Os "kits" de DM devem estar completos, de acordo com a listagem da sua composição;
- O SCE apenas fornecerá "kits" completos, no entanto alertará os SU quando detetar não conformidades.

Quanto à receção dos DM esterilizados nos SU, estes devem conferir quantitativamente e qualitativamente os DM de acordo com as especificações; assinar e datar a requisição; preencher o registo de ocorrências quando detetarem não conformidades; receber os DM onde não existam DM contaminados; e por último, comunicar a receção dos DM ao responsável de serviço e à equipa de trabalho. Para o armazenamento, preservação e manuseamento dos DM's esterilizados, os SU devem cumprir as seguintes condições (Tabela 12):

Tabela 12- Condições para o Armazenamento, Preservação e Manuseamento dos DM's Esterilizados

Condições de Armazenamento, Preservação e Manuseamento dos DM's esterilizados

-
- ✓ Embalagens estéreis não devem ser armazenadas junto das embalagens não estéreis;
 - ✓ Espaço de armazenamento deve proteger os artigos estéreis contra danos e contaminação, ser limpo e Seco, resistente e seguro de modo a evitar quedas dos DM e de fácil lavagem;
 - ✓ As embalagens devem ser colocadas de modo a não ficarem comprimidas, pelo menos 20 a 25cm do chão e 45cm do teto, em caso de estantes abertas e preservadas entre os 18°C e 25°C e Humidade entre os 40 e 60%;
 - ✓ As primeiras embalagens a entrar no serviço, devem ser as primeiras a ser usadas
 - ✓ Manipular o mínimo possível as embalagens estéreis.
-

Conforme o armazenamento, preservação e manuseamento dos DM's, os SU devem monitorizar e inspecionar os DM's aquando da receção/entrega e antes da sua utilização, de acordo com os seguintes parâmetros na Tabela 13:

Tabela 13- Parâmetros de monitorização e inspeção dos DM's

Parâmetros de monitorização e inspeção dos DM's

-
- Confirmar a entrega/receção dos DM's nas quantidades estabelecidas;
 - Cumprir os prazos de entrega/recolha dos DM's;
 - Respeitar as condições de transporte dos DM's;
 - Os DM's contaminados são manuseados por parte do assistente operacional do SCE;
 - Verificar a integridade da embalagem, a validade da esterilização, a legibilidade da data de validade e outra informação associada ao DM, a limpeza dos DM's esterilizados, as condições físicas dos DM e à presença de gotículas ou humidade na embalagem ou DM;
 - Observar a mudança de cor dos indicadores de esterilização das embalagens e dos indicadores químicos colocados no interior da embalagem;
 - Analisar como o "kit" está composto relativamente ao acordado;
 - Verificar a existência do código que permita a rastreabilidade do DM.
-

A validade dos DM's depende também do método de esterilização usado, sendo que se for por Esterilização a Vapor, a validade é de 6meses, se for Esterilização por óxido de etileno (embalagens duplas) a validade é de 1ano e caso seja a Esterilização a plasma (peróxido hidrogénico) a validade é de 3anos.

O SCE possui ainda uma metodologia de codificação que permite assegurar a rastreabilidade dos DM's e assim identificar os utentes que tenham tido contato com os DM's não conformes e alertar a equipa de saúde, bem como apoiar na investigação das causas dos problemas ocorridos com o utente.

6.3.1. Avaliação de Riscos no Serviço de Esterilização Central

Nos tempos que decorrem, garantir a segurança e qualidade nos cuidados de saúde prestados é também garantir que os dispositivos médicos e equipamentos sejam seguros para utilização e na administração de medicação nos utentes.

Como referido anteriormente, o Serviço Central de Esterilização é considerado como uma componente essencial de garantia de qualidade e segurança nos DM e equipamentos utilizados. Para que esta seja eficaz e ocorra sem problemas são necessárias a identificação dos fatores de risco e a realização de Avaliação de Risco neste serviço.

Os fatores de risco associados às atividades desenvolvidas no Serviço de Esterilização Central, identificados pelo Gabinete de Segurança e Gestão do Risco em parceria com o diretor de serviço e que afetam a Segurança e Saúde do Profissional são:

❖ Ergonomia do posto de trabalho

Está relacionado com os riscos relativos à manipulação de cargas pesadas, colocação e retirada dos materiais no elevador limpo, movimentos repetitivos e de longos períodos em pé e/ou sentado que podem resultar em lesões músculo-esqueléticas e a fadiga visual e cansaço resultantes do trabalho sentado e com equipamentos de proteção individual.

❖ Biológicos

O fator de risco biológico está associado à utilização de dispositivos corto-perfurantes que pode originar cortes/ picadas e aquando da utilização de dispositivos médicos contaminados poderá haver exposição a agentes biológicos que poderão levar a uma infeção (como é o caso do HIV, Hepatite, entre outros).

❖ Mecânicos

Este fator de risco está relacionado com as quedas ao mesmo nível ou em altura dos profissionais que podem resultar das condições físicas do pavimento, e as quedas de objetos, bem como pancadas contra os objetos que podem decorrer da instituição e disposição do local de trabalho.

❖ Químicos

O fator de risco químico está associado à exposição de agentes químicos através de trabalhos que usem produtos químicos que libertem partículas, como é o caso na preparação e administração de medicação citostática, na utilização de óxido de etileno e outros produtos químicos (desinfetantes, reagentes, ...) e na possibilidade de ocorrência de um derrame de produtos químicos e/ou medicação citostática.

❖ Psicossociais

Este fator de risco está relacionado com o stress/ *burnout*, fadiga e falta de concentração, conflitos interpessoais, organização do trabalho e entre outros, que podem provocar a desmotivação, depressão, ansiedade, insegurança e fobias no profissional de saúde, mudanças no comportamento deste, consequências psicofisiológicas e incidentes e acidentes de trabalho.

❖ Físicos

O fator de risco físico está associado às condições do espaço físico do local de trabalho, mais especificamente, às condições do ambiente térmico, ao ruído, à iluminação, à vibração e às radiações ionizante e não ionizante.

❖ Elétricos

Este fator de risco está relacionado com os contatos diretos e indiretos com a energia elétrica, com as sobreintensidades e com os sobreaquecimentos que podem causar tetanização, paragem respiratória, fibrilação ventricular, queimaduras e em último caso, morte.

❖ Emergência

Neste fator de risco, como o próprio nome indica, está relacionado com situações críticas, como é o caso da probabilidade de ocorrência de curtos-circuitos, incêndios, explosões e inundações. As consequências deste fator de risco podem ser muito generalizadas, podendo ser asfixia, queimaduras, esmagamento (por quedas de objetos) e morte.

❖ Risco Clínico

Este fator de risco está diretamente relacionado com a segurança do utente e pode suceder através da degradação dos dispositivos médicos, da troca de DM na instrumentação de caixas de material cirúrgico e na deficiente esterilização dos DM e equipamentos.

No entanto, apesar da existência de diversos fatores de risco, existem algumas medidas de controlo gerais que podem ser tomadas e que são aplicáveis a vários fatores de risco, que podem não só ajudar a controlar estes, bem como minimizá-los. Estas medidas estão relacionadas com (Tabela 14):

Tabela 14- Medidas de Controlo Gerais

Medidas de Controlo Gerais

Formação/ Informação	Esta medida está responsável por garantir a existência de cópia do manual de funcionamento dos equipamentos de trabalho, redigida em português e em local conhecido por toda a equipa; elaborar instruções de trabalho associadas à utilização dos equipamentos de trabalho; e manter a formação e informação dos profissionais do SCE nas boas práticas de trabalho, na movimentação manual de cargas, posturas de trabalho mais corretas, uso correto do EPI, gestão de stress, de conflitos e inteligência emocional, entre outros.
Integração de novos profissionais	Esta medida procede a integração e registo de novos profissionais e das passagens de turno de forma a fomentar a troca de informação entre os profissionais dos diferentes turnos, bem como mantem a rotatividade dos profissionais pelas diferentes salas nas diversas atividades/tarefas.
Boas práticas associadas à	Esta medida está responsável por manter o local de trabalho arrumado e bem organizado; reduzir o número de equipamentos e objetos ao mínimo indispensável;

instituição do trabalho	manter a rotatividade dos profissionais pelas diferentes salas nas diversas atividades/ tarefas; cumprir com os procedimentos relacionados com a Segurança e Saúde no Trabalho; manter afixada a sinalização de segurança, uso obrigatório de EPI e instruções de trabalho com informações específicas de segurança; cumprir as regras de armazenamento dos materiais (materiais mais pesados e difíceis de pegar devem ficar armazenados ao nível da cintura), e armazenar os materiais por ordem decrescente de peso/volume (1º prateleiras ao nível da cintura, 2º prateleiras inferiores, 3º prateleiras superiores, 4º prateleiras acima do nível dos ombros).
Manipulação de equipamentos	Esta medida é responsável por assegurar a manutenção preventiva dos equipamentos de trabalho (por técnicos qualificados), realizar manutenção corretiva dos equipamentos de trabalho e dos carros de transporte sempre que necessário e a inspeção periódica de toda a instalação de energia elétrica (por técnicos qualificados e treinados).

6.4. Apresentação, Análise e Discussão dos dados

Para complementar o presente estudo, apesar da recolha de dados ter sido limitada pela situação pandémica, os dados recolhidos estão relacionados com a gestão do risco na Unidade Local de Saúde, mais concretamente no Serviço Central de Esterilização. Neste capítulo utilizou-se uma metodologia descritiva exploratória e explanatória.

Foram analisados os fatores indutores dos riscos Psicossociais e Físico, as suas consequências e proposta de algumas medidas preventivas/ corretivas a serem implementadas, bem como os resultados das Não conformidades, Acidentes de Trabalho, Avaliações de risco e Relatórios de Ensaio. Por fim, como sugestão de melhoria e como auxílio na gestão destes riscos foi desenvolvido um questionário a ser aplicado no Serviço Central de Esterilização.

Para auxiliar na identificação e definição das causas dos problemas provocados por estes dois fatores de risco, foi realizada uma análise qualitativa baseada na ISO 31000, no sentido de causa/efeito com adaptação da ferramenta HFMEA, que apresenta de modo estruturado estas causas e os seus efeitos, bem como ações a desencadear (ISO 31000, 2009) (DeRosier et al., 2002). No entanto, face às limitações impostas não foi possível realizar uma análise quantitativa destes riscos (Tabela 15):

Tabela 15- Análise Qualitativa do Risco por dimensão

Risco	Causa	Consequências		Medidas a implementar
		Profissional	Doente	
Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> - Ambiente e Equipamentos; - Cultura e Função organizacional; - Papel na organização; - Intensificação do trabalho; - Novas formas de contratação e insegurança laboral; - Fortes exigências emocionais no trabalho; - Relações interpessoais no trabalho; - Desenvolvimento Profissional; - Interação trabalho-casa; - Conteúdo do trabalho; - Carga e Ritmo do trabalho; - Horários de trabalho; - Controlo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fisiológicas e Físicas (doenças cardíacas, inibição do sistema imunitário, lesões musculoesqueléticas, transtornos digestivos, problemas do sistema reprodutor, alguns tipos de cancro e aceleração do aparecimento e agravamento duma doença); - Comportamental (stress, agravamento do consumo de álcool, tabaco ou outras drogas, maior isolamento, torna-se negligente com a própria pessoa e com o trabalho, agressividade e violência); - Psicológicas e Emocional (alterações emocionais como irritabilidade, ansiedade, 	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamento ineficaz; - Tratamento incorreto; - Tratamento inseguro; - Falta de tratamento; - Aumento de acidentes; - Quedas; - Agressão; - Lesões e lesões com corte perfurantes; - Surgimento/ agravamento de IACS; - Exposição a novas doenças; - Agravamento da doença; - Morte. 	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilizar acompanhamento psicológico e aconselhamento; - Desenvolver estratégias que eliminem/diminuam as fontes de stress e as consequências deste; - Desenvolver programas em gestão do stress e resolução de problemas; - Incentivar boas relações interpessoais; - Incitar e fortalecer os vincos sociais entre o grupo de trabalho; - Promover a formação e a informação; - Fomentar o desenvolvimento de competências; - Desenvolver programas de prevenção de riscos psicossociais; - Reestruturar e redesenhar os postos de trabalho; - Promover uma boa liderança;

Tabela15- Análise Qualitativa do Risco por dimensão

		<p>isolamento, angústia, fadiga e problemas de sono, paranoia, depressão, <i>burnout</i>, disfunção sexual, entre outros);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cognitivas (incapacidade de relaxar e concentrar-se, ter dificuldade em lembrar-se, reter novas informações, tomar decisões e pensar positivo). 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a participação e consulta dos trabalhadores e seus representantes; - Disponibilizar apoio social.
Físico	<ul style="list-style-type: none"> - Ruído; - Iluminação; - Ambiente térmico; - Vibrações; - Radiações ionizantes e não ionizantes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuição de audição; - Aumento do stress; - Maior irritabilidade; - Cansaço; - Dores de cabeça; - Tinnitus (sensação de ouvir um zumbido); - Problemas cardiovasculares, na coluna; - Distúrbios gastrointestinais; - Síndrome Vertiginoso; - Fadiga visual; 	<ul style="list-style-type: none"> - Dar formação e informação aos funcionários; - Uso obrigatório dos EPI adequados (equipamentos de proteção individual); - Alternar os trabalhadores nos locais de trabalho; - Implementar intervalos de descanso; - Boas condições do ambiente de trabalho (ventilação do ar, climatização, entre outros); - Realizar regularmente a manutenção e monitorização dos equipamentos e dos processos;

Tabela 15- Análise Qualitativa do Risco por dimensão

		<ul style="list-style-type: none"> - Perceções incorretas da realidade; - Tonturas e desmaios; - Perda do equilíbrio; - Lesões ósseas ou na epiderme; - Mal-estar; - Desidratação; - Cancro, anemias; - Morte. 		<ul style="list-style-type: none"> - Limitação da duração de exposição; - Monitorizar regularmente a saúde dos profissionais; - Implementar sinalização de segurança e folhetos informativos;
--	--	--	--	--

O Sistema de Gestão do Risco pode ser implementado a qualquer tipo de instituição, independentemente da sua atividade ou natureza, com o objetivo de prevenir a ocorrência de incidentes (com os profissionais, instalações, equipamentos, entre outros) e assim garantir a segurança do doente, profissional e instalações e equipamentos. Para implementar um sistema de Gestão do Risco, tem de se definir o contexto da sua aplicação, ou seja, a toda a instituição ou a determinado processo/área e, para isso, deve-se ter sempre em mente, a prevenção. Para se conseguir uma cultura de prevenção, é necessário realizar um diagnóstico da situação, que é obtido a partir da notificação de incidentes, pois só conhecendo a realidade das instituições é que se pode definir medidas concretas para melhorar as potenciais deficiências/ oportunidades de melhorias.

Similarmente à ISO 45001, (que se refere ao Sistema de Gestão da Segurança e Saúde no Trabalho), a ULS para implementar ações de melhoria e/ou medidas preventivas/corretivas, de modo a melhorar a adequação e eficácia do sistema de Gestão de SST e assim minimizar os riscos, deve ter em conta o registo e análise dos incidentes e não conformidades pois estes servem como ponto de partida para a tomada de decisões (ISO 45001, 2018). O número de não conformidades emitidas no período de 2018 até 2020, no Serviço Central de Esterilização, pode-se observar no seguinte Gráfico 1:



Gráfico 1- Não conformidades emitidas no SCE

Analisando o gráfico, verifica-se que ocorreu um aumento substancial do registo de não conformidades do ano 2018 para o ano 2019 (47,83%), seguido de uma diminuição de 2019 para 2020 (-34,78%). O aumento que se verificou em 2019, pode estar relacionado com o processo de avaliação de riscos no serviço, que veio reforçar a necessidade de se notificar eventos, já que segundo a ISO 31000 este processo incentiva a identificação de oportunidades e ameaças (ISO 31000, 2009). No caso da diminuição dos registos, esta poderá estar relacionada com o início da pandemia COVID-19, que conduziu a um decréscimo de atividade nos serviços clínicos que não fossem essenciais e/ou urgentes para dar resposta assistencial, o que implicou uma diminuição da utilização de determinados dispositivos médicos, e consequentemente na sua lavagem, desinfeção e esterilização.

Apesar das não conformidades terem sido emitidas pelo Serviço Central de Esterilização, nesses três anos (2018, 2019 e 2020), a implementação das medidas corretivas nem sempre foi da responsabilidade deste serviço, como se pode verificar no seguinte Gráfico 2:

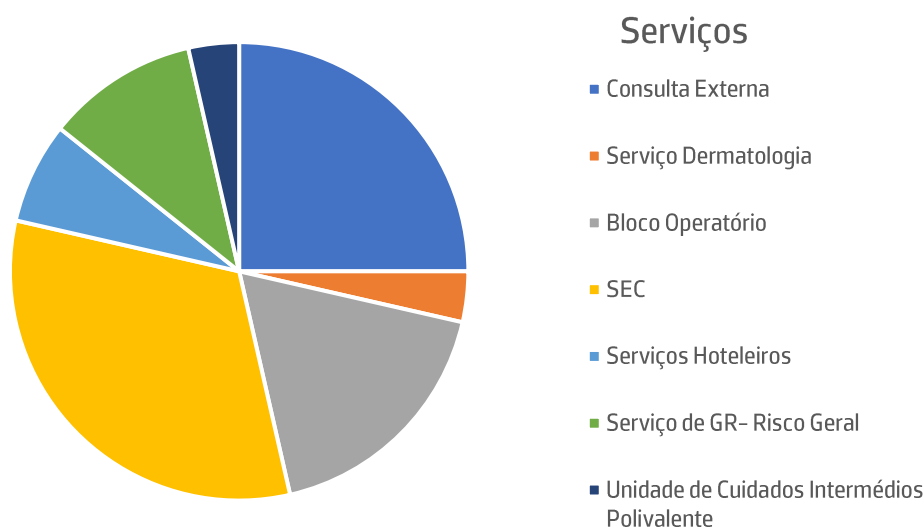


Gráfico 2- Serviços responsáveis pelas Não conformidade

O facto das medidas corretivas serem implementadas por outros serviços, veio reforçar a ideia de que o Programa de Gestão do Risco implementado deverá ser transversal a toda a organização, visto que é parte integral de todos os processos organizacionais, baseia-se na melhor informação disponível, é parte da tomada de decisão, é sistemática, estruturada e atempada e facilita a melhoria contínua da organização (ISO 31000, 2009). Todas as constatações identificadas foram resolvidas de forma eficaz.

Analisando o conteúdo dos registos de não conformidade, verificou-se que:

- Em 2018, foi notificado pelo Bloco Operatório (cliente interno do Serviço Central de Esterilização) a falha de material esterilizado para um procedimento cirúrgico, mais especificamente de uma sonda, sendo que é da responsabilidade do SCE garantir a distribuição dos DM desinfetados ou esterilizados aos serviços utilizadores nas quantidades pré-estabelecidas (Rutala et al., 2019). Nessa semana verificou-se que houve um aumento da necessidade de se utilizar esse material, ao qual a instituição não dispunha da quantidade necessária para realizar todos os procedimentos, sendo que alguns destes não se realizaram na data prevista, tendo sido reagendados. E isso tem impacto na vida pessoal e profissional do utente. O serviço de esterilização tomou como medida corretiva, definir prioridades ao nível dos dispositivos médicos a esterilizar, ou seja, conhecendo os planos operatórios semanais das diferentes especialidades médicas, consegue otimizar o seu fluxo de produção, de forma a responder às necessidades dos dispositivos médicos para cada procedimento cirúrgico.
- Em 2019, foi relatado pelo Bloco Operatório que a identificação da caixa de determinados dispositivos médicos, não correspondia ao seu conteúdo. Para a Direção-Geral da Saúde a

preparação e embalagem dos equipamentos e dispositivos médicos desinfetados ou esterilizados é da responsabilidade do SCE, pelo que estes têm de garantir que a identificação e o conteúdo da caixa correspondam (Direção-Geral da Saúde, 2001). As caixas descem do bloco operatório prontas a embalar, chegando ao SCE a assistente operacional apenas passa para a fita o que esta escrito na tampa, sem verificar a identificação e o conteúdo destas, como tal, quando a profissional abriu a caixa o material não correspondia à informação dada no exterior pelo que levou ao desperdício deste. Como medida corretiva, o Bloco operatório pediu para que antes de enviar as caixas para o SCE seja verificado sempre se o respetivo conteúdo corresponde à sua identificação.

Face à pandemia que nos assola, 2020 foi considerado um ano atípico, razão pela qual todos os esforços da Unidade Local de Saúde foram direcionados para maximizar a capacidade de resposta assistencial, de modo que o plano de auditorias clínicas não se realizou conforme planeado. Sendo que estas são consideradas o quarto e último pilar essencial da Gestão do Risco e segundo a ISO 31000 uma das etapas desse processo, nomeadamente a Monitorização e Revisão, que tem como função a melhoria contínua da qualidade e segurança (ISO 31000, 2009) (Ramos & Trindade, 2011). Das 16 auditorias planeadas, apenas 6 se realizaram, onde foi possível verificar que de modo geral o desempenho de alguns processos clínicos melhorou. As auditorias realizadas foram:

- a) Auditoria aos registos de avaliação pré-anestésica (o valor de conformidade obtido em 2020 foi de 83%, e 84% em 2019);
- b) Auditoria à operacionalidade dos carros de emergência (similarmemente a 2019, não foram registadas não conformidades em 2020, tendo sido realizadas 8 auditorias em 2020 e 47 em 2019);
- c) Auditoria à Cirurgia Segura Salva Vidas (a taxa de não conformidade registada foi de 5,65%, sendo que se verificou uma diminuição de 2,43% face ao ano 2019);
- d) Auditoria ao conteúdo da nota de alta (foi registada uma diminuição de 3,5% da taxa de não conformidade relativamente ao ano 2019);
- e) Verificações/Conferências dos Serviços Farmacêuticos- DID, rotas e stocks (não existe dados)
- f) Auditoria ao Armário de Catástrofe (foram realizadas duas auditorias- março e dezembro- e não foram detetadas não conformidades. Em 2019 não houve auditoria referente ao Armário de Catástrofe.).

6.4.1. Risco Clínico

De forma a compreender como o risco não clínico (está relacionado com os fatores de risco que afetam a segurança e saúde do profissional de saúde, nomeadamente o psicossocial, físico, químico, elétrico, biológico, entre outros) está relacionado com os riscos clínicos (refere-se à segurança do doente), pode-se verificar na seguinte figura 8 o registo de situações específicas deste fator de risco no SCE:

10. RISCO CLÍNICO (Relacionado com a Segurança do utente)		Serviço								
10.1	Esterilização dos Dispositivos Médicos	3	2	6	Moderado	Controlar os prazos de validade dos Dispositivos Médicos. NOTA: Em processo de aquisição de software para rastreabilidade dos DM.	Direção de Serviço	Contínuo	Em curso a certificação do processo de lavagem – promoção de rastreabilidade externa.	
						Manter instruções de trabalho atualizadas para cada tipo de DM.	Direção de Serviço	Contínuo		
						Manter os testes para controlo da eficácia de esterilização em cada ciclo de esterilização: -teste helix para controlo da carga; -teste químico emulador/ indicador de classe 6 para esterilização a vapor; -teste químico indicador para esterilização por plasma; -testes de controlo biológico interno; -teste de controlo biológico externo (envio de amostras para laboratório externo acreditado).	Direção de Serviço	Contínuo		
						3	1	3	Acetável	

919_00_867

Pág. 7 de 8

MATRIZ DE AVALIAÇÃO DE RISCOS

AVALIAÇÃO DE RISCOS DO SERVIÇO DE ESTERILIZAÇÃO			ELABORADO POR: Gabinete de Gestão de Risco Geral Data de Avaliação: 23, 24 e 29/01/2018				SITUAÇÃO				
Ref#	Fatores de Risco	Avaliação Inicial		Medidas de Controlo	Responsável	Prazo	Avaliação Final		Observações	Realizado/ Data	Não realizado
		G	P				Risco	Risco			
				Prever a intervenção/ aquisição de componentes que permitam dotar as máquinas de lavagem e desinfecção de funções equivalentes de forma a garantir a intersubstituição no caso de avaria de uma delas.	Direção de Serviço/ SIE	dez-18					
				No reprocessamento de Dispositivos Médicos de Uso Único (DMUU) por entidade externa, cumprir escrupulosamente as recomendações da Direção Geral da Saúde, bem como as indicações da empresa subcontratada para o reprocessamento, tendo por base o contrato estabelecido entre ambas as partes, e monitorizar o material que é expedido e o material que é rececionado após reprocessamento.	Direção de Serviço	Contínuo			Proc. nº 2738.		

GRRG - Gabinete de Gestão de Risco Geral; GSO - Gabinete de Saúde Ocupacional; IGR - Interlocutor de Gestão de Risco; SIE - Serviço de Instalações e Equipamentos.

Figura 8- Matriz de Risco de 2018: Risco Clínico (Fonte: Adaptado da Matriz de Avaliação de Riscos no SCE)

Estas situações, apesar de estarem relacionadas com a atividade do SCE, podem resultar num impacto positivo e/ou negativo na segurança do doente, como é no caso de os dispositivos médicos não estarem higienizados/esterilizados de forma correta, se for detetada a situação, a cirurgia só poderá ser realizada se existir mais exemplares destes, senão terá de ser adiada. Por outro lado, se não for detetada, a probabilidade do doente sofrer uma infeção é elevada, o que vai implicar um maior período de internamento para tratar o doente, ou seja, os recursos inicialmente previstos não são suficientes, e há a probabilidade de o doente ficar com o seu estado clínico agravado, pois ficará com lesões. Estas últimas situações vão de encontro ao segundo desafio global lançado pela OMS- Programa Cirurgia Segura, Salva-vidas, que tem como objetivo reduzir os riscos associados aos procedimentos cirúrgicos; das seis metas internacionais que a OMS juntamente com a JCI lançou em 2010, nomeadamente na Redução do risco das infeções associadas aos cuidados de saúde; e da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 que veio reforçar a melhoria da segurança dos cuidados de saúde (World Health Organization, 2008b) (Joint Commission International, 2010) (Ministério da Saúde, 2015a).

As instruções de trabalho, também devem estar atualizadas relativamente ao método de esterilização para cada DM, visto que segundo Dias et al. o método de esterilização a ser aplicado deve ter em conta o risco de infeção que o DM representa, pois se o mesmo for danificado durante o processo, tem impacto

negativo para o doente, porque mais uma vez a cirurgia terá de ser adiada (Dias et al., 2013). Também a manutenção dos dispositivos médicos utilizados, é uma condição fundamental para a higienização e esterilização, pois se algum avariar, poderá ter impacto negativo no doente, potenciando o adiamento da cirurgia, sendo que é da responsabilidade do SCE garantir as condições necessárias para a correta circulação, armazenamento e utilização dos DM contaminados, desinfectados e esterilizados (Direção-Geral da Saúde, 2001) (Rutala et al., 2019).

6.4.2. Risco Psicossocial

Similarmente, ao 8º objetivo estratégico do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, que faz referência à prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes, no período de 2019 a 2021 (1º trimestre), ao nível da sinistralidade laboral do SCE, foram notificados quatro acidentes de trabalho, dos quais dois deles foram decorrentes do fator de risco psicossocial (Ministério da Saúde, 2015a):

1. Em 2019 foi notificado pelo Serviço Central de Esterilização a ocorrência de um acidente de trabalho de um assistente operacional provocado pela falta de atenção/ distração do mesmo, que causou lesões físicas por um corto perfurante, uma tesoura, sendo que, de acordo com Pinho e DGS, as lesões ao nível Físico estão associadas a lesões musculoesqueléticas, transtornos digestivos, problemas do sistema reprodutor, entre outras (Pinho & DGS, 2015). No final do turno, o sinistrado distraidamente colocou uma tesoura no bolso da farda após realizar a sua atividade. Já no vestiário, quando se sentou no banco e ao abaixar-se para se descalçar a tesoura espetou-se na coxa. Não se sentindo muito bem e ao pedir ajuda aos colegas bateu com a cabeça na ombreira da porta e desmaiou. Como medida corretiva para futuras ocorrências, o SCE sensibilizou a equipa através da promoção de boas práticas de trabalho para cumprir as regras relativamente à manipulação de corto perfurantes, e para que os profissionais coloquem as ferramentas utilizadas no local de armazenamento.
2. Em 2021, foi notificado a ocorrência de um acidente de trabalho provocado pela pressa/ sobrecarga de trabalho que originou lesões nos olhos. Estes fatores indutores, segundo Lexa & Cox e ISO 45003 podem estar relacionados com o Controlo (associado à falta de autonomia e controlo sobre a carga e ritmo de trabalho) e/ou Intensificação do Trabalho (associado à crescente carga de trabalho e pressão) (Leka & Cox, 2008) (ISO 45003, 2021). Neste acidente de trabalho, a profissional sinistrada ao inspecionar uma cânula de aspiração de otorrino, já lavada e desinfectada, acidentalmente bateu com a mesma no olho, o que resultou em lesão. O serviço de esterilização, como medida corretiva, dinamizou uma ação de Formação/ Sensibilização, relativa à manipulação dos dispositivos médicos em segurança, mantendo-os ao nível da mesa de trabalho e não ao nível dos olhos.

Por outro lado, como nesta instituição está implementado o processo de avaliação de riscos nos postos de trabalho, baseada na ISO 31000 e com adaptação da ferramenta HFMEA na Matriz de Risco, das avaliações de risco realizadas em 2015 e 2018, as medidas corretivas/preventivas definidas no Serviço Central de Esterilização, para mitigar a exposição da equipa ao Stress/ *Burnout*, fadiga e falta de concentração, conflitos interpessoais, entre outros, foram (DeRosier et al., 2002) (ISO 31000, 2009):

- ✓ Retomar o programa de ginástica laboral, com duração de 15min diários;
- ✓ Manter as sessões abertas no serviço, para os profissionais exporem os problemas e dificuldades sentidas no dia-a-dia de trabalho;
- ✓ Programar, em conjunto com o Centro de Formação, algumas ações de formação sobre gestão de stress, gestão de conflitos, e inteligência emocional;
- ✓ Avaliar a possibilidade de implementar um quadro no Setor B com uma paisagem motivadora, de forma a compensar a inexistência de janelas e luz natural neste Serviço;
- ✓ Prever a rotatividade de profissionais pelas tarefas com maior sobrecarga de trabalho;
- ✓ Monitorizar potenciais queixas dos profissionais e registar as ocorrências na aplicação informática de Gestão de Não conformidades;
- ✓ Efetuar a participação de acidentes de trabalho no prazo de 48h úteis, conforme documento interno;
- ✓ Incluir a equipa do SCE no programa de saúde mental positiva;
- ✓ Alterar o modelo de reuniões no serviço e fomentar a comunicação de situações de stress profissional/ situações problemáticas ocorridas no trabalho com necessidade de resolução.

6.4.3. Risco Físico

Ainda no que se refere ao processo de avaliação de riscos, em 2018 foram realizadas duas avaliações quantitativas no SCE ao nível de:

- Avaliação dos níveis de iluminância nos postos de trabalho;
- Avaliação da exposição dos trabalhadores ao ruído durante o trabalho.

No que se refere aos resultados da Avaliação dos níveis de iluminância nos postos de trabalho, as medições de iluminância e a sua uniformidade foram realizadas em dois dias distintos (primeiro dia estava chuva e céu muito nublado, e no segundo dia estava céu limpo), em todos os postos de trabalho (Gabinete enfermeira responsável, SALA A- Zona de Contaminados, SALA B- Zona de Limpos e SALA C- Zona de Estéreis) e no Plano de Trabalho e Vizinhança do Plano de Trabalho. Esta avaliação quantitativa teve como base os valores recomendados pela Norma Internacional ISO/CIE 8995-1:2002 (ISO 8995, 2002). Os postos de trabalho constam na seguinte Tabela 16:

Tabela 16– Postos de trabalho e suas tarefas no SCE

Postos de Trabalho	
Gabinete da Enfermeira Responsável (Gestão)	Secretária de trabalho, Computador e Mesa de Separação de Requisições.
SALA A– Zona de Contaminados (Produção)	Receção do material, Descarga do material dos carros de transporte, Mesa de apoio à secagem de material com ar comprimido, Máquina Lavagem B e Banca de Lavagem Manual.
SALA B– Zona de Limpos (Produção)	Mesa das incubadoras dos biológicos e registos em papel, Mesa das etiquetas e registos em computador, Mesa de embalagem/ empacotamento, Máquina de selagem/ embalagem, Mesa de apoio ao embalagem/ empacotamento, Autoclave nº3, Esterilizador Ecoplasma, Bancada de Instrumentação 1 e Bancada de Instrumentação 2.
SALA C– Zona de Estéreis (Produção)	Mesa de trabalho Requisições e Autoclave nº3.

Desta avaliação, tendo em conta os valores recomendados da ISO 8995, obtiveram-se os seguintes resultados (ISO 8995, 2002):

- ❖ No **Plano de Trabalho**, os valores médios de iluminância obtidos nos postos de trabalho **não cumprem** com os valores recomendados pela Norma Internacional ISO/CIE 8995-1:2002, tendo sido obtidos valores inferiores (Tabela 17), com a **exceção** da SALA A– Zona de contaminados na Banca de Lavagem Manual, e na SALA B– Zona de Limpos na Mesa de Embalamento/ Empacotamento e Máquina de Selagem/ Embalamento;

Tabela 17–Valores de iluminância obtidos no Plano de Trabalho

Área de trabalho	Valor obtido (lux)	Valor recomendado (lux)
Gabinete da Enfermeira Responsável:		
• Secretária de trabalho	323	500
• Computador	Monitor	500
	Teclado	
• Mesa de Separação de Requisições	265	500
Sala A– Zona de Contaminados:		

• Recepção de material	253	300
• Descarga de material dos carros de transporte	101	300
• Mesa de apoio à secagem de material com ar comprimido	222	300
• Máquina de Lavagem B	189	300
Sala B- Zona de Limpos:		
• Mesa das incubadoras dos biológicos e registos em papel	125	550
• Mesa das etiquetas e registos em computador	293	500
• Mesa de embalagem/ empacotamento	185	300
• Mesa de apoio ao embalagem/ empacotamento	179	300
• Autoclave nº3	196	300
• Esterilizador Ecoplasma	166	200
• Bancada de Instrumentação 1	756	1000
• Bancada de Instrumentação 2	487	1000
Sala C- Zona de Estéreis		
• Mesa de trabalho Requisições	157	500
• Autoclave nº3	82	300

❖ Na **Vizinhança do Plano de Trabalho**, os valores médios de iluminância obtidos nos postos de trabalho também **não cumprem** com os valores recomendados pela ISO/ CIE 8995-1:2002, à **exceção** do Gabinete de Enfermeira Responsável no computador, na SALA A- Zona de Contaminados na Mesa de apoio à secagem de material com ar comprimido e Banca de Lavagem Manual, e na SALA B- Zona de Limpos na Mesa de embalagem/ empacotamento e Máquina de selagem/ embalagem, como se pode ver na seguinte Tabela 18;

Tabela 18- Valores de iluminância obtidos na Vizinhança do Plano de trabalho

Área de trabalho	Valor obtido (lux)	Valor recomendado (lux)
Gabinete da Enfermeira Responsável:		
• Secretária de trabalho	287	300
Monitor	204	300

• Computador Teclado	313	
• Mesa de Separação de Requisições	263	300
Sala A- Zona de Contaminados:		
• Recepção de material	190	200
• Descarga de material dos carros de transporte	115	200
• Máquina de Lavagem B	171	200
Sala B- Zona de Limpos:		
• Mesa das incubadoras dos biológicos e registos em papel	125	300
• Mesa das etiquetas e registos em computador	297	300
• Mesa de apoio ao embalamento/ empacotamento	184	200
• Autoclave nº3	192	200
• Esterilizador Ecoplasma	139	200
• Bancada de Instrumentação 1	315	500
• Bancada de Instrumentação 2	339	500
Sala C- Zona de Estéreis		
• Mesa de trabalho Requisições	162	300
• Autoclave nº3	77	200

- ❖ Quando a **Uniformidade da Iluminância**, tanto no Plano de Trabalho, como na Vizinhança do Plano de Trabalho, os valores obtidos nos postos de trabalho **cumprem** com os valores recomendados pela ISO 8995:2002, á **exceção** SALA A- Zona de Contaminados na Recepção de material (vizinhança do plano de trabalho) e na SALA B- Zona de Limpos na Mesa de embalamento/ empacotamento (plano de trabalho).

Tabela 19- Valores da Uniformidade da iluminância obtidos

Área de trabalho	Valor obtido (lux)	Valor recomendado (lux)
Sala A- Zona de Contaminados na Vizinhança do Plano de Trabalho:		
• Recepção de material	0,4	≥ 0,5
Sala B- Zona de Limpos no Plano de Trabalho:		

• Mesa de embalagem/ empacotamento	0,5	≥ 0,7
---------------------------------------	-----	-------

Face a estes resultados, as medidas propostas para os postos de trabalho que não cumpram com os valores recomendados foram: Reforçar e/ou rever o sistema de iluminação artificial existente, de modo a não provocar encadeamento nem sombras sob os planos de trabalho e sua vizinhança, limitar o brilho através da colocação de estruturas difusoras nas luminárias e restringir o uso de superfícies refletoras, reorganizar os postos de trabalho de acordo com a orientação das luminárias e garantir que ambos os planos cumpram com os requisitos mínimos de iluminância; Assegurar um programa de manutenção periódica e cuidada do sistema de iluminância artificial existente e a limpeza das luminárias; Sensibilizar e consciencializar os trabalhadores sobre a correta utilização dos sistemas de iluminação e sua manutenção, e sobre os efeitos prejudiciais de uma má iluminação na sua saúde; Garantir um plano de vigilância médica e optométrica dos trabalhadores.

No que se refere à Avaliação da Exposição dos Trabalhadores ao Ruído durante o trabalho, as medições foram realizadas aquando da realização das diferentes atividades no Serviço de Esterilização. De acordo com Sousa et al. os valores obtidos dos níveis de exposição diária ou os níveis de pico de pressão sonora quando igualem ou ultrapassam o “Valor de Ação Superior” implicam a tomada de medidas preventivas adequadas à redução do risco para a segurança e saúde dos trabalhadores, os valores de ação e valores limite são (Tabela 17) (J. Sousa et al., 2005):

Tabela 20- Valores de Ação e Valores Limite

	Exposição diária do trabalhador ($L_{EX, 8H}$)	Pico de Pressão Sonora (L_{Cpico})
Valor de Ação Inferior	80 dB(A)	135 dB(C)
Valor de Ação Superior	85 dB(A)	137 dB(C)
Valor Limite	87 dB(A)	140 dB(C)

Considerando os valores obtidos nesta avaliação, verificou-se que todos os postos de trabalho alcançaram valores iguais ou inferiores ao “Valor Ação Inferior”, à exceção do seguinte posto de trabalho:

- SALA B- Zona de Limpos na Mesa do Empacotamento, que obteve 82 e 85 dB(A).

Face a esta situação, e visto que segundo a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho o ruído aumenta a probabilidade de ocorrência de incidentes, foi necessário a adoção de medidas de redução da exposição, nomeadamente medidas de proteção coletiva e individual (EU-OSHA, 2005). As medidas propostas foram: a) Medidas de Engenharia e Manutenção que incluem a verificação da eficácia da manutenção de todo o equipamento existente, bem como assegurar o cumprimento do respetivo programa de manutenção e verificar a viabilidade de alterar o procedimento sobre a “secagem dos

instrumentos e dispositivos médicos com ar comprimido”; b) Medidas de boas práticas de trabalho, informação e formação para todos os trabalhadores sobre os procedimentos corretos e devida utilização dos meios de prevenção existentes e sua manutenção; c) Medidas de proteção individual que assegurem a utilização sistemática e correta dos protetores auditivos adequados bem como da sua limpeza e manutenção.

No que se refere às avaliações de risco realizadas em 2015 e 2018, as medidas implementadas pelo Serviço Central de Esterilização relativas à exposição a Riscos Físicos, foram em função da Surdez profissional derivado da exposição dos profissionais ao ruído da Fadiga visual e cansaço devido a níveis de iluminância inadequados nos postos de trabalho, e ao Desconforto térmico devido às condições ambientais existentes no Serviço, foram as seguintes:

- ✓ Promover a sensibilização dos profissionais para a correta utilização dos protetores auditivos;
- ✓ Uso obrigatório dos protetores auditivos durante a tarefa de secagem de material com pistola de ar comprimido;
- ✓ Garantir a substituição imediata dos protetores auditivos individuais sempre que se encontrem degradados;
- ✓ Reduzir ao mínimo a utilização da pistola de ar comprimido na secagem dos dispositivos médicos;
- ✓ Assegurar a vigilância adequada da saúde e função auditiva dos profissionais do SCE;
- ✓ Manter sempre fechadas as portas e os postigos da Sala A;
- ✓ Garantir que diariamente nenhum profissional trabalhe mais de 6h na Sala A, e se possível reduzir o tempo de exposição neste setor, prevendo a rotatividade dos profissionais;
- ✓ Verificar as possibilidades de substituição dos sinais sonoros existentes por sinais luminosos;
- ✓ Assegurar a realização de manutenção preventiva dos equipamentos de trabalho;
- ✓ Realizar a avaliação da exposição pessoal aos ruídos nos diferentes postos de trabalho;
- ✓ Realizar a avaliação dos níveis de iluminância e de luminância nos postos de trabalho;
- ✓ Assegurar um programa de manutenção periódica e cuidada do sistema de iluminância artificial;
- ✓ Manter os postos de trabalho e os espaços envolventes aos planos de trabalho organizados e arrumados;
- ✓ Promover iluminação localizada nos postos de trabalho sempre que se justifique;
- ✓ Monitorizar potenciais queixas específicas dos profissionais;
- ✓ Realizar a avaliação das condições do ambiente térmico/ determinação do conforto térmico;
- ✓ Cumprir o plano de manutenção do sistema mecânico de ventilação/ sistema AVAC instalado no SCE;
- ✓ Rever as condições de climatização dos gabinetes de trabalho, e avaliar a necessidade de aquisição de unidade terminal de climatização específica para estes gabinetes.

Apesar de esta instituição, não ser uma instituição perfeita, a mesma possui um sistema de gestão de qualidade certificada pela Norma ISO 9001:2015, que se traduz numa cultura proativa de identificar problemas e propor soluções (oportunidades de melhoria), nomeadamente na realização de auditorias internas da qualidade em todas as áreas de intervenção da instituição.

Assim, de modo a reduzir a prevalência destes dois fatores de risco, identificar as causas que precisam de maior atenção, auxiliar na gestão destas, providenciar um feedback à instituição e garantir a segurança e saúde no trabalho dos profissionais de saúde foi desenvolvido um questionário para ser aplicado no Serviço Central de Esterilização (Anexo II).

7. Conclusão

O presente trabalho exposto destinou-se a aprofundar teórica e empiricamente a problemática Segurança do Doente, com fundamento na Gestão do Risco na prestação de cuidados de saúde, e com foco na segurança do profissional de saúde para alcançar a segurança do doente. Para tal, ao longo dos seis capítulos que constituem este trabalho foi elucidado a temática Segurança do Doente e os seus primeiros passos a nível mundial (capítulo 3), a Gestão do Risco e como esta influencia a segurança do doente (capítulo 4), o Serviço Central de Esterilização, onde o estudo se realizou (capítulo 5), e finalmente os Resultados que foram obtidos na Unidade Local de Saúde, (capítulo 6).

Ao longo da realização deste trabalho foram enfrentadas algumas limitações e dificuldades, que foram superadas de alguma maneira, no entanto considera-se que estas problemáticas afetaram de certo modo os resultados e conclusões aqui obtidos. Em primeiro lugar, considera-se que a falta de dados existente, bem como falta de reporte de erros- subnotificação influenciou a análise da parte prática deste trabalho, pois pouca informação se conseguiu extrair em concreto para tirar conclusões. De referir ainda que esta subnotificação existente na Unidade Local de Saúde pode ser sinónimo de diversas variáveis, nomeadamente de inação, pois não havendo registos não há como tomar medidas corretivas/preventivas, do receio por uma possível punição para o profissional e em casos extremos pela falta de consciencialização e compromisso por parte dos profissionais de saúde. Para além disso, considera-se ainda que o fato de o país estar a atravessar uma pandemia, cheia de restrições e constrangimentos, como a principal dificuldade deste estudo pois dificultou, limitou e atrasou a recolha dos dados e informações relevantes para o mesmo.

Por outro lado, face à crescente preocupação a nível mundial com a segurança do profissional de saúde, e consequentemente do doente, este estudo surge como uma mais-valia nesta temática, pois expõe e esclarece as principais causas e fatores de risco a que o profissional está exposto, mais concretamente os fatores de risco Psicossocial e Físico.

Apesar das dificuldades e limitações enfrentadas na realização deste estudo, considera-se que o mesmo conseguiu atingir o objetivo principal que é- analisar de que forma a Segurança do Profissional de Saúde é afetada pelos Risco Psicossocial e Risco Físico, de modo a desenvolver uma melhoria contínua nos cuidados de saúde prestados e assim garantir a Segurança do Doente.

Tendo em conta que o papel dos profissionais de saúde é entendido como um fator contributivo para a segurança do doente, tornou-se fundamental analisar a que tipo de riscos o mesmo está suscetível e compreender como podemos minimizar essa exposição, de modo a contribuir para a segurança do doente. No estudo aqui relatado conseguimos perceber que apesar do pouco reporte de erros/ acidentes registados no período de 2018 a 2021, que se deveram essencialmente à pandemia e consequentemente, a uma diminuição de atividades nos serviços clínicos que não fossem essenciais e/ou urgentes para dar

resposta assistencial, existe uma cultura proativa de identificar riscos e procurar soluções para os mesmos. Sendo que o aumento dos registos das não conformidades de 2018 para 2019 pode estar relacionado com a aplicação do processo de avaliações de risco no Serviço Central de Esterilização, pois este veio reforçar a necessidade de notificação de eventos. Por outro lado, das seis auditorias realizadas consegue-se perceber que de modo geral o desempenho dos processos clínicos melhorou, nomeadamente, o registo de avaliação pré-anestésica, a operacionalidade dos carros de emergência, a Cirurgia Segura Salva Vidas, o conteúdo da nota de alta e o Armário de Catástrofe.

A implementação do processo de Avaliação de Risco permitiu ainda a melhoria da qualidade na prestação de cuidados de saúde, na capacidade de aprender com os erros, na promoção da segurança para os profissionais (e utentes), eficácia na utilização dos recursos, preservação da imagem e reputação da instituição, desenvolvimento e implementação de processos para identificar e priorizar riscos, eliminando-os ou reduzindo-os a um nível aceitável, bem como medidas a serem implementadas.

Relativamente ao nível de sinistralidade laboral no SCE, dos quatro acidentes de trabalho ocorridos no período de 2018 a 2021 (1º trimestre), foi possível identificar que dois deles se deveram ao fator de risco psicossocial. Foram também identificadas as causas destes acidentes que foram distração/ falta de atenção e pressa/sobrecarga de trabalho, neste último pode estar relacionado com os fatores indutores Pressa e Sobrecarga de trabalho e/ou Intensificação do trabalho, resultando em lesões nos profissionais provocadas por um corto perfurante- tesoura, e lesões nos olhos, respetivamente. Face a estes acidentes de trabalho, torna-se fundamental as instituições debruçarem uma especial atenção sobre este fator de risco que cada vez mais começa a tomar espaço na vida das pessoas e a condicionar-lhes a maneira como a vivem, sendo que o *stress* é considerado como uma das principais causas que origina doenças, especialmente nos tempos que vivemos atualmente em função da pandemia COVID-19, que é o principal motor da instabilidade laboral.

No que diz respeito ao fator de risco físico, é de referir que apesar da existência da Norma Internacional ISO 8995:2002 que estabelece os valores mínimos recomendados de iluminância nos postos de trabalho, verificou-se através da Avaliação dos níveis de iluminância nos postos de trabalho realizada em 2018, que poucas foram as tarefas/ postos de trabalho que cumpriam com a iluminância recomendada, tendo-se registado valores inferiores. Estes resultados incitam uma maior atenção por parte da instituição para regularizar os valores da iluminância para corresponderem aos valores recomendados, e assim garantirem o bem-estar do profissional na realização das suas tarefas e evitar a ocorrência de incidentes. Relativamente à avaliação da exposição dos trabalhadores ao ruído durante o trabalho, realizada também em 2018, pode-se constatar que apenas um posto de trabalho não cumpriu com os valores recomendados, tendo obtido um valor igual e superior ao "valor de Ação inferior". Esta avaliação permitiu concluir que no geral o Serviço Central de Esterilização cumpre com os níveis de ruído e valores de pico, garantindo a saúde e bem-estar dos seus profissionais.

Tal como foi retratado no terceiro capítulo, existem muitos estudos e iniciativas com foco na Segurança do Doente, sendo que apenas recentemente se começou a priorizar a segurança e saúde do profissional de saúde como um fator fundamental para se alcançar este, principalmente neste último ano. Por essa razão, este estudo, pretendeu servir como um estímulo e chamariz para se desenvolver programas e boas práticas que salvaguardem a segurança, saúde e bem-estar dos profissionais de saúde.

Posto isto e visto que promover a segurança e saúde dos profissionais é contribuir para a Segurança do Doente, com base no trabalho desenvolvido e nas dificuldades e limitações enfrentadas, são apontadas aqui algumas sugestões de melhoria para a Unidade Local de Saúde:

- Realizar, periodicamente de ano a ano, Avaliações aos níveis de iluminância nos postos de trabalho e da exposição dos trabalhadores ao ruído no trabalho;
- Realizar regularmente exames médico à saúde mental dos profissionais;
- Salientar a necessidades de reporte de erros/ acidentes, através de uma ação que reforce uma cultura baseada na aprendizagem e troca de informações, e que elimine o estigma da punição e culpabilização;
- Implementação do questionário elaborado;
- Análise do Risco associadas aos profissionais de saúde e sua relação com a segurança do doente.

Referências Bibliográficas

- Almeida, R., Abreu, C., & Mendes, A. (2010). Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 2), 163–172. <https://doi.org/10.12707/riii1016>
- Andrade, L. P. de, Nunes, J., Paiva, T., Pereira, C. D., Pinheiro, R., Gaspar, P. D., ... Matias, J. (2018). *Gestão de Riscos e Perigos para a Saúde, Segurança e Higiene no Trabalho*. 1–20.
- Balogh, E. P., Miller, B. T., & Ball, J. R. (2015). *Improving Diagnosis in Health Care* *Improving Diagnosis in Health Care*.
- Baybutt, P. (2018). On the completeness of scenario identification in process hazard analysis (PHA). *Journal of Loss Prevention in the Process Industries*, 55(May 2017), 492–499. <https://doi.org/10.1016/j.jlp.2018.05.010>
- Buczowski, L., Carr, M., Castro, G., & Wyatt, R. (2015). *Root Cause Analysis in Health Care: Tools and Techniques*. (FIFTH EDITION). Retrieved from <https://www.jcrinc.com/assets/1/14/EBRCA15Sample.pdf>
- Campbell, R. (2017). Structure Fires in Health Care Facilities. *National Fire Protection Association*, (october), 112. Retrieved from <http://www.nfpa.org/news-and-research/fire-statistics-and-reports/fire-statistics/fires-by-property-type/health-care-facilities/fires-in-health-care-facilities>
- Chagas, D. (2016). Riscos Psicossociais No Trabalho: Causas E Consequências. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología*, 2(1), 439. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2015.n1.v2.24>
- Chiozza, M. L., & Ponzetti, C. (2009). FMEA: A model for reducing medical errors. *Clinica Chimica Acta*, 404(1), 75–78. <https://doi.org/10.1016/j.cca.2009.03.015>
- Conselho da União Europeia. (2009). RECOMENDAÇÃO DO CONSELHO sobre a segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde. *Official Journal of the European Union*, C(151), 1–6. Retrieved from [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009H0703\(01\)&from=en](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009H0703(01)&from=en)
- Crisóstomo, S. (2016). O artigo 64.º Da constituição da república portuguesa saúde. *Sociologia, Problemas e Praticas*, 2016, 33–48. <https://doi.org/10.7458/SPP2016NE10349>
- Department of Health. (2000). An organisation with a memory– Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS. In *The Stationery Office*. https://doi.org/10.1007/3-540-35426-3_2
- Department of Health. (2001). *Building a safer NHS for patients: implementing an organisation with a memory*. London: Department of Health.
- DeRosier, J., Stalhandske, E., Bagian, J. P., & Nudell, T. (2002). Using health care Failure Mode and Effect

- Analysis: the VA National Center for Patient Safety's prospective risk analysis system. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 28(5). [https://doi.org/10.1016/s1070-3241\(02\)28025-6](https://doi.org/10.1016/s1070-3241(02)28025-6)
- Dias, C., Cimadeira, F., Pereira, F., Lopes, F., & Lourenço, M. (2013). *Descontaminação de Dispositivos Médicos e Equipamentos*. 30. Retrieved from https://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/1039/Norma_n__2_Descontamina__o_de_DM_e_Equipamentos.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2001). *Manual de Normas e Procedimentos para um Serviço Central de Esterilização em Estabelecimentos de Saúde*.
- Direção-Geral da Saúde. (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. 1–20. Retrieved from <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2010a). *Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde*. (007/2010), 125. Retrieved from <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/A40A7050-17E4-4CAC-9C9D-2FECB0C05FA1/0/i013429.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2010b). *Relatório Campanha Nacional de Higiene das Mãos 2010–2011*. 16.
- Direção-Geral da Saúde. (2011a). Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). *Orientação Da Direção Geral de Saúde*, 017, 1–10.
- Direção-Geral da Saúde. (2011b). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. *Relatório Técnico Final*, 142.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Norma 02/2013*. 1–8.
- Direção-Geral da Saúde. (2014a). *Reconhecimento da Qualidade no Serviço Nacional de Saúde – Programa Nacional de Acreditação em Saúde*. 1–28.
- Direção-Geral da Saúde. (2014b). Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA. *Norma 015/2014 Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA*, 1–9.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Plano nacional de saúde: Revisão e extensão a 2020*. 38.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos Antimicrobianos*. 8, 24.
- Direção-Geral da Saúde. (2018a). *Monitorização Qualidade e Segurança*. 1–20. Retrieved from <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/cqs-reuniao-out2018-monitorizacao-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2018b). *Norma nº005/2018: Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais*. 1–7.
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Relatório de Progresso de Monitorização: 3º trimestre de 2019*. 1–3.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Norma N.º 008/2013*. 3.

- Donaldson, L. (2002). An organisation with a memory. *Clinical Medicine (London, England)*, 2(5), 452–457. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.2-5-452>
- Eiras, M. (2011). *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em meio hospitalar: investigação ação numa unidade de Radioterapia*. Retrieved from <https://run.unl.pt/handle/10362/13667>
- EU-OSHA. (2005). O impacto do ruído no trabalho. *Agencia Europeia Para a Segurança e a Saúde No Trabalho*. Retrieved from <https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/publications/factsheets/57>
- EU-OSHA. (2007). Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health. In *European Risk Observatory Report (Vol. 5)*.
- Fragata, J. I. G. (2010). A segurança dos doentes – Indicador de Qualidade em Saúde. *Dossier: Erro Médico*, 564–570.
- Fragata, J. I. G. (2011). *Segurança dos Doentes: Uma Abordagem Prática* (Lidel, Ed.). Lisboa.
- Fragata, J. I. G., & Martins, L. (2008). O erro em medicina. *Almedina*, 328.
- Gabinete de Estudos da FESETE. (2010). *Manual De Avaliação De Riscos*. 1–64.
- Health & Safety Executive. (2005). A review of safety culture and safety climate literature for the development of the safety culture inspection toolkit. *HSE Books*, 1–42.
- Inspecção-Geral das Atividades em Saúde. (2018). *Manual de Segurança e Saúde no Trabalho*. 43. Retrieved from http://www.igas.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/04/Manual_Seguranca_e_saude_no_trabalho.pdf
- International Labour Organization. (2019). Safety and Health at the Heart of the Future of Work. In *Building on 100 years of experience*.
- ISO 31000. (2009). *Risk management – Principles and guidelines. First ed*, 36.
- ISO 45001. (2018). *Sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo – Requisitos con orientación para su uso. Primera ed*, 1–60. Retrieved from <http://farmacia.unmsm.edu.pe/noticias/2012/documentos/ISO-9001.pdf>
- ISO 45003. (2021). *Occupational health and safety management – Psychological health and safety at work – Guidelines for managing psychosocial risks. 2021*.
- ISO 8995. (2002). *Lighting of Indoor Work Places. Second ed*, 1–28. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.3403/02609865>
- Joint Commission International. (2010). *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals*.
- Lage, M. J. (2010). Segurança do doente: da teoria à prática clínica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 11–16. Retrieved from www.elsevier.pt/rpsp
- Leape, L. L., Bates, D. W., Cullen, D. J., Cooper, J., Demonaco, H. J., Gallivan, T., ... Vander Vliet, M. (1995). Systems Analysis of Adverse Drug Events. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*,

- 274(1), 35–43. <https://doi.org/10.1001/jama.1995.03530010049034>
- Leka, S., & Cox, T. (2008). The European Framework for Psychosocial Risk Management (PRIMA-EF). In *Institute of Work, Health & Organizations*. <https://doi.org/10.1080/00140139.2019.1638068>
- Lima, H. D. O., & Dutra, E. C. R. (2010). O gerenciamento de Riscos na Saúde – aplicação na atenção hospitalar. *Rahis- Revista de Administração Hospitalar e Inovação Em Saúde*, (5), 87. <https://doi.org/10.21450/rahis.v0i5.1114>
- Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, and M. S. D. (1999). To Err Is Human. Building a Safer Health System, Volume 6. In *International Journal of Public Health* (Vol. 2). <https://doi.org/10.17226/9728>
- Lopes, L. M. M., & Santos, S. M. P. dos. (2010). Florence Nightingale – Apontamentos sobre a fundadora da Enfermagem Moderna. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(2), 181–189. Retrieved from www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlIn2/serlIn2a19.pdf
- Meyer, G. S., Denham, C. R., Battles, J., Carayon, P., Cohen, M. R., Daley, J., ... Lyzenga, A. (2010). *National Quality Forum (NQF). Safe Practices for Better Healthcare – 2010 Update*.
- Migita, R., Yoshida, H., Rutman, L., & Woodward, G. A. (2018). Quality Improvement Methodologies. *Pediatric Clinics of North America*, 65(6), 1283–1296. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2018.07.011>
- Ministério da Saúde. (2015a). Despacho n.º 1400-A/2015. *Diário Da República, 2.ª série*(28), 3882(2)–(10). Retrieved from <https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/66463212/details/maximized?serie=II&dreId=66463210%5Cnhttps://dre.pt/application/file/66457154>
- Ministério da Saúde. (2015b). Despacho n.º 3482/2013 – Continuar a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. *Diário Da República, 2.ª Série - n.º 104 (29-05-2015)*, 104(2), 8174–8175.
- Ministério da Saúde. (2016). Plano Nacional de Saúde – PNS 2012–2016 Versão Resumo. *Plano Nacional de Saúde*, 1(Maio 2013), 110. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- National Patient Safety Agency. (2004). Seven steps to patient safety The full reference guide. *Npsa*, (August), 188. <https://doi.org/>Date accessed 30/03/14
- National Patient Safety Association. (2007). *Healthcare risk assessment made easy*. 3(March).
- National Pressure Ulcer Advisory and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2014). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers : Quick Reference Guide. In *Clinical Practice Guideline*. Retrieved from <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/quick-reference-guide-digital-npuap-epuap-pppia-jan2016.pdf>
- Oliveira, J. (2005). Gestão do risco hospitalar – perspectiva multiprofissional. *Ordem Dos Enfermeiros, Lisboa*(19), 12–15.
- Pinho, R., & DGS. (2015). *Fatores de risco / riscos psicossociais no local de trabalho*. 1–32. Retrieved from <https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/documentos-diversos/trabalho-da-rute-pinho1.aspx>
- Ramos, S., & Trindade, L. (2011). Gestão do risco : Segurança do doente em ambiente hospitalar. *Tecno*

- Hospital*, 48(Quadro 2), 16–20.
- Reason, J. (1990). *Human error* (London; Cambridge University Press, Ed.).
- Reason, J. (2000). Human error: Models and management. *British Medical Journal*, 320(7237), 768–770.
<https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>
- Rutala, W. A., Weber, D. J., & HICPAC. (2019). Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities. *Bennett & Brachman's Hospital Infections: Sixth Edition*, (May).
<https://doi.org/10.1017/9781107153165.009>
- Saraiva, D. M. R. F., & De Almeida, A. A. (2018). Tradução e adaptação cultural do Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006 para Portugal. *Portuguese Journal of Public Health*, 35(3), 1–10.
<https://doi.org/10.1159/000486015>
- Serranheira, F., Uva, A. de S., Sousa, P., & Leite, E. S. (2009). Segurança do doente e saúde e segurança dos profissionais de saúde: duas faces da mesma moeda. *Saúde & Trabalho*, (7), 5–29.
- Serrat, O. (2017). The Five Whys Technique. *Knowledge Solutions*, (February), 307–310.
https://doi.org/10.1007/978-981-10-0983-9_32
- Shafiee, M., Enjema, E., & Kolios, A. (2019). An integrated FTA–FMEA model for risk analysis of engineering systems: A case study of subsea blowout preventers. *Applied Sciences (Switzerland)*, 9(6).
<https://doi.org/10.3390/app9061192>
- Simões, J. A. (2010). Erro médico. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26(6), 560–562.
<https://doi.org/10.32385/rpmgf.v26i6.10794>
- Sousa, P., Uva, A. S., Serranheira, F., Leite, E., & Nunes, C. (2011). Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade. *Escola Nacional de Saúde Pública*.
- Sousa, J., Silva, C., Pacheco, E., Moura, M., Araújo, M., & Fabela, S. (2005). Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais em Portugal Riscos Profissionais: Factores e Desafio. *Centro de Reabilitação Profissional de Gaia*, 1–70.
- Sousa, P., & Mendes, W. (2014a). Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. In *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*.
<https://doi.org/10.7476/9788575415955>
- Sousa, P., & Mendes, W. (2014b). Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras. In *Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras*.
<https://doi.org/10.7476/9788575415948>
- Sousa, P., Uva, A. S., & Serranheira, F. (2010). Investigação e Inovação em Segurança do Paciente. *Rev. Port. Saúde Pública*, 10(10), 89–95. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10362/19760>
- Ungváry, G. (2018). Ignaz Philipp Semmelweis (1818–1865). *Central European Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 24, 4–11.

- World Health Organization. (2002). *Fifty-fifth World Health Assembly*. (May), 1–75. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259364/WHA55-2002-REC1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- World Health Organization. (2005). *Clean care is safer care: Global Patient Safety Challenge*. 62(6), 240.
- World Health Organization. (2007a). Report on the Results of the Web-Based Modified Delphi Survey of the International Classification for Patient Safety –Overview The Drafting Group of the Project to Develop the International Classification for Patient Safety. *World Health Organization*, (June), 23. Retrieved from http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/ps_modified_delphi_survey.pdf
- World Health Organization. (2007b). *The nine Patient Safety Solutions: Preamble*. (May), 3.
- World Health Organization. (2008a). *Forward Programme 2008–2009*.
- World Health Organization. (2008b). *Safe surgery saves lives: Second Global Patient Safety Challenge*.
- World Health Organization. (2009a). *Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety– Final Technical Report* (January). <https://doi.org/10.1109/AERO.2013.6496891>
- World Health Organization. (2009b). *Surgical safety checklist*. 1. https://doi.org/10.5005/jp/books/14251_54
- World Health Organization. (2011). *Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition*. 1–272.
- World Health Organization. (2017a). *Hand Hygiene: Why, How & When?* (August), 1–7. Retrieved from https://www.who.int/gpsc/5may/Hand_Hygiene_Why_How_and_When_Brochure.pdf
- World Health Organization. (2017b). *Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros*. 1–4. Retrieved from www.who.int/patientsafety.
- World Health Organization. (2017c). *Medication Without Harm: Global Patient Safety Challenge on Medication Safety*. 16. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255263/1/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf?ua=1&ua=1>
- World Health Organization. (2017d). *Patient safety: Making health care safer*. 1–20.
- World Health Organization. (2020). *Charter Health worker safety: a priority for patient safety*.

Anexos

Anexo I – Autorização da Comissão de Ética para a Saúde da ULS

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE 	INFORMAÇÃO	Nº 29/CES/JAS Data: 12-03-2021
--------------------------------	------------	---------------------------------------

Para: Serviço de Gestão do Conhecimento
De: Comissão de Ética para a Saúde da ULS

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo intitulado "Gestão de Risco na Prestação de Cuidados de Saúde: uma visão integrada para a promoção da segurança do doente"

INFORMAÇÃO

Exmo. Senhor,

A Comissão de Ética para a Saúde apreciou o pedido de autorização para realização de estudo intitulado "Gestão de Risco na Prestação de Cuidados de Saúde: uma visão integrada para a promoção da segurança do doente", cuja autora é a aluna Beatriz Frade, no âmbito de mestrado em Gestão das Organizações, da Escola Superior de Saúde. Tem como elo de ligação na ULS a Eng^a Ana Paula Teixeira do Serviço de Gestão de Risco.

A Comissão de Ética para a Saúde da ULS deliberou, por unanimidade, nada opor à realização deste estudo, desde que seja garantida a confidencialidade dos dados dos participantes e da Instituição.

Com os melhores cumprimentos


Dr. José Alberto Silva
Presidente da Comissão de Ética
da ULSM Matosinhos

Dr. José Alberto Silva
(Presidente da Comissão de Ética da ULSM, E.P.E.)

Anexo II – Fatores que influenciam a Segurança e Saúde no Serviço Central de Esterilização

Questionário

Fatores que influenciam a Segurança e Saúde no Serviço Central de Esterilização

A Segurança e Saúde nos locais de trabalho é um direito de todos os trabalhadores e um imperativo constitucional. Garantir que esta exista vai traduzir-se no sucesso e num bom funcionamento das instituições. Como tal, é importante reconhecer e compreender quais as causas que mais influenciam na Segurança e Saúde do profissional relacionadas com os Fatores de Risco Psicossociais e Físico, de modo a debruçar-lhes mais atenção.

O questionário que lhe é apresentado é anónimo e é parte integrante do estudo que está a ser realizado no Serviço Central de Esterilização sobre quais as causas que mais influenciam a segurança e saúde do profissional. O preenchimento do mesmo é essencial para a realização deste estudo.

Desde já, agradecemos a sua colaboração.

Parte I

Quais as causas que mais influenciam a sua segurança e saúde no trabalho?	Sim	Não	Não se aplica (N.A.)
1. Organização do serviço			
a. Os turnos rotativos influenciam a sua saúde e bem-estar no trabalho?			
b. Os horários imprevisíveis e não flexíveis influenciam a sua saúde e bem-estar no trabalho?			
c. Considera que os turnos de trabalho são longos?			
d. Considera que não existe nenhum tipo de convívio social durante os turnos de trabalho?			
e. É frequente a falta de manutenção de equipamentos?			
f. É frequente a falta de recursos para a realização do seu trabalho em segurança?			
2. Natureza do serviço			
a. Sente-se incluído/a na tomada de decisões?			

Questionário

Fatores que influenciam a Segurança e Saúde no Serviço Central de Esterilização

<p>b. Sente pouca autonomia/ controlo na realização do seu trabalho?</p> <p>c. Sente que exigem demais e depositam demasiada pressão na realização do seu trabalho?</p> <p>Se respondeu não na questão anterior:</p> <p>c1. Considera que existe uma subutilização das suas competências?</p> <p>d. Acha que o seu trabalho é repetitivo?</p> <p>e. Sente que existe uma sobrecarga de trabalho?</p> <p>f. Sente que o seu trabalho é pouco valorizado e reconhecido?</p>			
3. Atitudes, valores e comportamentos			
<p>a. Considera que existe falta de apoio aos profissionais na instituição?</p> <p>a1. E na realização do seu trabalho?</p> <p>a2. E na resolução de problemas?</p> <p>b. Sente que não incentivam o seu desenvolvimento pessoal?</p> <p>b1. E o seu desenvolvimento profissional?</p> <p>c. Sente que existe assédio moral no trabalho?</p> <p>c1. E no que se refere à violência no trabalho?</p> <p>d. Sente falta de reconhecimento pelo seu trabalho?</p> <p>e. Considera que existe uma boa comunicação na instituição?</p> <p>f. Existe uma boa relação com os superiores?</p> <p>f1. E com os colegas de serviço?</p> <p>g. Sente que existem conflitos entre as atividades profissionais e atividades familiares?</p>			

Questionário

Fatores que influenciam a Segurança e Saúde no Serviço Central de Esterilização

h. Sente insegurança no seu local de trabalho?			
--	--	--	--

Parte II

Nesta segunda parte o questionário debruça-se, essencialmente, sobre as condições do espaço físico do local de trabalho. Assinale apenas na classificação que retrata melhor o seu ambiente de trabalho, consoante os seguintes fatores:

4. No seu local de trabalho, a que tipo de riscos está mais exposto(a)?

- Ruído
- Iluminação
- Vibrações
- Ambiente Térmico
- Radiações

5. De acordo com a resposta à pergunta anterior caracterize os riscos aos quais está exposto(a):

Condições do local de trabalho				
Ruído	Iluminação	Vibrações	Ambiente Térmico	Radiações
Excessivo <input type="checkbox"/>	Excessiva <input type="checkbox"/>	Excessivas <input type="checkbox"/>	Muito Quente <input type="checkbox"/>	Excessivas <input type="checkbox"/>
Forte <input type="checkbox"/>	Forte <input type="checkbox"/>	Fortes <input type="checkbox"/>	Quente <input type="checkbox"/>	Fortes <input type="checkbox"/>
Normal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Neutro <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>
Fraco <input type="checkbox"/>	Fraca <input type="checkbox"/>	Fracas <input type="checkbox"/>	Frio <input type="checkbox"/>	Fracas <input type="checkbox"/>
Inexistente <input type="checkbox"/>	Inexistente <input type="checkbox"/>	Inexistentes <input type="checkbox"/>	Muito Frio <input type="checkbox"/>	Inexistentes <input type="checkbox"/>

6. Considera que a exposição aos fatores anteriormente mencionados (Ruído, Iluminação, Vibrações, Ambiente Térmico e Radiações), resultam em consequências fisiológicas e psicológicas, que afetam diretamente no desempenho do seu trabalho?

Consequências Fisiológicas	Consequências Psicológicas
----------------------------	----------------------------

Questionário

Fatores que influenciam a Segurança e Saúde no Serviço Central de Esterilização

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não

Se respondeu que sim, identifique:

6.1 As consequências fisiológicas:

6.2 As consequências psicológicas:

Parte III

Na terceira e última parte deste questionário, destina-se à identificação de outras potenciais causas que possam influenciar a Segurança e Saúde do profissional no trabalho e de sugestões para melhorar as condições de trabalho dos profissionais.

7. Para além dos parâmetros acima referidos neste Questionário, considera que existem outras causas que influenciam a Segurança e Saúde dos profissionais no trabalho?

- Sim
 Não

7.1 Se sim, indique quais:

Fatores que influenciam a Segurança e Saúde no Serviço Central de Esterilização

Sugestões

Indique por favor, alguma(s) sugestão(ões) que o Serviço Central de Esterilização possa implementar para garantir/ melhorar a Segurança e Saúde dos profissionais no seu local de trabalho:

Obrigada pela sua colaboração.