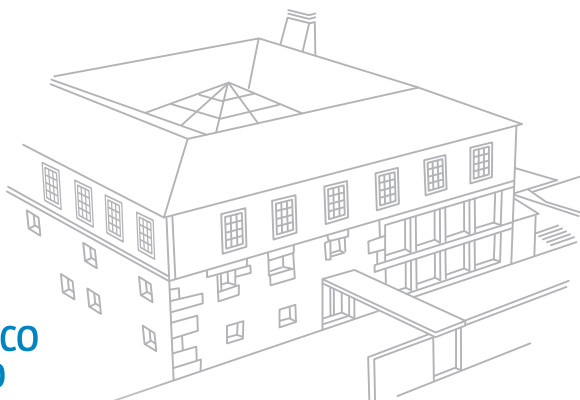


ESTGF | **POLITÉCNICO
DO PORTO**



ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA E GESTÃO

A PROBLEMÁTICA DA HIGIENE, SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO EM COTEXTO HOSPITALAR

DESIGNAÇÃO DO MESTRADO

Gestão Integrada da Qualidade, Ambiente e Segurança

AUTOR

Tânia Isabel Barbosa Filipe

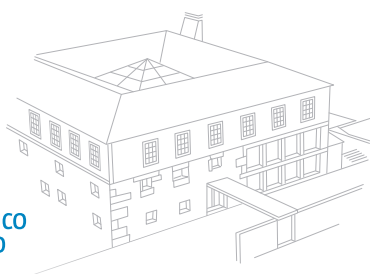
ORIENTADOR(ES) Professor Especialista Mário António Faro Rebelo

Professora Mestre Cláudia Sofia Barros Vieira

ANO

2012

www.estgf.ipp.pt



ESTGF | **POLITÉCNICO
DO PORTO**

ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA E GESTÃO
**A PROBLEMÁTICA DA HIGIENE, SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO EM
COTEXTO HOSPITALAR**

DESIGNAÇÃO DO MESTRADO

Gestão Integrada da Qualidade, Ambiente e Segurança

AUTOR

Tânia Isabel Barbosa Filipe

ORIENTADOR(ES)

Professor Especialista Mário António Faro Rebelo

Professora Mestre Cláudia Sofia Barros Vieira

ANO

2012

www.estgf.ipp.pt

AGRADECIMENTOS

Com a apresentação deste trabalho, pretende-se expressar os mais sinceros agradecimentos a todos aqueles que de alguma forma o tornaram possível.

Em primeiro lugar agradeço a colaboração dos Hospitais que responderam ao inquérito, pois sem a sua colaboração o presente trabalho não existia.

Em particular aos orientadores desta dissertação, Professora Mestre Cláudia Vieira e Professor Especialista Mário Rebelo, o profundo reconhecimento pela sua disponibilidade, pelos seus ensinamentos, pelas suas orientações e pertinência das suas observações.

Especialmente à Professora Doutora Vanda Lima, pelas suas sugestões, disponibilidade, colaboração e apoio permanente demonstrado ao longo da realização de todo este trabalho.

Não podia deixar de mencionar todo o apoio e compreensão incondicional por parte da minha família e companheiro ao longo deste trabalho, pois o presente trabalho foi realizado graças a eles.

E a todos os que de alguma forma contribuíram para a concretização deste trabalho, agradece-se com amizade.

RESUMO

A Higiene, Segurança e Saúde no Trabalho é uma área onde se tem verificado um grande desenvolvimento e crescimento, sobretudo durante as duas últimas décadas, e que assume, cada vez mais, relevância e preponderância nos mais diversos ramos de atividade humana.

Os profissionais de saúde estão expostos a uma diversidade de riscos ocupacionais que podem culminar com a ocorrência de variados tipos de acidente ou, no pior cenário, com o desenvolvimento de doenças profissionais.

O presente trabalho pretende observar e analisar a posição institucional de um conjunto de Hospitais em matéria do cumprimento dos requisitos legais no âmbito da Higiene, Segurança e Saúde no Trabalho, através da utilização de um questionário. O tratamento exploratório da informação recolhida foi efetuado com o recurso a ferramenta SPSS.

Constatou-se que os Hospitais cumprem com a maioria dos requisitos legais. No entanto, existem determinadas áreas que necessitam de uma intervenção imediata e estruturada, nomeadamente no que concerne ao tema das Radiações no âmbito hospitalar e a nível da Segurança Contra Incêndios.

Palavras-chave: Higiene, Segurança e Saúde no Trabalho, Setor da Saúde, Hospitais.

ABSTRACT

The Hygiene, Safety and Health at Work is an area where there has been a great development and growth, especially during the last two decades and that assumes increasingly, relevance and dominance in various branches of human activity.

Health care workers are exposed to a variety of occupational hazards that may culminate with the occurrence of various types of accidents or, in the worst case scenario, with the development of diseases.

This work intends to observe and analyze the institutional position of a set of hospitals regarding the legal requirements under the Health, Safety and Health at Work, by using a questionnaire. Treatment exploratory information gathered was performed with the use of SPSS software.

It was found that most hospitals comply with legal requirements, however, there are certain areas that need immediate intervention and structured, particularly in relation to the theme of Radiation in the hospital and the level of Fire Safety.

Keywords: Hygiene, Safety and Health at Work, Health Sector, Hospitals.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
PARTE 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
CAPITULO 1 – O TRABALHO EM CONTEXTO HOSPITALAR	4
1.1. BREVE ENQUADRAMENTO HISTÓRICO DO HOSPITAL	4
1.2. A ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR.....	6
1.3. ENQUADRAMENTO LEGAL DE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO EM CONTEXTO HOSPITALAR	7
1.4. PRINCIPAIS RISCOS OCUPACIONAIS DOS PROFISSIONAIS DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE	8
1.4.1. RISCOS BIOLÓGICOS	8
1.4.2. RISCOS QUÍMICOS	10
1.4.3. RISCOS FÍSICOS	11
1.4.3.1. RADIAÇÕES	11
1.4.3.2. ILUMINAÇÃO	12
1.4.3.3. AMBIENTE TÉRMICO	13
1.4.3.4. VIBRAÇÕES	14
1.4.3.5. RUÍDO	14
1.4.3.6. QUALIDADE DO AR	15
1.4.4. RISCO DE INCÊNDIO.....	15
1.4.5. RISCOS ERGONÓMICOS.....	16
1.4.6. RISCOS PSICOSSOCIAIS	17
CAPITULO 2 – ACIDENTES DE TRABALHO EM CONTEXTO HOSPITALAR.....	19
CAPITULO 3 – DOENÇAS PROFISSIONAIS EM CONTEXTO HOSPITALAR	20
CAPITULO 4 – SERVIÇO DE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO NOS HOSPITAIS	23
CAPITULO 5 – ÁREA METROPOLITANA DO PORTO.....	24
PARTE 2 – DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO	27
CAPITULO 7 – MATERIAL E MÉTODOS.....	28
7.1. OBJETIVOS DO ESTUDO.....	28
7.2. POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA DO ESTUDO	28
7.3. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS.....	28
7.4. RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS	29
CAPITULO 8 – CONCLUSÕES	31
CAPITULO 9 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	34
ANEXOS	39
ANEXO I – QUESTIONÁRIO	40
ANEXO II – RESULTADOS.....	69

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Mapa da Grande Área Metropolitana do Porto.....	24
Figura 2 – Respostas obtidas ao questionário.....	29
Figura 3 – Modalidade de Serviços de Segurança.....	69
Figura 4- Modalidade de Serviços de Saúde.	70
Figura 5 – Fichas de Aptidão dos trabalhadores.	71
Figura 6 - Número de Médicos de Trabalho existente por Hospital.	71
Figura 7 - O médico do trabalho assegura mais de 150 horas de atividade por mês.....	72
Figura 8 – Hospitais com o Enfermeiro de Trabalho.	72
Figura 9 – Número de Técnicos Superiores de Segurança e Higiene no Trabalho.	73
Figura 10 – Número de Técnicos de Segurança e Higiene no Trabalho.	73
Figura 11 – Calculo dos índices de frequência.....	75
Figura 12 – Calculo dos índices de gravidade.....	75
Figura 13 – Calculo dos índices de incidência.	75
Figura 14- Contabilização dos custos diretos dos acidentes de trabalho.....	76
Figura 15 – Contabilização dos custos indiretos dos acidentes de trabalho.	76
Figura 16 – Análise das causas dos acidentes de trabalho.	77
Figura 17 – Metodologia de análise de acidentes de trabalho utilizada.	77
Figura 18 – Elaboração de relatórios dos acidentes de trabalho.....	78
Figura 19 – Tipos de ocorrências mais frequentes.	78
Figura 20 – Principais causas dos Acidentes de Trabalho.	79
Figura 21 – Realização de Avaliação de Riscos nos Postos de Trabalho.....	79
Figura 22 – Metodologia de Avaliação de Risco.	80
Figura 23 – Principais riscos.	81
Figura 24 – Alterações nos postos de trabalho provocadas pela avaliação de riscos.	82
Figura 25 – Foram considerados os riscos psicossociais na avaliação de riscos.....	82
Figura 26 – Consulta aos trabalhadores sobre a avaliação de riscos.	83
Figura 27 – Avaliação dos níveis luminotécnicos dos postos de trabalho.	83
Figura 28 - Avaliação dos níveis de ruído nos postos de trabalho.	84
Figura 29 - Avaliação das condições de temperatura e humidade dos postos de trabalho.....	84
Figura 30 - Avaliação da qualidade do ar ambiente dos postos de trabalho.	85
Figura 31 – Monitorização de agentes químicos.....	85
Figura 32 – Agentes químicos monitorizados.	86
Figura 33 – Avaliação das máquinas e equipamentos e ferramentas de trabalho.	86
Figura 34 – Cumprimento da Diretiva Máquinas e Legislação de Equipamentos de Trabalho.	87

Figura 35 – Existência de procedimentos ou listas de verificação das máquinas e equipamentos de trabalho.....	87
Figura 36 – Verificações de segurança periódicas as máquinas e equipamentos de trabalho.	88
Figura 37 – Existência de registos das verificações efetuadas.	88
Figura 38 – Utilização de substâncias perigosas.	89
Figura 39 – Fichas de Dados de Segurança encontram-se afixadas.	89
Figura 40 – Existência de locais de armazenagem de produtos químicos.....	90
Figura 41 – Existência de condições de segurança nas áreas de armazenagem de produtos químicos. 90	
Figura 42 – Existência de bacias de retenção adequadas.	91
Figura 43 – Estado das instalações elétricas.....	92
Figura 44 – Estado de conservação dos quadros elétricos.....	92
Figura 45 – Sinalização dos quadros elétricos.	92
Figura 46 – Tomadas elétricas são em número suficiente nos postos de trabalho.	93
Figura 47 – Adoção de posturas estáticas por tempo prolongado em pé.	94
Figura 48 – Adoção de posturas incorretas na execução de tarefas.	94
Figura 49 – Avaliação dos postos de trabalho com equipamentos dotados de visor.....	95
Figura 50 – Identificação e avaliação dos riscos da movimentação manual de cargas.....	95
Figura 51 – Formação dos trabalhadores sobre movimentação manual de cargas e de doentes.	96
Figura 52 – Tem-se em consideração as características inerentes a movimentação manual de cargas. 96	
Figura 53 - É organizado o trabalho ou utilizam meios de meios apropriados de modo a evitar a movimentação manual de cargas.....	97
Figura 54 – Existência de equipamentos de apoio à movimentação manual de cargas.....	97
Figura 55 – Existência de dispositivos mecânicos para a movimentação de doentes.	98
Figura 56 – Método de mobilização de doentes mais utilizado.	98
Figura 57 – Atividades que contribuíram para as lesões músculo-esqueléticas no ano de 2011.	99
Figura 58 – Posturas que contribuíram para as lesões músculo-esqueléticas em 2011.....	100
Figura 59 – Intervenções adotadas para modificar a situação de trabalho.	100
Figura 60 – Situações que condicionam as posturas durante a jornada de trabalho.....	101
Figura 61 – Grupos profissionais mais afetados com as lesões músculo-esqueléticas.....	102
Figura 62 – Sexo mais afetado com as lesões músculo-esqueléticas.	102
Figura 63 – Faixas etárias mais afetadas com as lesões músculo-esqueléticas.	103
Figura 64 – Tipos de Sinalização de Segurança Existente.	104
Figura 65 – Compreensão da sinalização de segurança pelos trabalhadores.....	104
Figura 66 – Cumprimento da sinalização de segurança.	105
Figura 67 – Conservação da Sinalização de Segurança.	105
Figura 68 – Envolvimentos dos trabalhadores na seleção dos EPI.	106
Figura 69 – Utilização dos EPI's.....	106

Figura 70 – Existência de procedimentos de gestão dos EPI's.	107
Figura 71 – Existência de procedimentos, regras ou instruções de prevenção de incêndios.....	107
Figura 72 – Tipos de Extintores.	108
Figura 73 – Existência de sistema de deteção automática de incêndio em todos os edifícios.....	108
Figura 74 – Existência de sistema de controlo de monóxido de carbono.....	109
Figura 75 – Existência de sistema de deteção de gases combustíveis.....	109
Figura 76 – Saídas de Emergência em número suficiente de acordo com a legislação.....	110
Figura 77 – Cumprimento das dimensões das saídas de emergência.	110
Figura 78 – Saídas de emergência encontram-se desobstruídas.....	111
Figura 79 – Existência de Ascensores com dispositivos de chamada em caso de incêndio.....	111
Figura 80 – Existência de Ascensor para uso de bombeiros.	112
Figura 81 – Existência de Delegado de Segurança.	112
Figura 82 – Existência de Equipa de Segurança.	113
Figura 83 – Número de Elementos da equipa de segurança.....	113
Figura 84 – Existência de Registos de Segurança.....	114
Figura 85 – Registos de Segurança encontram-se atualizados.	114
Figura 87 – Plano de Prevenção encontra-se atualizado.	115
Figura 86 – Existência de Plano de Prevenção.....	115
Figura 88 – Existência de Plano de Emergência Interno.....	115
Figura 89 – Plano de Emergência Interno encontra-se implementado.....	116
Figura 90 – Plantas de Emergência afixadas.....	116
Figura 91 – Instruções de segurança afixadas.	117
Figura 92 – Existência de Brigada de 1. ^a intervenção.	117
Figura 93 – Formação dos Trabalhadores na prática e manuseamento dos meios de combate a incêndios.....	118
Figura 94 – Realização de Simulacros.	118
Figura 95 – Estabelecimento de contatos com os bombeiros.....	119
Figura 96 – Estabelecimento de contatos com a proteção civil.....	119
Figura 97 – Estabelecimento de contatos com as autoridades policiais.	119
Figura 99 – Contatos com meios externos encontram-se afixados num local visível.	120
Figura 98 – Estabelecimento de contatos com as estruturas da saúde locais.	120
Figura 100 – Lugares de estacionamento reservados para pessoas com mobilidade condicionada. ...	121
Figura 101 – Pavimento irregular, com buracos ou pedras e gravilhas soltas nos acessos ao Hospital.	121
Figura 102 – Existência de escadas ou degraus à entrada do Hospital.....	122
Figura 103 – Existência de rampas de acesso e corrimões.....	122

Figura 104 – Existência de sistema de orientação no pavimento ao longo do percurso interior do Hospital.	123
Figura 105 – Existência de informação tátil.....	123
Figura 106 – Existência de sistemas de senhas com ecrãs para anunciar número de espera.	124
Figura 107 – Existência de acessos para pessoas com mobilidade condicionada.	124
Figura 108 – Deslocar-se em cadeira de rodas sem necessitar de ajuda no Hospital.	125
Figura 109 – Funcionários capacitados para atender pessoas com mobilidade condicionada.	125
Figura 110 – Existência de funcionários com conhecimentos de linguagem gestual.....	126
Figura 111 – Existência de instalações sanitárias para pessoas com mobilidade condicionada.	126
Figura 112 – Existência de cartazes, folhetos informativos e brochuras em braille.....	127
Figura 113 – Existência de programa de radiações ionizantes aprovado pela Direção Geral dos Cuidados de Saúde Primários.....	127
Figura 114 - A dosimetria da exposição individual é efetuada.	128
Figura 115 – Trabalhadores possuem acesso aos resultados da dosimetria.	128
Figura 116 – Existência de trabalhadoras grávidas, lactantes ou menores em atividades que as possam tornar pessoas expostas.	129
Figura 117 – As doses recebidas pelos trabalhadores são inferiores aos valores limite estabelecidos.	129
Figura 118 – Medidas de proteção e segurança contra radiações.....	130
Figura 119 – Instrução dos trabalhadores sobre as medidas no domínio da segurança contra as radiações ionizantes.....	131
Figura 120 – Sinalização dos locais onde são utilizadas radiações.....	131
Figura 121 – Locais de exposição a radiações encontram-se assinalados com a luz vermelha.	132
Figura 122 – Trabalhadores utilizam EPI's adequados ao risco específico existente.	132
Figura 123 – EPI's mais utilizados contra as radiações.	133
Figura 124 – Existência de tempos de exposição limitados.	133
Figura 125 – Existência de controlo médico especial aos trabalhadores expostos às radiações.	134
Figura 126 – Existência de um programa de gestão de resíduos produzidos.....	134
Figura 127 – Conhecimento do grau de perigosidade dos agentes biológicos por parte dos trabalhadores.	135
Figura 128 - Agentes biológicos causadores de acidentes de trabalho em 2011.....	136
Figura 129 – Vias de transmissão de agentes biológicos que originaram acidentes de trabalho em 2011.	136
Figura 130 – Causa dos acidentes de trabalho de origem biológica.....	137
Figura 131 – Área corporal mais afetada nos acidentes de trabalho com agentes biológicos em 2011.	138
Figura 132 – Grupo profissional mais afetado com acidentes de trabalho de origem biológica.....	139

Figura 133 – Doença profissional devido a exposição a agentes biológicos.....	139
Figura 134 – Turno da noite tem duração inferior a duas semanas.....	140
Figura 135 – Carga de trabalho dos trabalhadores é inferior no turno da noite.	140
Figura 136 – Os trabalhadores realizam exames médicos antes da sua incorporação no trabalho por turnos.....	141
Figura 137 – Número de acidentes de trabalho é maior em trabalho por turnos ou noturno.	141
Figura 138 – Menos de 30 horas de formação.	142
Figura 139 – De 30 a 59 horas de formação.....	142
Figura 140 – Categorias profissionais envolvidas no plano de formação.	143
Figura 141 – É efetuado um levantamento das necessidades de formação em matéria de SST.....	144
Figura 142 – Existência de plano anual de formação em SST.	144
Figura 143 – Existência de Manual de Boas Práticas em matéria de SST.	145
Figura 144 – Existência de Manual de Biosegurança.	145
Figura 145 – Existência de Manual de Acolhimento/Integração.	146
Figura 146 – O manual de acolhimento/integração possui aspetos relacionados com SST.....	146
Figura 147 – Existência de carta de riscos.	147
Figura 148 – Existência de instruções de segurança por cada tarefa ou posto de trabalho.	147
Figura 149 – Existência de procedimentos de SST para entidades subcontratadas.	148
Figura 150 – Caderno de encargos engloba questões de SST.	148

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Risco de hepatite clínica e de infecção pelo vírus da hepatite B após exposição percutânea ...	9
Tabela 2 – Número de Horas de Trabalho por categoria profissional.....	23
Tabela 3 - Hospitais por Município em 2009.....	25
Tabela 4 – Tipo de Hospitais.....	30
Tabela 5 – Número Total de Trabalhadores dos Hospitais.	69
Tabela 6 – Número de Acidentes de Trabalho no ano de 2011.....	74
Tabela 7 – Número de Acidentes de Trabalho “In Itinere” no ano de 2011.	74
Tabela 8 - Quais as lesões músculo-esqueléticas mais frequentes no Hospital.....	101

SIGLAS E ABREVIATURAS

Antes de Cristo (a.C.)

Autoridade para as Condições do Trabalho (ACT)

Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS)

Centers for Disease and Control and Prevention (CDC)

Conselho Internacional de Enfermagem (CIE)

Equipamento Dotados de Visor (EDV)

Equipamento de Proteção Individual (EPI)

Estabelecimentos Hospitalares (EH)

Ficha de Dados de Segurança (FDS)

Grande Área Metropolitana do Porto (GAMP)

Higiene, Segurança e Saúde no Trabalho (HSST)

Lesões Músculo-Esqueléticas Ligadas ao Trabalho (LMELT)

Organização Mundial de Saúde (OMS)

Plano de Emergência Interno (PEI)

Segurança e Saúde no Trabalho (SST)

Serviço Nacional de Saúde (SNS)

Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)

União Europeia (UE)

Vírus da Hepatite B (VHB)

Vírus da Hepatite C (VHC)

Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)

INTRODUÇÃO

A Higiene, Segurança e Saúde no Trabalho (HSST) é uma área que se tem, ao longo das últimas décadas, assistido a um grande desenvolvimento e crescimento, sendo considerada de grande relevância no desenvolvimento de atividades profissionais, nos mais variados contextos de trabalho.

O papel da HSST no trabalho tem vindo a mudar, embora com algumas assimetrias, praticamente em todas as áreas de atividade humana. Se no passado os investimentos associados às condições de trabalho eram praticamente nulos, hoje cada vez mais se encaram essas despesas como investimentos para a melhoria de todas as componentes de uma atividade profissional.

À medida que as sociedades vão evoluindo, também o paradigma relativamente às condições de trabalho dos colaboradores se vai alterando e a temática da HSST é, cada vez mais, parte do léxico de empresas, entidades públicas e indivíduos.

A promoção de maior qualidade e segurança do ambiente de trabalho é, por um lado, um imperativo civilizacional para o mundo moderno e socialmente consciente, e por outro uma ferramenta fundamental para o desenvolvimento da competitividade, que leva à redução de custos e melhora a produtividade.

Apesar da evolução positiva que se tem registado e da confirmação, com base em dados estatísticos claros e rigorosos, da importância desta área na atividade profissional, existem ainda muitas lacunas que acontecem por vários motivos: a falta de formação dos trabalhadores, o incumprimento das regras pelos responsáveis, a disponibilidade financeira das empresas para a implementação de sistemas de prevenção, entre muitas outras, indicam que o caminho se encontra, praticamente, no início.

De acordo com a Campanha Europeia sobre Avaliação de Riscos, realizada pela Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho no ano de 2009, a cada três minutos e meio morre uma pessoa na União Europeia (UE) por causas relacionadas com o trabalho. Isto significa que morrem anualmente cerca de 167 mil pessoas na sequência de acidentes relacionados com o trabalho (7500) ou de doenças profissionais (159500). A cada quatro segundos e meio, um trabalhador na UE tem um acidente que o força a permanecer em casa, pelo menos, três dias úteis. O número de acidentes de trabalho que resultam em três ou mais dias de ausência por doença é muito elevado, excedendo 7 milhões por ano. Esta é, naturalmente, uma problemática que nos envolve a todos. Aos evidentes custos humanos deste cenário está associado um enorme custo económico para as entidades afetadas: ausências do trabalhador por doença, perda de produtividade, custos com seguros e consequente aumento do encargo com os sistemas de saúde, entre outros.

Com o objetivo de inverter este trágico cenário, foi implementada legislação a nível europeu, que se reflete no plano nacional através da Estratégica Nacional para a Segurança e Saúde no Trabalho 2008 – 2012 (ACT, 2008), aprovada pela Resolução do Conselho de Ministros nº 59/2008, de 1 de Abril.

Este plano a médio prazo pode ser dividido em dois eixos fundamentais, um reportando à promoção da Segurança e Saúde no Trabalho (SST) nos locais de trabalho, o outro referindo as políticas públicas em matéria de SST.

É no primeiro que a dissertação sobre “A Problemática da Higiene, Segurança e Saúde no Trabalho em Contexto Hospitalar” se focaliza.

Pretende-se, assim, conhecer a posição institucional dos Hospitais da Grande Área Metropolitana do Porto (GAMP) em matéria de cumprimento dos requisitos legais no âmbito da HSST, e identificar as áreas mais problemáticas e necessitadas de possíveis intervenções, com o objetivo de alertar acerca da exposição dos trabalhadores à ocorrência de acidentes de trabalho ou doenças profissionais e para a criação de ambientes de trabalho mais seguros, saudáveis e harmoniosos para os colaboradores, utentes ou visitantes.

O presente estudo está organizado em duas partes: na primeira pretende-se dar um enquadramento, com elevado pormenor, do ambiente e das principais questões em torno da HSST; a segunda parte é constituída por um conjunto de informação e análise resultante de um inquérito realizado especificamente para este trabalho, acerca da implementação e cumprimento em matéria de HSST no contexto hospitalar, realizado nos hospitais da GAMP.

Relativamente à primeira parte, o enquadramento teórico divide-se em quatro capítulos. No primeiro aborda-se o trabalho em contexto hospitalar, o qual versa aspetos como o desenvolvimento do hospital desde os primórdios até ao hospital contemporâneo, passando pela organização hospitalar, pelo enquadramento legal e pela identificação e caracterização dos principais fatores de risco do trabalho nesse contexto. No segundo capítulo abordam-se os acidentes de trabalho em contexto hospitalar, analisando aspetos como as causas dos acidentes de trabalho e sua caracterização. No terceiro capítulo abordam-se as doenças profissionais em contexto hospitalar, focalizando as principais doenças profissionais. No quarto capítulo aborda-se o tema dos Serviços de Segurança e Saúde nos Hospitais, o qual versa aspetos ligados ao número de técnicos e técnicos superiores de higiene e segurança no trabalho, médicos de trabalho e enfermeiros de trabalho e as horas de trabalho de cada profissão.

Na segunda parte da dissertação, composta por um capítulo, é efetuado o desenvolvimento do caso de estudo. São apresentados os materiais e métodos utilizados no estudo, descreve-se o desenho da investigação, abordando o contexto em que a mesma foi realizada, apresentam-se as variáveis do estudo, descreve-se a recolha de dados e respetivo instrumento de recolha de dados. O Anexo II diz respeito à apresentação do tratamento estatístico e análise dos dados referentes aos Hospitais em estudo.

Na terceira e última parte desta dissertação, são apresentadas as conclusões. São ainda propostas algumas sugestões em função dos resultados obtidos.

A investigação termina com a bibliografia, assim como com os anexos necessários para melhor compreender o estudo efetuado.

PARTE 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPITULO 1 – O TRABALHO EM CONTEXTO HOSPITALAR

O termo hospital refere-se a um estabelecimento de saúde (com serviços diferenciados), dotado de capacidade de internamento, de ambulatório (consulta e urgência) e de meios de diagnóstico e terapêutica, com o objetivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação, competindo-lhe também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica (PCCGDH, 2012).

1.1. BREVE ENQUADRAMENTO HISTÓRICO DO HOSPITAL

Apesar da definição apresentada anteriormente ser muito recente, o conceito de Hospital remete-nos para períodos da história longínqua. Já no século VII a.C., na Índia e na Grécia de Hipócrates, existia este conceito de instituição formada por um conjunto de instalações cuja função seria a de prestar assistência a pessoas que manifestavam algum problema de saúde. O termo Hospital foi introduzido no período do império romano e seriam campanhas formadas por profissionais e com materiais adequados que apoiavam os soldados romanos, sobretudo ao nível dos feridos em batalhas. O termo “hospital” nasce, assim, do latim “*hospitalarim*” e significava ao abrigo de hóspedes e ao seu cuidado (SERRA, 2005).

Na Idade Média, assiste-se a um pequeno desenvolvimento ao nível teórico e prático. Os cuidados de saúde na Europa eram realizados, sobretudo, por comunidades religiosas que, para além de prestarem cuidados de saúde, também acomodavam o doente em caso de necessidade.

É na época do Renascimento que se assiste a um significativo desenvolvimento da atividade médica e do conceito de Hospital, os doentes passam a ser diferenciados pela sua patologia ou tratamento, permitindo o aparecimento de instituições de ação mais específica. Verifica-se um grande aumento da relação entre vários tipos de ciência, que contribuem para o desenvolvimento da medicina. A prática médica intensifica-se à medida que se vão desenvolvendo os grandes núcleos urbanos, sobretudo no sentido de combater surtos de doença que afetam a população em grande escala ou na assistência a campanhas militares.

O avanço da medicina regista um acentuado crescimento em períodos mais recentes, quer pelo domínio das práticas dos seus profissionais, quer, sobretudo, no desenvolvimento de técnicas e metodologias. Este avanço concentra-se em centros de investigação, um pouco por todo o mundo, localizados em grandes Hospitais geralmente associados a polos universitários ou centros de investigação.

Também em Portugal se assistiu a uma evolução do conceito e da própria instituição pelas mais variadas razões. Os primeiros estabelecimentos hospitalares surgiram, praticamente, na época da fundação de Portugal, por grupos religiosos e com uma forte influência das culturas judaica e árabe. Os primeiros praticavam uma medicina mais tradicional e muitas vezes recorrendo ao sobrenatural, já os segundos possuíam uma maior instrução e a sua prática assentava numa base mais científica.

Com os Descobrimentos e a difusão dos ideais renascentistas, a aquisição e difusão do conhecimento torna-se mais fácil e rápida, sendo o método científico o principal motor da mudança de conceitos e práticas no campo da medicina.

O conceito de Hospital fica, neste período, associado a um complexo de infraestruturas localizadas em grandes polos urbanos, servindo as populações. Uma ideia de centralidade que durou muitos anos, por exemplo no surgimento dos Hospitais Monumentais (ARAÚJO *et. al*, 1998).

Tal como no resto da Europa, é na segunda metade do século XIX, com a Revolução Industrial e consequentemente com a rápida evolução tecnológica, que se verifica um grande progresso das ciências, que levaram à criação de diferentes tipos de instituições mais específicas de apoio à saúde das populações, melhorando substancialmente, as técnicas e métodos que facilitam o diagnóstico e tratamento das doenças (FERREIRA, 1990). Esta mudança reflete-se na construção de novos Hospitais.

A conjuntura política, social e económica em todo em Portugal, praticamente desde o início do séc. XX, promove a medicina a uma prática de enorme prestígio, implicando um elevado grau de formação científica e profissional. A melhoria das condições de vida das pessoas e o aumento da esperança média de vida são consequências diretas da capacidade que as práticas médicas têm na promoção e controlo da saúde.

A instituição sofre também uma grande evolução ao nível dos recursos humanos. Médicos e enfermeiros deixam de ser os únicos agentes, passando o Hospital a contar com um conjunto muito diversificado de técnicos de saúde, desde o diagnóstico até à terapêutica, aumentando intensivamente o grau de especialização em cada uma das áreas.

O desenvolvimento de políticas sociais, um pouco por todo mundo e em particular em Portugal, levou à garantia universal da prestação de cuidados de saúde necessários a toda a população, independentemente da etnia ou classe social (ARAÚJO *et. al*, 1998).

Em 1971, após o desenvolvimento de uma nova legislação, foram criados os Centros de Saúde, com o objetivo de garantir um apoio em cuidados de saúde a toda a população, descentralizando os centros hospitalares, que passaram a funcionar como base organizacional da rede de cuidados de saúde pública, no fundo, reconhecendo a saúde como um direito adquirido das populações.

Após o 25 de Abril de 1974, os Hospitais foram influenciados pelas opções políticas vigentes, sendo também criado, nesta época, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), cujo objetivo era e é prestar apoio médico às populações no contexto do estado social.

1.2.A ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

Uma organização pode ser definida como um sistema composto por atividades humanas aos mais diversos níveis, constituindo um conjunto complexo e multidimensional de personalidades, pequenos grupos, normas, valores e comportamentos, ou seja, um sistema de atividades conscientes e coordenadas de um grupo de pessoas para atingir objetivos comuns (CHIAVENATO,1995).

De acordo com a definição anterior, a interdependência de uma organização e o seu meio envolvente é uma condicionante essencial, especialmente no caso das organizações de saúde, as quais estão sujeitas a numerosas e mutáveis influências, nomeadamente: demográficas e de mobilidade, económico-financeiras, sociais e culturais, legislativas, tecnológicas e funcionais.

A organização hospitalar é um sistema complexo, composto por vários departamentos, onde colaboram diversos profissionais. Para além disso, as especificidades do tipo de trabalho desenvolvido provocam um grande desgaste emocional e físico.

Em relação ao funcionamento da organização hospitalar, e sendo o Hospital uma organização formal e institucionalizada de prestação de serviços, para a grande maioria dos autores o ponto fulcral situa-se nos cuidados a prestar aos utentes, sendo os prestadores de serviço relegados para um segundo plano.

Nos últimos anos, muito se tem falado de "humanização hospitalar", verificando-se que os estudos desenvolvidos sobre esta temática assumem o objetivo primordial como sendo a ação dos profissionais de saúde e a qualidade dos serviços prestados, deixando assim as condições de trabalho, a motivação e o bem-estar dos profissionais de saúde relegados para segundo plano ou por vezes mesmo esquecidos.

Por exemplo, no caso de Portugal, o Ministério da Saúde, embora manifeste ocasionalmente as duas dimensões fundamentais do trabalho na organização hospitalar, o utente e o trabalhador da instituição, é notoriamente mais evidente a preocupação com os aspetos técnicos, do saber e do saber fazer, que a dimensão humana do técnico de saúde.

São alguns episódios históricos que lançam o debate público e institucional acerca dos riscos para acidentes e doenças profissionais dos profissionais de saúde. A transmissão do vírus responsável pela hepatite pela picada de uma agulha infetada, sobretudo, à classe dos Enfermeiros, a transmissão da tuberculose a técnicos de Radiologia ou toda uma panóplia de doenças a que estão sujeitos os técnicos de Análises Clínicas são apenas alguns exemplos que nas últimas décadas despertaram as comunidades para a necessidade da elaboração de planos para a diminuição da exposição aos riscos inerentes ao trabalho hospitalar. A partir da exposição pública da doença do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), inicia-se uma fase de maior ênfase para a elaboração desses planos para os riscos de natureza hospitalar (CARDO, 2004).

1.3. ENQUADRAMENTO LEGAL DE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO EM CONTEXTO HOSPITALAR

A criação do SNS, a reforma do Ministério da Saúde e a publicação da Lei de Bases da Segurança Social, em 1984, não foram acompanhados de inovações no âmbito da Segurança e Saúde no Trabalho (SST), quer a nível legislativo, quer técnico e organizativo. O reconhecimento e a reparação de danos provenientes da exposição a riscos profissionais não se encontravam englobados num sistema geral e universal da segurança social.

Em 1990 foi aprovada uma nova lei de bases da saúde, a qual adotou, como prioridades da política de saúde do país, a promoção da saúde e a prevenção da doença, assim como a garantia da equidade, da igualdade de oportunidades no acesso aos cuidados de saúde, na distribuição dos recursos e na utilização dos serviços. No entanto, continua a notar-se a ausência de qualquer referência no âmbito da SST.

Em 1991 surge o Decreto-lei nº 441/91, de 14 de novembro, que estabelece os princípios que visam promover a segurança, higiene e saúde no trabalho, transpondo a Diretiva nº 89/391/CEE, aplicável a todos os ramos de atividade, incluindo o sector público. No entanto, o Governo decreta, para valer como lei geral da República, o Decreto-lei nº 191/95, de 28 de junho, posteriormente revogado pelo Decreto-lei nº 488/99, de 17 de novembro, que define as formas de aplicação do Decreto-lei nº 441/91, de 14 de novembro, à Administração Pública.

Pese embora, o Decreto-lei nº 488/99 tenha entrado em vigor a 1 de janeiro de 2000, poucos foram os serviços públicos a implementar medidas no sentido do seu cumprimento (VIEIRA, 2009). Atualmente, o regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho tem legislação própria, a Lei nº 102/2009, de 10 de setembro, que regulamenta o artigo 284º do Código do Trabalho. No entanto, para o setor público e para os trabalhadores que exerçam funções nos serviços de administração direta, indireta, regional e local, aplica-se a Lei nº 59/2008, de 11 de setembro.

Segundo a Direção Geral de Saúde, existem outras modalidades de estabelecimentos, nomeadamente as entidades públicas empresariais, a quem formalmente não é aplicável o regime de segurança e saúde no trabalho referido na Lei nº 59/2008, estando abrangidos pelo regime geral de segurança e saúde no trabalho (Lei nº 102/2009). Mediante os dados fornecidos por esse organismo, as informações sobre a organização de serviços de saúde ocupacional são insuficientes. Em 1994, apenas 18% das instituições de saúde possuíam serviços de segurança e saúde no trabalho; no ano de 1997, este número cresceu para os 21%. Entre 2007 e 2008 verificou-se que 65% dos estabelecimentos hospitalares estavam já abrangidos por serviços de SST (VIEIRA, 2009).

1.4.PRINCIPAIS RISCOS OCUPACIONAIS DOS PROFISSIONAIS DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

Um risco é uma probabilidade associada a fatores físicos, químicos, biológicos, psicológicos e ergonômicos poderem afetar a saúde e integridade física do Homem (CABETE, 2000) e está presente em todos os contextos de trabalho.

Os riscos para a saúde relacionados com o trabalho variam consoante o tipo de atividade profissional, mas dependem acima de tudo das condições em que se verifica o desempenho dessa mesma atividade (UVA e FARIA, 1992). Os serviços de saúde podem ser considerados, numa perspectiva económica, como “empresas” concebidas para apoiar nas necessidades dos utentes e dotadas de sistemas técnicos e organizacionais muito próprios, proporcionando aos seus trabalhadores, sejam eles técnicos de saúde ou não, condições de trabalho por vezes precárias ou piores do que as verificadas em muitos outros setores de atividades.

É interessante relembrar, no entanto, que já em 1700 Bernadini Ramazzine, hoje designado como o “pai” da Medicina do Trabalho, apesar de não ter considerado globalmente todos os fatores de risco das doenças profissionais e dos acidentes de trabalho mais frequentes nos hospitais, não deixou de demonstrar, no seu “*Tratado das Doenças dos Artesãos*”, a importância dos riscos a que estavam expostos alguns profissionais da saúde, referindo-se aos cirurgiões, analistas, farmacêuticos e às parteiras (ROGERS, 1997).

Um pouco mais tarde GESTAL–OTERO, (1993) e ROGERS, (1997) desenvolveram um trabalho mais extenso e sistematizado acerca dos riscos profissionais, distinguindo-os e classificando-os em diferentes tipos: Biológicos, Químicos, Físicos, Ergonômicos e Psicossociais. É com base nesta classificação que serão abordados alguns aspetos relativos aos riscos ocupacionais dos profissionais e das respetivas instituições de saúde.

1.4.1. RISCOS BIOLÓGICOS

A contaminação por agentes biológicos é, sem dúvida, uma das maiores causas para o desenvolvimento de doenças ou acidentes. Os profissionais de saúde são, pois, em virtude da sua atividade, um grupo de risco muito vulnerável à exposição aos agentes biológicos (LOURENÇO, 2000).

A principal fonte de contaminação é o conjunto de utentes, portadores de inúmeros microrganismos, que circulam pelas instalações, sendo um risco permanente para os trabalhadores destas instituições. Para além do contacto direto existe também um elevado risco associado à manipulação de material biológico.

O estudo “*Acidentes de Trabalho 2007*”, realizado pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS, 2009), apresenta alguns dados estatísticos acerca de acidentes de trabalho registados no contexto hospitalar, tendo-se verificado, por exemplo, que 32,2% dos acidentes de trabalho tiveram

como principal causa a picada de uma agulha contaminada, sendo esta a primeira causa de acidente nos profissionais de saúde.

A exposição acidental ao sangue ou outros fluidos orgânicos potencia os riscos de transmissão de vários agentes biológicos, como o vírus da Hepatite B (VHB), o vírus da Hepatite C (VHC) ou VIH. A Organização Mundial de Saúde estima que, na Europa e em cada ano, 304 000 profissionais de saúde estejam expostos a pelo menos uma picada com uma agulha contaminada pelo VHB, 149 000 pelo VHC e 22 000 pelo VIH (PURO *et al.*, 2005).

Centrada apenas em estudos acerca da contaminação pelo VHC, segue-se uma análise mais pormenorizada deste tipo de risco.

Os principais meios de transmissão deste tipo de doença:

- Sangue e outros fluidos corporais contendo sangue;
- Outros produtos biológicos potencialmente infetantes, que incluem sémen, secreções vaginais, líquido cefalo-raquídeo, líquido sinovial, líquido pleural, líquido pericárdico, líquido peritoneal e líquido amniótico;
- Tecidos corporais;
- Concentrados de vírus (Laboratórios).

O risco de desenvolver hepatite clínica ou infeção pelo VHB após exposição percutânea com objetos cortoperfurantes ao VHB apresenta-se na Tabela 1 (WERNER; GRADY, 1982):

Antígenos detetados na fonte	Risco de hepatite clínica	Evidência serológica de infeção pelo vírus da hepatite B
Ag HBs e ag HBe positivos	22% a 31%	37% a 62%
Ag HBs positivo e ag HBe negativo	1% a 6%	23% a 37%

Tabela 1- Risco de hepatite clínica e de infeção pelo vírus da hepatite B após exposição percutânea

Fonte: WERNER; GRADY, 1982.

Numa primeira análise pode-se concluir que o risco é elevado, já que o índice de exposição aos meios de transmissão, por profissionais e colaboradores hospitalares, é muito elevado.

Apesar de este tipo de exposição e consequente contaminação ser o mais habitual, infeções pelo vírus da hepatite B ocorrem, também, em profissionais de saúde sem história de picada ou de exposições não ocupacionais, o que implica que podem resultar de exposição de mucosas ou de pele com algum tipo de lesões (FRANCIS, FAVERO, MAYNARD, 1981, citados por CDC, 2001). É de notar que o vírus da Hepatite sobrevive em sangue seco nas superfícies, à temperatura ambiente, pelo menos durante uma semana (BOND *et al.*, 1981, citados por CDC, 2001).

Alguns estudos estatísticos indicam que, após uma picada acidental, a probabilidade de se adquirir infecção pelo VHC é de 0,5% (PURO, 2005). O *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) refere incidências um pouco superiores (média de 1,8%, variando entre 0 a 7%) (CDC, 2001).

A probabilidade de adquirir infecção pelo VHC após exposição das mucosas é inferior, parecendo ser ainda menor após exposição de pele lesada (CDC, 2001; PURO *et al.*, 2005). O risco de transmissão por exposição a outros fluidos ou tecidos ainda não foi quantificado, mas parece ser muito reduzido (CDC, 2001).

Verificam-se muitos outros casos de contaminação biológica para além da hepatite, sendo exemplo de risco reconhecido a tuberculose pulmonar, o herpes simples ou a rubéola, entre muitos outros.

1.4.2. RISCOS QUÍMICOS

A contaminação por ação química resulta da exposição às substâncias e agentes químicos, como por exemplo detergentes, produtos químicos, poeiras, gases ou vapores, entre outros.

Nas instituições de saúde, alguns dos fatores de risco químico referenciados a nível internacional devem-se a vários fatores, como por exemplo a manipulação de drogas citostáticas, a exposição a gases anestésicos, a exposição a vapores e gases esterilizantes, aos agentes químicos em geral, a manipulação de antibióticos, como por exemplo a cefalosporina, a reações alérgicas ou às luvas protetoras, entre outros (XELEGATI, 2003).

O número de trabalhadores de instituições de saúde expostos à ação de produtos irritantes ou sensibilizantes da pele é muito elevado, abrangendo quase todos os profissionais, setores e serviços, desde as enfermarias, farmácias, laboratórios, até às cozinhas e restantes, serviços de apoio e manutenção.

Alguns estudos apontam para que a exposição frequente e continuada a pequenas doses de gases anestésicos esteja associada a inúmeros problemas de saúde reprodutiva, tanto no homem como na mulher. Alguns dos problemas verificados e associados são a diminuição da fertilidade, o aumento da taxa de abortos, o aumento de malformações congénitas, o aumento de morte fetal tardia e o aumento de cancro infantil. As mulheres que desempenham a sua atividade no bloco operatório, e principalmente as enfermeiras, as anestesistas e as cirurgiãs, têm o dobro de abortos espontâneos em relação à população em geral (ROGERS e SALVAE, 1998, referido por CABETE, 2000).

A exposição aos gases anestésicos acarreta ainda o aparecimento de perturbações renais e hepáticas, com alteração no teor das transaminases e necrose hepática (UVA e FARIA, em 1992).

Os citostáticos são fármacos ou processos usados em terapêuticas que têm como objetivo impedir o crescimento, desenvolvimento e multiplicação celular. A exposição profissional aos citostáticos pode implicar prejuízos graves para a saúde, na medida em que se trata de substâncias potencialmente cancerígenas, que podem produzir efeitos mutagénicos e teratogénicos. Os efeitos tóxicos imediatos passam por náuseas, vômitos, cefaleias, reações cutâneas adversas, hemorragia nasal e irritações das mucosas e dos olhos. Este risco é potenciado pela ausência de condições de segurança na preparação

destes fármacos, como por exemplo a inexistência de câmara de fluxo laminar na grande parte dos hospitais (CABETE, 2000).

Os desinfetantes e esterilizantes, de uso corrente nas instituições de saúde, possuem numerosas substâncias que, usadas de forma contínua e prolongada, podem ser responsáveis por efeitos graves para a saúde.

A ação dos produtos químicos pode desencadear diversos efeitos: irritantes, sensibilizantes, teratogénicos, mutagénicos ou inclusivamente cancerígenos (LUIS, 1998).

A consciencialização destes riscos é condição essencial para que os trabalhadores que manuseiam produtos químicos cumpram as regras de boas práticas de trabalho.

1.4.3. RISCOS FÍSICOS

A contaminação por ação física acontece por ação de agentes físicos existentes no ambiente de trabalho, nomeadamente radiações ionizantes e não ionizantes, condições térmicas, iluminação, ruído, vibrações e eletricidade, que desenvolvem lesões de várias categorias, por vezes com um efeito bastante nefasto para a saúde dos profissionais.

1.4.3.1. RADIAÇÕES

Uma radiação ionizante é aquela que possui a capacidade de ionizar átomos ou moléculas, alterando a sua forma, podendo provocar, assim, alterações ao nível genético. Estas radiações surgem associadas à utilização de radiação para efeito de diagnóstico, como por exemplo a imagiologia, meios de contraste radioativos, entre outros, em procedimentos cirúrgicos como os intensificadores de imagem e em procedimentos terapêuticos, como a radioterapia.

Na área hospitalar, os riscos inerentes às radiações ionizantes são um dos mais graves problemas para os profissionais de saúde.

Em Portugal existem cerca de 11.000 trabalhadores que se expõem, de forma sistemática, às radiações ionizantes, sendo a larga maioria, cerca de 82%, pertencente ao setor da saúde.

Este facto levou a uma maior intervenção em matéria de segurança, de forma a tentar minimizar os acidentes ou doenças que ocorrem por ação direta ou indireta das radiações. Têm sido feitos, assim, grandes esforços no sentido de adotar técnicas e metodologias para a utilização e manuseamento de equipamentos ou técnicas que envolvam a emissão de radiação ionizante. Atualmente, apenas em pequenos consultórios e algumas clínicas privadas, onde não foram adotadas medidas de segurança, os perigos são maiores, já que na maior parte os serviços hospitalares (o serviço de radiologia, o bloco operatório, ortopedia ou pediatria) desenvolveram algumas estratégias para limitar ou mesmo evitar a exposição dos seus profissionais.

De qualquer modo, nas habituais condições de trabalho dos profissionais de saúde, os níveis de exposição às radiações ionizantes são normalmente baixos (exceção quando ocorre o mau funcionamento de algum equipamento), pelo que a ocorrência de efeitos determinísticos é de excluir.

O risco a considerar é o da ocorrência de efeitos estocásticos (probabilísticos), particularmente o da ocorrência de cancro.

Para além disso, e segundo o autor OLIVEIRA (2001), a exposição às radiações ionizantes tem, também, efeito cumulativo e nocivo para o sistema hematopoiético, sistema reprodutor, pele e outros tecidos.

Os efeitos imediatos após exposição a radiações ionizantes em doses excessivas são: irritação da conjuntiva ocular, da córnea e lesão de retina.

Relativamente às radiações não ionizantes, estas não produzem alteração ao nível atómico e são exemplo: a radiação ultravioleta, o laser, os campos eletromagnéticos e as radiofrequências. Embora teoricamente possam produzir efeitos sobre a saúde, na prática o risco é bastante inferior ao do tipo de radiação anterior.

A exposição crónica a radiações não ionizantes como as ultravioletas contribui para o envelhecimento dérmico prematuro, cataratas e cancro de pele. Os efeitos térmicos sobre os tecidos em exposição prolongada podem produzir um desequilíbrio do sistema de termorregulação, denominado "golpe do calor", que pode ser mortal. (ROZGAJK *et al*, 2003).

Em matéria de prevenção, trata-se de desenvolver regras básicas e métodos para a utilização correta de equipamentos, a identificação das áreas de trabalho de acordo com o risco de exposição e a redução da área e do tempo de exposição.

1.4.3.2. ILUMINAÇÃO

Facilmente se compreende que, para se desenvolver uma boa prestação de cuidados de saúde, é necessário que existam boas condições de iluminação. Uma iluminação deficiente pode não só conduzir a erros e baixa eficiência, como também pode originar acidentes ocasionais por falta de visibilidade, cefaleias ou cansaço visual. A luz excessiva também pode ser um fator de risco, já que pode produzir um efeito de encandeamento.

A luz artificial é a principal fonte de iluminação do ambiente hospitalar, sendo a sua utilização ainda maior em áreas como Blocos Operatórios, Unidades de Cuidados Intensivos, Neonatologia, entre outros.

Para além das áreas que necessitam, de forma intensiva, de luz artificial, praticamente todas as zonas necessitam de um boa fonte luminosa, a qual é extremamente importante, na medida em que, sendo a maioria das tarefas realizadas essencialmente sob controlo visual, o profissional tem absoluta necessidade de ver bem a zona de trabalho, bem como todo o material: objetos e equipamentos. É igualmente importante que o profissional tenha uma boa perceção da profundidade do campo e do contraste visual, pelo que a iluminação não deve ser maior ou menor, mas antes adequada ao ambiente de trabalho.

1.4.3.3. AMBIENTE TÉRMICO

O ambiente térmico é o conjunto dos vários gradientes de temperatura em que funcionam cada uma das áreas específicas de um hospital. Os profissionais estão sujeitos a alterações, por vezes bruscas, na temperatura, quando circulam pelas várias áreas. A distribuição de temperaturas tem o objetivo de proteger doentes e utentes.

O vestuário usado pelos profissionais nem sempre é o mais adequado, pois sendo normalizado não entra em conta com os ambientes específicos de cada área nem com as condições de ambiente natural ao qual estão sujeitos.

Por exemplo, segundo a perspetiva de AVENDANÕ (2002), o calor é largamente utilizado no ambiente hospitalar, nas operações de limpeza, desinfeção e esterilização dos artigos e áreas hospitalares. É empregue ainda com finalidade terapêutica, como é o caso dos berços aquecidos e incubadoras utilizadas nos tratamentos de recém-nascidos, em equipamentos de diatermia, que adotam o uso de radiofrequências para produção de calor em tecidos vivos, unidades eletrocirúrgicas ou raios laser empregues em sofisticadas técnicas cirúrgicas, visando de um modo geral o corte e coagulação dos tecidos humanos.

No desenvolvimento de estudos acerca do ambiente térmico, CRUZ (1999) refere que a temperatura ideal deve situar-se nos 22°C e a humidade relativa deve estar compreendida entre 45% e 55%. No entanto, nem sempre se verifica esta recomendação, havendo uma grande oscilação de temperaturas, que variam entre os 18°C e os 25°C.

O ambiente térmico não é um fator fácil de controlar, já que depende de fatores técnicos: utilização e manutenção de ar condicionado, isolamento térmico deficitário ou degradado, circulação livre do ar, entre outros.

Os riscos que decorrem do ambiente térmico estão, naturalmente, associados às variações de temperatura, sendo o stresse térmico o maior. Este stresse está associado ao desconforto que um indivíduo sente, no desenvolvimento da sua atividade, por ação das variações de temperatura. À medida que o nível de stresse térmico se eleva, aparecem estados sucessivos de mal-estar psicológico que vão desde a simples sensação de “mau estar” até uma redução apreciável do rendimento de tarefas que exigem destreza manual.

A manutenção de um ambiente térmico neutro exige o controlo de quatro fatores principais: a temperatura, a humidade, a velocidade do ar e o calor radiante.

Num estudo realizado e publicado por BLANPAIN e ESTRYN-BÉHAR em 1990, verificou-se que, em medições de temperatura e humidade, na maior parte dos serviços prestados nas instalações hospitalares a temperatura ultrapassava os 24°C, potenciando dessa forma o stresse térmico, e a humidade era inferior a 45% em 4 enfermarias de 5 serviços climatizados.

1.4.3.4. VIBRAÇÕES

Um dos fatores de risco de natureza física é a vibração. Os efeitos provocados dependem da intensidade da vibração. Sendo que praticamente qualquer setor está sujeito a vibrações, acontece que, no contexto hospitalar, os seus efeitos atingem não só os funcionários do hospital mas também os doentes e inclusivamente as estruturas da edificação e os equipamentos usados, estes últimos afetados em função do seu grau de sensibilidade.

Existem muitos fatores que contribuem para o aparecimento de vibrações em instalações hospitalares: por exemplo, o mau isolamento das condutas de ar condicionado ou o funcionamento contínuo de máquinas e equipamentos elétricos. Não existem grandes estudos ou bibliografia acerca deste assunto. Contudo, é do senso comum pensar que este tipo de risco é pouco frequente a nível das instituições hospitalares e raramente é responsável pelo desenvolvimento de acidentes ou doença no contexto do trabalho.

1.4.3.5. RUÍDO

O ruído pode ser definido, simplesmente, como um som ou conjunto de sons que são indesejados, sendo genericamente associado a barulho.

O grau deste risco depende não só da intensidade do ruído, mas também do período de duração da exposição ao mesmo. Elevados níveis de ruído podem conduzir à perda de audição, e mesmo níveis mais moderados a um stresse físico denominado “efeito intrusivo”, condicionando os trabalhadores a vários níveis, como por exemplo na execução de tarefas e na tomada de decisões, sempre que exijam concentração e capacidade de raciocínio, daí resultando uma fadiga geral e depressão, entre outros efeitos.

No ambiente hospitalar, o ruído é um fator demasiado comum, com diversas origens, e a que todos os profissionais e utentes estão sujeitos. Segundo BENAVIDES (2000), exemplos de ruídos de menor intensidade que se tornam incómodos são os alarmes sonoros presentes nos equipamentos de monitorização, o ruído resultante do desenvolvimento normal das atividades terapêuticas, o resultante da atividade humana das visitas, entre outros. Este tipo de perigo também não é alvo de intervenção em matéria de segurança no trabalho por parte das instituições hospitalares.

Um estudo acerca das condições ao nível de ruído presentes na publicação de BENAVIDES (2000) elabora uma escala em que se define o conforto acústico desejável em diversas áreas com os níveis de ruído, interessando especificamente os que se relacionam com o ambiente hospitalar: nos hospitais, os valores de ruído, medidos em decibéis, devem estar compreendidos entre os 30 e os 35 dB; nas enfermarias, berçários e serviços de cirurgia, entre os 35 e os 40 dB; em laboratórios, entre os 40 a 50 dB. Considera-se que o valor inferior de cada um dos intervalos anteriores representa o nível sonoro para conforto, enquanto o valor superior é aquele a partir do qual o som se torna num ruído.

1.4.3.6. QUALIDADE DO AR

O controlo da qualidade do ar é um fator muito importante, não só para os profissionais que trabalham, como para todos os utentes. Uma ventilação inadequada é um problema grave que se verifica em muitas áreas e serviços de saúde.

Considera-se que uma ventilação adequada é aquela que possui a capacidade de renovar o ar na totalidade e distribuir ar fresco por todo o edifício, com uma temperatura e humidade controladas. Os sistemas de ventilação de infraestruturas urbanas estão, geralmente, sujeitos a um grande desgaste, pelo que é necessário verificar com regularidade a qualidade da água e o estado dos filtros.

Para além da ventilação, o controlo da temperatura e da humidade também deve ser feito, recorrendo, por exemplo, à ação de desumidificadores.

Os problemas de saúde associados à qualidade do ar são muitos e com vários níveis de gravidade, podem ir desde uma simples irritação das mucosas a problemas respiratórios graves.

Nesta matéria, têm vindo a ser detetados vários problemas em matéria de segurança no trabalho. Por exemplo, num estudo realizado em Dezembro de 2005, a 19 hospitais de Norte a Sul de Portugal, foi revelado que as medidas para o controlo das infeções hospitalares no que respeita à qualidade do ar não são suficientes. Nesse estudo, em mais de metade dos hospitais foram encontradas amostras de ar em que o número de bactérias superava o valor máximo indicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para ambientes saudáveis: 500 ufc/m³ (unidades formadoras de colónias por metro cúbico). Nalguns casos, os valores detetados rondavam as 900 ufc/m³, quase o dobro do valor preconizado pela OMS. Nesse estudo, relativamente aos fungos e leveduras que podem causar problemas de saúde, sobretudo ao nível respiratório e da pele, o valor indicado pela OMS de 300 ufc/m³ foi ultrapassado em quatro hospitais: Maternidade Bissaya Barreto (Coimbra), Hospital de Jesus, Hospital do SAMS e Hospital Egas Moniz (Lisboa) (SAÚDE, 2005).

1.4.4. RISCO DE INCÊNDIO

No meio hospitalar existem numerosos equipamentos elétricos e um sem número de líquidos e gases inflamáveis que podem provocar incêndio e explosão. Por vezes as saídas de emergência estão obstruídas, os extintores são raros e muitos encontram-se fora de prazo. Tais circunstâncias, aliadas às características peculiares do trabalho em meio hospitalar, constituem fatores de agravamento do risco de acidente elétrico ou do risco de incêndio a que estão expostos todos os trabalhadores, mas principalmente os responsáveis pelas tarefas de instalação e manutenção.

O risco de incêndio é, neste ramo de atividade, grande, já que muitos dos materiais usados no contexto hospitalar são muito inflamáveis. Acresce ainda a dificuldade, em caso de incêndio, da evacuação rápida de todos os utilizadores dos serviços, trabalhadores e utentes, já que muitos se encontram em situação de impossibilidade de locomoção.

Pelo facto de este risco se traduzir numa situação bastante grave em caso de sinistro, as regras de segurança merecem, normalmente, uma atenção especial por parte das instituições, muitas vezes em coordenação e colaboração com as autoridades locais: Proteção Civil e Bombeiros.

1.4.5. RISCOS ERGONÓMICOS

Os riscos ergonómicos são aqueles que se associam à componente física do trabalhador no desenvolvimento da sua atividade.

Este é o tipo de risco a que, normalmente, se dá menor atenção por parte das instituições, já que o aparecimento de algum problema associado ou doença é demorado e nem sempre associado a um problema de trabalho. Por outro lado, os trabalhadores por diversos motivos nem sempre cumprem as recomendações ergonómicas para o manuseamento de equipamentos ou alguma atividade particular. No caso dos hospitais, é importante ir reformando ou adaptando os espaços físicos às exigências determinadas pelos avanços técnico-científicos, o que vai contrariando a possibilidade de organizar da melhor forma as condições de trabalho. Esta constante remodelação dos espaços físicos impede a criação de regras e métodos em determinadas práticas médicas ou no manuseamento de equipamentos.

Algumas das situações que se podem traduzir em risco ergonómico são aquelas que impliquem movimentar, posicionar, elevar e transportar doentes ou equipamentos. Por exemplo, a adoção de posturas inadequadas, permanecer longos períodos de pé, o uso de equipamento ou dispositivos de elevação desequilibrados ou não calibrados, as irregularidades dos pavimentos, entre outros, sendo que praticamente todos os dias os trabalhadores manipulam equipamentos, mobilizam e transportam doentes, expondo-se a uma sobrecarga física e a um risco ergonómico constante.

Por exemplo, os enfermeiros frequentemente têm de mobilizar ou levantar doentes, com uma média de peso de 70 kg e muitos deles com 100 kg ou mais, por vezes em espaços exíguos, obrigando-os a permanecer em posturas de pé e sustentadas por longos períodos.

ROGERS e SALVAE, (1988) referidos por CABETE, (2000) afirmam que as lesões decorrentes do levantamento constante de doentes podem deixar incapacidade permanente nos trabalhadores, a frequência e a repetição das tarefas trazem danos cumulativos e irreversíveis, sendo a probabilidade de sofrer lesão muscular ou osteoarticular na região lombar de 1 em cada 6 enfermeiros por ano.

Num estudo efetuado em 1997 e publicado por ESTRYN-BÉHAR, realizado em 12 hospitais de Paris, envolvendo 1505 mulheres, constatou-se que a patologia osteoarticular é responsável por 29% dos dias de ausência ao trabalho e esteve presente em 62% dos casos de acidentes de trabalho que originaram ausências, tendo 1/3 desses acidentes ocorrido durante a mobilização de doentes.

Num outro estudo de 1996 e publicado por SHEILA, com base nos modelos de participação de acidentes de trabalho, entre 1989-1993, num hospital central, verificou-se que, após a picada por agulha, a segunda causa de acidentes de trabalho foram as quedas (22,3%) e a terceira causa foram as lombalgias devidas a esforços excessivos violentos na movimentação de doentes incapacitados ou por posturas incorretas durante a realização de outras funções (16,6%).

Num inquérito realizado por CARAPINHEIRO (1999), verificou-se que em 35,7% das situações os espaços entre as camas é inferior a 75 cm e ESTRYN-BÉAHR, (1991) referiu que o trabalho de enfermagem é quase sempre realizado na posição de pé, variando entre 16% até 4 horas a 56% mais de 6 horas. Refere ainda que 40% das enfermeiras dizem manter posturas desconfortáveis durante a prestação de cuidados e um terço das enfermeiras refere a necessidade de se debruçar em mais de 10 vezes por hora.

As três situações descritas anteriormente demonstram claramente que existe alguma inércia em contrariar as dificuldades criadas no ambiente de trabalho hospitalar, em matéria de segurança, para riscos ergonómicos. Para além de dificultar a ação dos profissionais, estes problemas de saúde, que se vão agravando progressivamente, também se traduzem em problemas financeiros, já que se assistirá a uma diminuição da capacidade dos trabalhadores bem como um aumento das faltas ao trabalho por esses motivos.

A avaliação das condições em que o trabalho se desenvolve é, pois, fundamental para minimizar este tipo de riscos.

1.4.6. RISCOS PSICOSSOCIAIS

A atividade dos profissionais de saúde caracteriza-se por apresentar múltiplas exigências não só a nível físico mas também a nível psicológico, o que justificou, por parte do *Health and Safety Executive* (UK. HSE, 2003), a inclusão do exercício da medicina e da enfermagem entre as sete profissões mais stressantes.

Um estudo que envolveu 22.000 trabalhadores de 130 profissões distintas concluiu que, entre as 27 profissões caracterizadas como sendo aquelas que estavam mais associadas ao stresse, sete pertenciam ao setor da saúde (SMITH, 1978, citado por MCINTYRE, 1994).

Numa publicação de ESTRYN-BÉHAR, (1996), refere-se que, de entre todos os riscos, a síndrome de *burnout* (esgotamento físico e mental) é um dos que afetam mais profissionais desta área, cerca de 25%. Segundo a mesma autora, o consumo de álcool, de tabaco, abuso de drogas, situações de depressão e o recurso a consultas de psiquiatria são também mais frequentes em médicos que na população em geral. Nestas profissões, especialmente em médicos anestesistas e psiquiatras, a taxa de suicídio é duas a três vezes mais alta do que a verificada na população em geral.

As circunstâncias indutoras de stresse são múltiplas e relacionam-se com aspetos organizacionais e também socioemocionais. Apesar de a responsabilidade sobre a saúde dos utentes constituir um fator indutor de stresse, a coexistência de outros fatores, nomeadamente de natureza organizacional, poderá também ser determinante para potenciar esse efeito.

De facto, a quantidade de trabalho percecionada como sobrecarga e a “pressão do tempo” têm sido referidas entre as principais circunstâncias indutoras de stresse para os profissionais de saúde, em diversos estudos (GRAY-TOFT; ANDERSON, 1981; MCINTYRE; MCINTYRE; SILVÉRIO, 1999;

CHANG *et al.*, 2006). Também os conflitos entre profissionais, a ambiguidade de papéis e muitos outros fatores de natureza organizacional têm sido identificados (SCHAUFELI, 1999).

Alguns grupos profissionais, tais como médicos em período de formação, podem trabalhar muitas horas semanais e por períodos sem descanso adequado, condicionando a capacidade física e intelectual.

A continuidade dos cuidados obriga um grande número de trabalhadores hospitalares a um regime de trabalho por turnos, contrariando o relógio biológico. O trabalho por turnos é um fator de desregulação que obriga o organismo a esforços de adaptação que, inevitavelmente, conduzem a situações de desgaste, fadiga, perturbação do sono, e a descompensações orgânicas ou perturbações psicológicas ao nível familiar e social.

Num estudo realizado por MCINTYRE, foram estudadas algumas respostas a circunstâncias indutoras de stresse, num conjunto de 62 enfermeiros de serviços de internamento de cardiologia, de reabilitação e de medicina de um hospital central e relacionando essas respostas com a sua experiência profissional. Verificou-se que as primeiras quatro circunstâncias indutoras de stresse eram de natureza organizacional (sobrecarga de trabalho, deficientes condições físicas e técnicas, carência de recursos e grande número de doentes), tendo sido classificada apenas em quinto lugar a incapacidade para responder às exigências emocionais dos doentes.

Outro estudo (GRAY-TOFT; ANDERSON, 1981) revelou que os principais fatores indutores de stresse identificados em 122 enfermeiros das enfermarias de medicina, de cirurgia, de oncologia, de cuidados paliativos e de cirurgia cardíaca tinham como denominador comum a sobrecarga de trabalho, o lidar com o sofrimento ou a morte dos doentes e o sentir-se inadequadamente preparado para lidar com as exigências emocionais dos doentes.

Verifica-se, portanto, que as características estruturais e também organizacionais dos diferentes locais de trabalho poderão facilitar, por exemplo, a ambiguidade de papéis e os conflitos interpessoais, contribuindo também para as diferenças verificadas nos níveis de stresse de profissionais de saúde, nas várias unidades. A organização de cada local de trabalho condiciona a perceção dos vários fatores indutores de stresse de natureza profissional referidos pelos profissionais de saúde.

Dessa forma, fatores como a sobrecarga de trabalho, as deficientes condições físicas e técnicas ou a inadequação entre recursos humanos e o número (e gravidade das situações de doença) de doentes podem determinar situações com potenciais implicações para a segurança do doente. De facto, se bem que algumas características da atividade não sejam modificáveis, as condicionantes do trabalho e da atividade, mormente as de natureza organizacional, são suscetíveis de serem planeadas para que o seu potencial impacto seja minimizado também na segurança do doente.

CAPITULO 2 – ACIDENTES DE TRABALHO EM CONTEXTO HOSPITALAR

Para uma maior percepção da quantidade e principais tipologias dos acidentes de trabalho em contexto hospitalar, recorreu-se a um conjunto de vários estudos realizados por organizações locais e internacionais de saúde.

De acordo com os dados da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (AESST, 2012), o setor da saúde é vasto, empregando cerca de 10% do total de trabalhadores da União Europeia (UE) e mais de três quartos destes trabalhadores são mulheres. A taxa de acidentes no setor da saúde é superior em 34% à média da UE. Não obstante, dados europeus revelam que a percentagem de trabalhadores do setor da saúde que considera que a sua saúde e segurança estão em risco devido à natureza do seu trabalho é superior à média de todos os setores na UE.

Uma publicação do Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) e do Comitê Permanente de Enfermeiras da União Europeia, em dezembro de 2004, mostra que na Europa os trabalhadores de saúde sofrem 1 milhão de ferimentos causados por agulhas por ano e desses 40% afetam profissionais de enfermagem. Esse mesmo estudo afirma que no Reino Unido as enfermeiras obstétricas representam 41% e os médicos 35% dos trabalhadores de saúde expostos a contágio por doenças de transmissão sanguínea adquirida por ferimento perfurocortantes (CMQV, 2006).

Segundo a Divisão de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo, entre janeiro de 1999 e outubro de 2003, foram notificados no SINABIO (software da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo que regista acidentes de trabalho com exposição a fluídos biológicos) 5391 acidentes. Destes, mais de 76,5% foram causados por materiais perfurocortantes, metade dos quais (51,1%) aconteceram entre auxiliares de enfermagem, sendo que a segunda categoria mais atingida foi a dos funcionários de limpeza (8,9%).

Em Portugal, de acordo com o estudo “Acidentes de Trabalho 2007”, realizado pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS, 2009), no período de tempo compreendido entre 1997-2007 com especial incidência para 2007, os dados apurados totalizaram um valor de 5063 acidentes participados, menos 9,6% do que no ano anterior. A taxa de incidência revelou que, por cada 1000 funcionários, ocorreram 39 acidentes de trabalho. O tipo de instituição onde se registou o maior número de acidentes de trabalho foram os Hospitais (4.593), nos quais ocorrem mais acidentes nos serviços de internamento; sendo mais afetada a categoria profissional dos enfermeiros (1.991), representando 39,3%. Constatou-se a ocorrência de uma maior percentagem de acidentes no sexo feminino (80%), com o grupo etário dos 25-29 anos a ser o mais atingido (880).

No que diz respeito à distribuição dos acidentes ao longo do ano de 2007, verificou-se que em março foram participados o maior número de acidentes (463), sendo o dia da semana com maior número de ocorrências a segunda-feira (925) e o período mais problemático o compreendido entre as 8 horas e as 12 horas (1734). A principal ação causadora de acidentes em 2007 foi a “picada de agulha” (1.632) e o principal agente foram as ferramentas e utensílios (2.205), causando, como tipo de

lesão, uma ferida (2.025). A parte do corpo mais atingida foram as mãos (2.365) e, maioritariamente, os acidentes não provocam qualquer tipo de incapacidade (3.259).

Em termos financeiros, o mesmo estudo revela que os acidentes de trabalho, na sua maioria (3.718), causaram menos de 1 dia de ausência, logo seguido pelas ausências de 1 a 8 dias (458). Os dias perdidos por acidente (49.034) e por recidivas (3.668) perfazem um total de 52.702 dias de ausência dos funcionários por motivo de acidente de trabalho.

CAPITULO 3 – DOENÇAS PROFISSIONAIS EM CONTEXTO HOSPITALAR

A caracterização e sistematização dos problemas que ocorrem no decurso da atividade profissional em contexto hospitalar intensificou-se nas últimas três décadas, com o aparecimento do VIH na opinião pública, a qual tratou de identificar os profissionais de saúde como um potencial grupo de risco e tornando evidente a necessidade de prevenir eventuais casos de doença relacionados com a prestação de cuidados. Mais recentemente, com o desenvolvimento de leis e diretivas internacionais no domínio da HSST, praticamente todos os setores de atividade produtiva e de serviços viram os seus colaboradores abrangidos por novas regras com o objetivo de promover a saúde no contexto profissional.

Um outro aspeto que intensificou a atuação do HSST no contexto hospitalar foi a alergia ao látex.

A primeira descrição de alergia ao látex data de 1927, na Alemanha (STERN, 1927), e o primeiro relato em inglês surgiu só em 1979 (NUTTER, 1979). A partir dos anos de 1980 aparecem vários estudos e relatos acerca de vários tipos de reações alérgicas ao látex, sendo as urticárias de contacto a grande maioria dos casos descritos, frequentemente associadas a queixas de rinite e conjuntivite.

O grande aumento, nos últimos anos, do número de diagnósticos de alergia ao látex deve-se, para além de um eventual aumento global da predisposição individual para o aparecimento de doenças alérgicas, a outras causas, nomeadamente:

- O uso de luvas mais generalizado como forma de prevenção de transmissão de doenças infecciosas (nomeadamente hepatite B e VIH) e designadamente a utilização frequente de produtos descartáveis, que levou a um grande aumento da exposição individual às proteínas do látex;
- O aumento exponencial da procura levou a modificações nos métodos de fabrico, objetivando o aumento da produção. Das várias alterações salienta-se a diminuição dos tempos de permanência em amónia e de lavagem, com um conseqüente aumento do conteúdo proteico e alergénico dos produtos de látex;
- A divulgação de novos casos levou a um melhor conhecimento desta patologia, fundamentalmente por parte de imunoalergologistas e médicos do trabalho, o que poderá ter determinado um maior número de diagnósticos.

Segundo um estudo efetuado nos Estados Unidos da América e publicado por ZEISS em 2003, em 1959 trabalhadores de saúde em centros médicos onde essencialmente se usavam luvas sem pó (91,4%), determinou uma prevalência de sintomas relacionados com luvas de 6,8%; de sensibilização ao látex (IgE específica) de 1,8% e de alergia ao látex de 0,6%. A sensibilização ao látex correlacionou-se com a atopia, a raça e a exposição ao látex. A alergia ao látex correlacionou-se com a atopia, com a IgE específica e com a exposição ao látex.

De referir também que uma meta-análise realizada por BOUSQUERT em 2006 demonstrou o risco aumentado de sensibilização e alergia ao látex em profissionais de saúde, reforçando a necessidade de medidas de prevenção desta entidade no referido grupo profissional. Neste estudo demonstrou-se uma prevalência média de alergia ao látex nos profissionais de saúde de 4,32% e na população geral de 1,37%. Documentaram-se testes cutâneos em picada para o látex positivos em 6,9 a 7,8% dos profissionais de saúde e em 2,1 a 3,7% da população geral. Os profissionais de saúde expostos ao látex apresentaram um risco aumentado de eczema das mãos (OR = 2,46), asma (OR = 1,55) e rinoconjuntivite (OR = 2,73), não exibindo, no entanto, um risco aumentado de presença de teste cutâneo positivo ao látex.

Também na população hospitalar portuguesa esta doença alérgica tem vindo a ser diagnosticada de forma crescente, estando associada a manifestações mucocutâneas, conjuntivais, rinofaríngeas, traqueobrônquicas e anafiláticas. Os trabalhos publicados por investigadores portugueses revelam taxas de prevalência de sensibilização que variam entre os 4%, quando os profissionais de saúde são incluídos aleatoriamente, até 16% em indivíduos sintomáticos após exposição (BRANCO-FERREIRA *et al.*, 1996; CARRAPATOSO *et al.*, 1997; LOURENÇO *et al.*, 1997; CAMPOS *et al.*, 1997; MIRANDA, 2005). Na totalidade dos estudos foram encontradas percentagens elevadas de indivíduos com sintomas cutâneos e nasoconjuntivais após a utilização de luvas de látex, não obstante a ausência de sensibilização a alergénios de látex. Esta discrepância clínico-imunológica, comum à generalidade dos trabalhos publicados, pode ser explicável pela ação dessecante-irritativa do pó lubrificante das luvas de látex (dermatite/rinoconjuntivite irritativa), mas também pela presença de micotoxinas ou endotoxinas bacterianas formadas no decorrer do seu processo de fabrico (MIRANDA, 2005).

No caso dos profissionais de saúde, o contacto com as proteínas do látex dá-se por via cutânea, através do contacto das mãos com as luvas ou outros produtos de látex, e também por via mucosa, através do contacto da mucosa conjuntival ou respiratória com partículas de látex aerossolizado, podendo originar quadros de rinoconjuntivite profissional (MONERET-VAUTRIN *et al.*, 1994) ou de asma profissional (VANDENPLAS, 1995). Este contacto é mais intenso em áreas onde haja grande utilização de luvas, como é o caso de blocos operatórios.

Mais recentemente, estudos apontam os riscos ergonómicos como sendo um problema que requer uma atenção especial por parte das autoridades competentes. A prevenção de Lesões Músculo-Esqueléticas Ligadas ao Trabalho (LMELT) em hospitais e outras unidades de saúde tem vindo a ser implementada através de programas de segurança, por exemplo na movimentação de doentes, onde se

incluem medidas centradas no envolvimento, como por exemplo na criação de zonas de trabalho espacialmente adequadas, nos equipamentos (como por exemplo na implementação de sistemas de elevação mecânica de doentes) e nos profissionais de saúde, como por exemplo na formação adequada acerca de aspetos relacionados com a postura adequada ou biomecânicos na manipulação de doentes.

A profissão com maior taxa incidência de LMELT é a enfermagem. De acordo com dados estatísticos fornecidos pelo *Bureau of Labor Statistics*, em 2007, nos Estados Unidos observa-se uma taxa de cerca de 25% dos enfermeiros (taxa sete vezes superior à observada no conjunto de todos os trabalhadores).

Em Portugal, nos últimos anos diversos autores publicaram artigos e opiniões acerca das lesões músculo-esqueléticas de origem profissional, no contexto hospitalar (MAIA, 2002; FONSECA, 2005; COTRIM, 2006; BARROSO, 2007; entre outros), alertando quer para as condições de trabalho, quer para o significativo nível de risco de LMERT a que se encontram expostos os profissionais de enfermagem.

À semelhança do que acontece com outras atividades em Portugal, não existe um grande volume de registos acerca da prevalência das LMERT nos enfermeiros. Existem relatórios e registos dos acidentes de trabalho compilados no relatório do Departamento de Modernização e Recursos da Saúde sobre acidentes de trabalho do Ministério da Saúde, num total de 1690 registos de acidente, dos quais 197 resultaram destas causas (Ministério da Saúde, 2002; cit. Por FONSECA, 2005).

O mesmo autor, num estudo sobre a prevalência da sintomatologia músculo-esquelética auto-referida pelos enfermeiros, realizado em cinco hospitais da região do Grande Porto, registou uma elevada prevalência, de cerca de 84%, de sintomas músculo-esqueléticos em diferentes zonas anatómicas. Valores igualmente elevados foram encontrados em estudos nacionais mais recentes. Por exemplo COTRIM, em 2006, registou 78,6% de queixas músculo-esqueléticas entre os enfermeiros de um hospital central de Lisboa e BARROSO, em 2007, registou uma elevada frequência de sintomatologia músculo-esquelética entre os enfermeiros de um hospital distrital do norte do país (cerca de 70%).

No contexto nacional das LMERT, concretamente na atividade de enfermagem, alguns autores apontam como áreas de intervenção prioritária as atividades de elevação, as posturas e os movimentos adotados (MAIA, 2002; FONSECA, 2005). BARROSO *et al.*, (2007). Além dos aspetos referidos, reforçam a importância de serem tomadas medidas de controlo e redução de riscos, sugerindo intervenções sobre fatores organizacionais, estruturais e de equipamentos. A formação e treino dos profissionais de enfermagem sobre como manipular cargas e/ou doentes em segurança constitui outro exemplo de abordagem na redução do risco de LMERT. Os principais fatores de risco que se encontram na génese deste tipo de problema envolvem, essencialmente, aspetos relacionados com a postura (biomecânicos) e organizacionais.

Os principais determinantes do problema estão relacionados com a postura da coluna vertebral em que os enfermeiros efetuam a movimentação de cargas (geralmente doentes acamados) e o peso, a

distância e a duração dessa movimentação de cargas. Visto por outro ângulo, as componentes espaciais, como os espaços físicos em que decorrem as manobras de levantamento, transferência e movimentação de doentes, as exigências organizacionais colocadas aos enfermeiros, como o número de doentes a tratar, e a existência (ou não) de equipamentos de apoio à movimentação/transferência de doentes determinam a existência de posturas extremas (ex.: flexão pronunciada do tronco, torção ou rotação da coluna vertebral, alcances extremos com os membros superiores) com elevada (excessiva) compressão discal, particularmente no segmento lombo-sagrado, que podem originar LMELT.

CAPITULO 4 – SERVIÇO DE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO NOS HOSPITAIS

Em Portugal, através dos dados do Terceiro Inquérito sobre a Saúde e Segurança no Trabalho Hospitalar, desenvolvido pelo Dr.º Álvaro Durão, relativos a 2008, conclui-se que em 43 (cerca de 48% do total) Estabelecimentos Hospitalares (EH) ainda não é reconhecida a sua responsabilidade na área de SST.

Apenas em 35 EH a SST dependia diretamente dos Conselhos de Administração (DURÃO, 2010).

O tempo dedicado pelos médicos do trabalho à vigilância da saúde dos trabalhadores hospitalares é insuficiente. Admitindo que todos trabalhavam as mesmas horas semanais, corresponderia a cada um a prestação de cuidados a 3073 trabalhadores (DURÃO, 2010).

O tempo dedicado por cada Técnico de Higiene e Segurança no Trabalho nos EH corresponde a 2681 trabalhadores (DURÃO, 2010).

Em 2008, na Rede Hospitalar Pública, exerciam atividade relacionada com a SST os seguintes 313 profissionais (DURÃO, 2010):

Categoria Profissional	N.º de Elementos	Horas de Trabalho Semanal
Médicos do Trabalho	71	1000
Médicos de Pessoal	22	200
Enfermeiros ligados à Saúde dos Trabalhadores	65	1500
Técnicos Superiores de Higiene e Segurança no Trabalho	59	1500
Técnicos de Higiene e Segurança no Trabalho	12	150
Higienistas	4	140
Administrativos	63	1000
Assistentes Operacionais	17	380

Tabela 2 – Número de Horas de Trabalho por categoria profissional

CAPITULO 5 – ÁREA METROPOLITANA DO PORTO

A Grande Área Metropolitana do Porto (GAMP) é constituída, atualmente, por 16 Municípios: Arouca, Espinho, Gondomar, Maia, Matosinhos, Oliveira de Azeméis, Porto, Póvoa de Varzim, Santa Maria da Feira, Santo Tirso, São João da Madeira, Trofa, Vale de Cambra, Valongo, Vila do Conde e Vila Nova de Gaia. A Figura 1 representa o mapa atual da Grande Área Metropolitana do Porto (AMP, 2012).



Figura 1- Mapa da Grande Área Metropolitana do Porto

Fonte: Área Metropolitana do Porto

CAPITULO 6 – HOSPITAIS NA GRANDE ÁREA METROPOLITANA DO PORTO

De acordo com os dados recolhidos pelo Instituto Nacional de Estatística (INE, 2010), referentes ao ano de 2009, os hospitais existentes à data são os apresentados na tabela n.º 3.

	Hospitais			Equipamento		Movimento de internados		Pessoal ao serviço			
	Total	Oficiais	Privados	Camas	Salas de operação	Internamentos	Dias de internamento	Total	Médico	Enfermeiro	Outro
Portugal	186	86	100	35 635	831	1 205 841	10 123 895	123 310	21 652	37 906	63 752
Continente	171	82	89	32 484	800	1 151 432	9 228 552	116 097	20 862	35 855	59 380
Norte	57	23	34	10 620	267	422 737	3 013 811	37 803	7 361	11 836	18 606
Grande Porto	29	14	15	5 124	161	208 214	1 379 539	20 966	4 202	6 603	10 161
Espinho	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gondomar	1	0	1	...	...	...	...	...	...	...	...
Maia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Matosinhos	3	2	1	...	...	...	...	...	...	...	...
Porto	20	9	11	3 607	114	141 924	977 720	14 540	2 907	4 552	7 081
Póvoa de Varzim	2	1	1	...	...	...	...	...	...	...	...
Valongo	1	1	0	54	2	1 587	17 255	254	32	90	132
Vila do Conde	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vila Nova de Gaia	2	1	1	...	...	...	...	...	...	...	...
Entre Douro e Vouga	1	1	0	405	13	23 500	108 464	1 597	272	488	837
Arouca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Oliveira de Azeméis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Maria da Feira	1	1	0	405	13	23 500	108 464	1 597	272	488	837
São João da Madeira	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vale de Cambra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Nota: Os dados da rubrica "Pessoal ao serviço" são apresentados por local de atividade. Por harmonização com a correspondente informação de centros de saúde, cujo inquérito sofreu alterações metodológicas em 2008, a rubrica "Pessoal ao serviço - De enfermagem" anteriormente divulgada, foi substituída, pela rubrica "Pessoal ao serviço - Enfermeiro" ao serviço nos hospitais.

Tabela 3 - Hospitais por Município em 2009

Fonte: INE, I.P., Inquérito aos Hospitais

Dado o Programa do XVII Governo, a Administração Regional de Saúde do Norte (ARSNORTE, 2010) procedeu ao “Reordenamento Hospitalar da Área Metropolitana do Porto”, no âmbito dos ‘Desajustamentos entre as Necessidades e a Oferta’.

Este programa previu a necessidade de reinstaurar o planeamento dos recursos hospitalares, em especial nas áreas metropolitanas de Lisboa e Porto, organizando de forma estratégica a renovação do parque hospitalar e a reconversão de instituições. Neste sentido, a listagem apresentada na Tabela 3 poderá não estar atualizada.

De acordo com esse programa, a situação hospitalar na Região Norte, em geral, e na área metropolitana do Grande Porto, em particular, exige a sistematização de uma abordagem de planeamento estratégico que urge concretizar. Por um lado, impõe o planeamento de novas infraestruturas de saúde onde as populações mais delas necessitam, capazes de prestar cuidados de saúde modernos, flexíveis e de modo adequado às carências existentes, e, por outro, implica, de igual modo, o estudo e a tomada de decisões sobre a racionalização da rede já existente, nalguns casos com

oferta excessiva ou prestando cuidados de forma desajustada às exigências modernas da gestão clínica e da inovação médica e organizacional.

Devido a estas constantes alterações, esta dissertação irá incidir sobre a conjuntura atual dos Hospitais existentes na GAMP.

PARTE 2 – DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

CAPITULO 7 – MATERIAL E MÉTODOS

Procedeu-se a um estudo empírico com a recolha de dados primários e posterior análise de dados descritiva dos mesmos, tendo em vista tirar algumas conclusões.

7.1.OBJETIVOS DO ESTUDO

Pretende-se conhecer a posição institucional dos Hospitais da Grande Área Metropolitana do Porto (GAMP) em matéria de cumprimento dos requisitos legais no âmbito da HSST e identificar as áreas mais problemáticas e necessitadas de possíveis intervenções, com o objetivo de alertar acerca da exposição dos trabalhadores à ocorrência de acidentes de trabalho ou doenças profissionais.

7.2. POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA DO ESTUDO

A população alvo foram os Hospitais da Grande Área Metropolitana do Porto.

A amostra é constituída por todos os Hospitais que responderam ao questionário elaborado para o efeito, que neste caso foram em número de 10.

7.3.INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Tendo em conta o objetivo deste estudo, as condições disponíveis para a sua realização, a amostra sobre quem o mesmo incide e a pouca bibliografia existente, optou-se por um questionário elaborado especificamente para o efeito, com base na legislação existente sobre a temática da Segurança e Saúde no Trabalho.

O questionário presente é constituído pelos seguintes capítulos (Ver **Anexo I**):

1. Organização dos Serviços de SST;
2. Sinistralidade;
3. Avaliação de Riscos;
4. Higiene Ocupacional e Ambiental;
5. Segurança no Trabalho;
6. Substâncias Perigosas;
7. Riscos Elétricos;
8. Ergonomia;
9. Sinalização de Segurança;
10. Equipamentos de Proteção Individual;
11. Segurança Contra Incêndios;
12. Acessibilidade;
13. Radiações;

14. Agentes Biológicos;
15. Trabalho por Turnos;
16. Informação e Formação dos Trabalhadores;
17. Regulamentos.

Apesar de o capítulo Radiações fazer parte da Higiene Ocupacional e Ambiental, optou-se por colocar em capítulo separado devido a ser uma das áreas de grande importância no ambiente hospitalar.

7.4.RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS

O questionário foi efetuado em formato digital com a ferramenta Google Docs. A distribuição dos questionários foi efetuada na primeira semana de Março de 2012, por endereço eletrónico, com aviso de receção, pelos Hospitais da Grande Área Metropolitana do Porto.

Posteriormente, foi dado um período de espera, no fim do qual foram efetuados contactos telefónicos com os Hospitais, a fim de verificar qual o ponto de situação em relação às respostas ao questionário.

Aos Hospitais dos quais ainda não tinham sido obtidas respostas ao questionário foram efetuadas visitas, levando uma cópia impressa do questionário para facilitar o seu preenchimento.

Ao fim de sete meses de contactos junto de todos os Hospitais envolvidos no estudo, foram obtidos os resultados exibidos na Figura 2.

Após a recolha de dados, foi elaborada uma matriz de dados e posteriormente realizado o tratamento estatístico, através da ferramenta *Statiscal Pakage for Social Science* (SPSS) 20 – (Ver **Anexo II**)

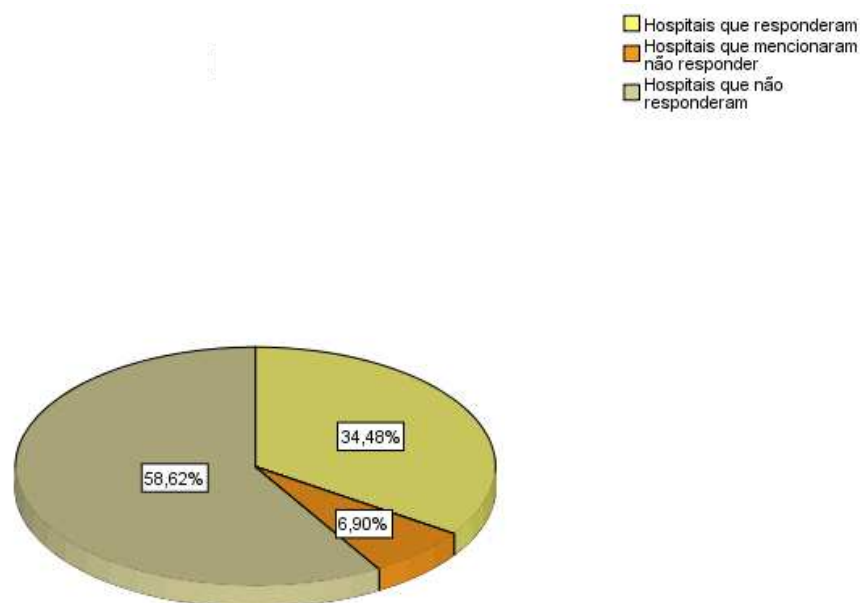


Figura 2 – Respostas obtidas ao questionário.

Na Tabela 4 pode-se verificar que os Hospitais em estudo em relação ao tipo de Hospital são maioritariamente da categoria Privado Sem Fins Lucrativos.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Público-Central	2	20,0	20,0	20,0
Público-Distrital	3	30,0	30,0	50,0
Valid Privado Sem Fins Lucrativos	5	50,0	50,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	

Tabela 4 – Tipo de Hospitais.

CAPITULO 8 – CONCLUSÕES

Tendo em vista todos os aspetos observados e analisados ao longo deste trabalho, torna-se importante e pertinente observar, como resultado da análise dos dados, algumas conclusões e considerações finais.

No que concerne à seleção da metodologia de avaliação de riscos, verificou-se que cada Hospital adota a metodologia que pretende, não existindo para o efeito uma metodologia específica para a área hospitalar, o que pode incidir a nível dos acidentes de trabalho.

A avaliação de riscos é uma das mais importantes etapas do trabalho em matéria de HSST, já que é dela que resultam os planos de prevenção. O inquérito revela que 90% dos hospitais já aplicou algum modelo de prevenção de riscos, tendo sido feitas, posteriormente e na sua maioria, alterações ou ajustamentos às especificidades de cada posto de trabalho.

Numa primeira análise à estrutura hospitalar em matéria de HSST, verifica-se que muitos hospitais possuem técnicos de HSST, embora em número reduzido, sendo a contratação de serviços externos opção em apenas 30% dos hospitais inquiridos. Já no que concerne à medicina do trabalho, mais propriamente à existência de médico de trabalho e de enfermeiro de trabalho, na totalidade cumprem os requisitos legais de horas mensais de trabalho estabelecidas para os médicos e da existência de enfermeiros. Daqui resulta que a área hospitalar reúna boas condições no âmbito da medicina do trabalho, a qual é uma peça fundamental na prevenção e tratamento em caso de doenças profissionais, para salvaguarda das condições de bem-estar físico e mental dos trabalhadores deste setor de atividade.

Relativamente à sinistralidade no contexto hospitalar, o inquérito revela que praticamente todos os hospitais cumprem de forma rigorosa os procedimentos associados, desde a elaboração dos índices de sinistralidade, passando pela análise das causas e posterior elaboração do relatório final. Todo este processo é uma peça fundamental da qual resultam medidas preventivas que contribuem para um ambiente de trabalho seguro para os profissionais, levando a uma eliminação ou diminuição dos fatores de risco identificados e consequentemente à redução do número de acidentes de trabalho.

Na higiene ocupacional e ambiental, os dados obtidos revelam, por exemplo, que 50% dos hospitais realizaram alguns testes de exposição a perigos de natureza física e que, por exemplo, apenas 30% dos Hospitais realizaram testes à qualidade do ar. No meio hospitalar a qualidade do ar interior é uma das peças chave não só para os trabalhadores como para os seus utentes, que muitas das vezes possuem uma condição física debilitada e que uma simples infeção pode acarretar consequências no seu estado de recuperação, assim como a própria morte. Para os trabalhadores pode levar ao desenvolvimento de doenças profissionais que afetam principalmente as vias aéreas inferiores e superiores.

Em matéria de segurança no trabalho, os dados mostram que, apesar de praticamente todos os hospitais procederem à avaliação das condições de segurança de máquinas, equipamentos e

ferramentas, apenas 30% referem que essa avaliação se estende à totalidade dos equipamentos. Os dados podem revelar alguma debilidade nesta área, muito embora possam estar relacionados com outras variáveis como o ano de fabrico das máquinas e equipamentos de trabalho ou elementos de garantia das marcas, entre outras, e que torna mais ou menos necessário proceder a essa avaliação. No entanto, verifica-se que 70% dos hospitais inquiridos revelam que os seus equipamentos cumprem as diretivas e normativos legais. De destacar ainda que 80% dos inquiridos indicaram possuir uma lista de verificação para a análise das condições, tornando evidente a preocupação pela manutenção dos equipamentos.

As substâncias perigosas são um elemento amplamente usado por este setor, sendo que 90% dos hospitais inquiridos referiram manipular substâncias perigosas. A base de trabalho, em matéria de segurança, passa pela identificação clara de cada substância, utilizando para o efeito a correta rotulagem, bem como a disponibilização das fichas de dados de segurança nos locais de manuseamento e armazenagem, bem como a criação de locais de armazenagem específicos, bem arejados, dotados de sistemas de controlo e retenção em caso de derrame e equipados com sistemas adequados de combate a incêndios. Os dados do inquérito revelam que a maioria dos hospitais possui todos os requisitos básicos e necessários para o manuseamento e armazenagem deste tipo de substâncias. De notar, no entanto, que 20% dos inquiridos revelaram não possuir bacias de retenção, necessárias para o armazenamento de substâncias perigosas, o que revela que ainda há bastante margem para intervenção nesta área.

A preservação e manutenção de postos de transformação, pontos de distribuição e quadros elétricos são um fator de grande relevância em matéria de segurança no contexto hospitalar e por esse motivo praticamente todos os inquiridos evidenciam o cumprimento dos requisitos legais no que concerne aos riscos de origem elétrica, sendo que praticamente todos se mantêm vigilantes em relação a este tipo de questões.

A ergonomia continua a ser um dos fatores que requerem maior atenção por parte dos responsáveis em matéria de segurança e saúde no trabalho. A atividade profissional neste ramo de atividade é muito exigente ao nível físico, sendo que os profissionais têm de desenvolver a sua atividade em condições que levam a adoção de posturas incorretas. A este nível será necessário desenvolver campanhas de sensibilização para os trabalhadores, já que a maior parte dos problemas poderá estar relacionada com o modo como cada trabalhador atua, passando a instituição a disponibilizar meios de movimentação mecânicas de cargas e de doentes nas situações que assim o permitam. Apesar de os hospitais inquiridos fazerem uso de meios auxiliares na movimentação manual, existem muitas questões que podem e devem ser tratadas no âmbito de mudança de mentalidades e do respeito para com o trabalhador, potenciando o desenvolvimento de um trabalho o mais seguro possível.

Constata-se que a profissão mais afetada pelas lesões músculo-esqueléticas é a de enfermagem, o que vai de encontro aos dados publicados pelo *Bureau of Labor Statistics* de 2007. As faixas etárias

mais afetadas com as lesões músculo-esqueléticas são a dos 40-44 anos, dos 35-39 anos e a dos 45-49 anos, com base nos dados obtidos dos Hospitais inquiridos.

A nível de segurança contra incêndios, é de destacar os seguintes aspetos: a inexistência da figura do Delegado de Segurança em 30% dos Hospitais; 10% dos Hospitais não possuem qualquer Plano de Emergência Interno; e 40% dos Hospitais encontram-se na fase de implementação do Plano de Emergência Interno.

Sublinha-se a inexistência de Brigadas de 1.^a Intervenção em 40% dos Hospitais inquiridos e que 40% dos Hospitais não procedem à realização de simulacros conforme a legislação exige.

Os aspetos anteriormente mencionados podem acontecer por diversas razões, sendo uma delas o facto de esta legislação ser recente e ainda poderem estar a ser implementados esses aspetos.

A nível de radiações, é de destacar que 30% dos Hospitais inquiridos não efetuaram a dosimetria da exposição individual e não foram dados a conhecer os resultados aos trabalhadores, bem como a inexistência de instrução dos trabalhadores relativamente às medidas normais e de emergência no domínio das radiações ionizantes, além de não possuírem a devida sinalização nos locais onde as mesmas são utilizadas. É de salientar que 30% dos Hospitais não efetuam o controlo médico dos trabalhadores expostos às radiações, o que faz com que não seja cumprida a legislação no que concerne aos riscos para o património genético.

A manipulação de dispositivos cortantes e/ou perfurantes foi a principal causa dos acidentes de trabalho de origem biológica, o que vai de encontro aos dados do estudo “*Acidentes de Trabalho 2007*” realizado pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS, 2009), pois verificou-se que 32,2% dos acidentes de trabalho tiveram como causa a picada de agulha, sendo esta a primeira causa de acidente nos profissionais de saúde.

No que concerne aos pontos fortes e pontos fracos dos Hospitais Públicos versus Hospitais Privados, são de destacar, como pontos negativos dos Hospitais Privados, o capítulo das Radiações e a inexistência de manual de biossegurança. Em relação aos Hospitais Públicos, o ponto fraco é o capítulo da Segurança Contra Incêndios. Já no que diz respeito ao capítulo Acessibilidade, tanto os Hospitais Públicos como os Privados necessitam de melhorar algumas questões, nomeadamente no atendimento de pessoas invisuais. Em relação aos pontos fortes, os Hospitais em estudo, tanto Públicos como Privados, vão cumprindo com os requisitos legais nos restantes capítulos do questionário.

CAPITULO 9 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

LIVROS:

- ARAÚJO, Joaquim Duarte *et. al.* (1998) – O Hospital Português. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- BARROSO, M.; Carneiro, P.; Braga, A.C. (2007) - Characterization of Ergonomic Issues and Musculoskeletal complaints in a Portuguese District Hospital. Atenas: International Symposium “Risks for Health Care Workers: prevention challenges”, ISSA;
- BENAVIDES, F. G., *et al.* (2000) – Salud Laboral, conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. – 2ª ed. Barcelona: Masson.
- CARAPINHEIRO, G, LOPES N. (1999) – Recursos e Condições de Trabalho dos Enfermeiros Portugueses – Estudo Sociográfico de Âmbito Nacional. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses;
- CHIAVENATO, I. (1995) - Recursos Humanos-. S. Paulo: Editora Atlassa;
- COTRIM, T.; Ramalho F.; Duarte A.P.; Simões A. (2006) - Assessing the exposure risk to low back-pain at nurses related with patient handling using MAPO. Holanda: Proceedings of the 16th World Congress on Ergonomics – Meeting Diversity in Ergonomics;
- VIEIRA, Cláudia Sofia Barros (2009) - Acidentes de Trabalho em Meio Hospitalar e sua Relação com Riscos Profissionais. Porto: Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto;
- DIAZ, Mingo Angel (1999) – Riesgos ligados a las condiciones de seguridad. Prevención de riesgos laborales. Manual, 2ª ed. Madrid: Ibermutuamur.
- ESTRYN-BÉHAR, M. (1996) – Ergonomie hospitalière: théorie et pratique. Paris: Editions Estem;
- ESTRYN-BÉHAR, M. (1991) – Guide de s Risques Professionnels du Personnel des Services de Soins . Paris: Editions Lamarre;
- FERREIRA, F. A. Gonçalves (1990) – História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian;
- FERREIRA, Maria Margarida da Silva Vieira (2001) – Riscos para a Integridade Física dos Enfermeiros no Local de Trabalho. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto;
- FONSECA, M. R. F. T. (2005) - Contributo para a avaliação da prevalência de sintomatologia músculoesquelética auto-referida pelos enfermeiros em meio hospitalar. Porto: Faculdade de Medicina e Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar;
- GESTAL-OTERO, J. (1993) – Riesgos del Trabajo del Personal Sanitario. Madrid: McGraw-Hill;
- HENRIQUE, Jusuvino (1999) – Transmissão da Tuberculose em meio Hospitalar. Riscos dos agentes biológicos. Lisboa: IDICT;
- LLUIS, Salvador Moncada (1998) - Salud Laboral. Salud Publica. Madrid: McGraw-Hill;
- MAIA, P. M. S. (2002) - Avaliação da capacidade laboral de Enfermeiros em contexto hospitalar. Guimarães: Universidade do Minho;
- MIGUEL, A.S.S.R. (2007) – Manual de Higiene e Segurança do Trabalho. 10ª ed. Porto: Porto Editora;
- OTERO, J.J.G. (1997) – Riesgos Biológicos – SALUD LABORAL: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. Barcelona: Masson;
- ROGERS, Bonnie (1997) - Enfermagem do Trabalho Conceito e Prática. Loures: Lusociência;
- SERRA, Miguel Nunes (2005) - Aprender a ser Doente: Processos de aprendizagem de doentes em Internamento Hospitalar. Loures: Lusociência;
- SCHAUFELI, W. – Burnout. In FIRTH-COZENS, J.; PAYNE, R. L. (1999) – Stress in health professionals. Chichester: John Wiley & Son;
- UVA, António de Sousa e FARIA, Mário (1992) – Riscos Ocupacionais em Hospitais e outros Estabelecimentos de Saúde. Lisboa: Sindicato Independente dos Médicos e Federação Nacional dos Médicos.

DOCUMENTOS DE INTERNET:

- ACSS (2009). Acidentes de Trabalho Ano 2007. Administração Central do Sistema de Saúde, http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Acidentes%20de%20Trabalho_2007.pdf [acedido em 01/11/2012];
- ACT (Autoridade para as Condições do Trabalho) (2008). Estratégica Nacional para a Segurança e Saúde no Trabalho 2008 – 2012, [http://www.act.gov.pt/\(pt-PT\)/SobreACT/DocumentosOrientadores/DocumentosReferenciaAmbitoNacional/Documents/EstrategiaNacionalparaSegurancaeSaudeNoTrabalho20082012.pdf](http://www.act.gov.pt/(pt-PT)/SobreACT/DocumentosOrientadores/DocumentosReferenciaAmbitoNacional/Documents/EstrategiaNacionalparaSegurancaeSaudeNoTrabalho20082012.pdf) [acedido em 01/11/2012];
- AESST (2012). Saúde e Segurança dos Trabalhadores do Sector da Saúde. Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, <http://osha.europa.eu/pt/sector/healthcare> [acedido em 01/11/2012];
- AMP (2012). A Área Metropolitana do Porto. Área Metropolitana do Porto, <http://www.amp.pt/gca/index.php?id=78> [acedido em 01/11/2012];
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention) (2005) - Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational exposures to HIV and recommendations for postexposure prophylaxis, <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5409a1.htm> [acedido em 01/11/2011];
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention) (2001) - Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational exposures to HBV, HCV and HIV and recommendations for postexposure prophylaxis, <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5011a1.htm> [acedido em 01/11/2012];
- CDC (Centers for Diseases Control and Prevention) (1995) - Case-control study of HIV seroconversion in health-care workers after percutaneous exposure to HIV-infected blood : France, United Kingdom and United States, January 1988 – August 1994, <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00039830.htm> [acedido em 01/11/2012];
- CMQV (2006) - O setor de saúde é o 1º do ranking em número de acidentes, <http://www.cmqv.org/webste/artigo.asp?cod=1461&idi=1&moe=212&id=1511> [acedido em 01/11/2012];
- (CNIVIH/SIDA) (2012) - Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA (2009) – Recomendações portuguesas para o tratamento da infeção VIH/SIDA 2009, <http://sida.dgs.pt/> [acedido em 01/11/2012];
- Durão, Álvaro (2010) - A qualidade dos Serviços de Segurança e Saúde no Trabalho nos Hospitais Portugueses, <http://www.dodouro.com/noticia.asp?idEdicao=295&id=18565&idSeccao=3321&Action=noticia> [acedido em 01/11/2012];
- INE - Instituto Nacional de Estatística (2010). Anuário Estatístico da Região Norte – 2010, http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=130330978&PUBLICACOESmodo=2 [acedido em 01/11/2012];
- IAEA (1998) - Health surveillance of persons occupationally exposed to ionizing radiation: guidance for occupational physicians. Vienna: International Atomic Energy Agency;
- INFOPEDIA (2012) – Dicionário de Termos Médicos. Citostático, <http://www.infopedia.pt/termos-medicos/citost%20%C3%A1tico> [acedido em 01/11/2012];
- PCCGDH (2012) - Hospital: definição e classificação, http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Hospital:_defini%C3%A7%C3%A3o_e_classifica%C3%A7%C3%A3o#cite_note-1 [acedido em 01/11/2012];
- US BUREAU OF LABOR STATISTICS (2007) – Musculoskeletal disorders and days away from work in 2007, <http://www.bls.gov/opub/ted/2008/dec/wk1/art02.htm>. [acedido em 01/11/2011].

REVISTAS CIENTÍFICAS:

- ALVES, R.; UVA, A.; FERREIRA, M. (2008) - Alergia profissional ao latex em meio hospitalar. Lisboa: Revista Portuguesa de Saúde Pública Vol. 26;
- ANDO, S. *et al.* (2000) – Associations of self estimated workloads with musculoskeletal symptoms among hospital nurse. London: Occupational and Environmental Medicine 57;
- AVENDANÕ, C. *et al.* (2002) – Riesgos para la salud de las enfermeras del sector publico. Rev. Enfermeria. Vol. 30;
- BRANCO-FERREIRA, M., *et al.* (1996) – Prevalência de sensibilização ao látex em atópicos da consulta de alergologia do Hospital de Santa Maria. Lisboa: Revista Portuguesa de Imunoalergologia Vol. 3.
- BOUSQUET, J., *et al.* (2006) - Natural rubber latex allergy among health care workers: a systematic review of the evidence. The Journal of Allergy and Clinical Immunology 118;
- CABETE, Dulce Gaspar (2000) – Risco, Penosidade e Insalubridade. Uma realidade na profissão de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- CAIXEIRO, Maria Isabel Sousa (1997) - Luvas de látex – factor de riscos profissionais de saúde. Lisboa: Revista Nacional de Saúde Pública, Vol.15
- CAMPOS, N., *et al.* (1997) - Hipersensibilidade ao látex em pessoal hospitalar : estudo prévio. Revista Portuguesa de Imunoalergologia Vol. 5;
- CARDO, D. M. (2004) – A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. – The New England Journal of Medicine, Waltham, nº 32;
- CARRAPATOSO, I., *et al.* (1997) - Reactividade cutânea a extractos alergénicos de frutos em profissionais de saúde sensibilizados ao látex. Lisboa: Revista Portuguesa de Imunoalergologia Vol. 5;
- CORTE, A.M.A. *et al.* (1999) – Os riscos na enfermagem. Rev. Nursing. Nº 196;
- CRUZ, Arménio Guardado (1999) - Riscos Profissionais e Organização do Trabalho. Coimbra: Sinais Vitais N.º 23;
- ESTRYN-BÉHAR, Madelaine (1997) – Souffrance psychique et risque de «burn out» chez les infirmières. In Soins n.º 616;
- ESTRYN-BÉHAR, M. (1995) – Prévention des dorso-lombalgies du personnel soignant: aspects organisationnels et psychologiques. Cahiers de Kinésithérapie 171;
- FIELDEN, S.; PECKAR, C. (1999) – Work stress and hospital doctors: a comparative study. Stress Medicine 15
- FONSECA, A. (2002) – Higiene e Segurança no Trabalho - Ficha técnica PRONACI. Leça da Palmeira: AEP/CATIM;
- FONSECA, R.; SERRANHEIRA, F. (2006) - Sintomatologia músculo-esquelética auto-referida por enfermeiros em meio hospitalar. Lisboa: Revista Portuguesa de Saúde Pública Volume Temático 6;
- FRY, A.; MEAGHER, S.; VOLLENHOVEN, B. (1999) - A case of anaphylactic reaction caused by exposure to a latex probe cover in transvaginal ultrasound scanning. United Kingdom: Ultrasound in Obstetrics and Gynecology 13;
- GRAY-TOFT, P.; ANDERSON, J. (1981) – Stress among hospital nurses staff: its causes and effects. Social Sciences & Medicine 15A;
- LAGERSTROM, M. *et al.* (1995) - Occupational and individual factors related to musculoskeletal symptoms in fivebody regions among Swedish nursing personnel. International Archives of Occupational and Environmental Health. 68;
- LEVY, D. A.; KHOUADER, S.; LEYNADIER, F. (1998) - Allergy to latex condoms. United Kingdom: Allergy 53;
- LOURENÇO, M., *et al.* (1997) - Prevalência da alergia ao látex em trabalhadores da saúde. Lisboa: Revista Portuguesa de Imunoalergologia 5;
- MAIA, P. (2005) – Contributos para a caracterização da actividade profissional dos enfermeiros com vista à justificação da idade e tempo de serviço para aposentação. Rev. Ecos da Enfermagem nº 243;
- MASSET D.; MALCHAIRE J. (1992) - Low back pain: epidemiologic aspects and work-related musculoskeletal disorders: an ergonomic intervention in a nursing home. Ergonomics 35;

- MCINTYRE, T.; McINTYRE, S.; SILVERIO, J. (1999) – Respostas de stress e recursos de coping nos enfermeiros. *Análise Psicológica* 3;
- MCINTYRE, T. (1994) - Stress e os profissionais de saúde: os que tratam também sofrem. *Análise Psicológica*.2-3;
- MIRANDA, M. (2005) - Grupos de risco e prevalência em Portugal. Lisboa: *Revista Portuguesa de Imunoalergologia* 13;
- MONERET-VAUTRIN, A., *et al.* (1994) - Occupational rhinitis and asthma to latex. *Rhinology* 32;
- MOUDIKI, P.; LEYNADIER, F. (1997) - Immediate allergy caused by latex after using condoms. Paris: *Presse-Médicale* 26;
- NUTTER, A. F. (1979) - Contact urticaria to rubber. United Kingdom: *British Journal of Dermatology* 101;
- PURO, V. *et al.* (2005) – European recommendations for the management of healthcare workers occupationally exposed to hepatitis B vírus and hepatitis C vírus. Sweden: *Eurosurveillance* 10;
- RAMOS, Marc Hubert Marescottiet (1997) – Le mal de dos. *Prévention et limites*. In *Soins* n ° 616;
- RODRIGUES, Ana Xequ e FERREIRA, Isabel Furtado (1999) - Enfermagem, uma Profissão exposta a diversos factores de risco. *Nursing*, n . ° 139;
- ROZGAJK, R. STEMLTON, A. (2003) – Chromosome aberrations in operating room personnel. – *Am J Ind Med*, Vol. 36
- SAÚDE, Teste (2005) - Doentes exigem melhor ambiente. – *Rev.* n° 58.
- SERRANHEIRA, F.; Lopes, F.; Uva, A. (2004) - Lesões Músculo-Esqueléticas (LME) e Trabalho: uma associação muito frequente. Lisboa: *Jornal das Ciências Médicas*, CLXVIII;
- SHEILAD (1996) - Acidentes de trabalho em meio Hospitalar. *Jornadas de investigação em Saúde Pública e Saúde Ocupacional*;
- STERN, G. (1927) - Überempfindlichkeit gegen Kautshuk als Ursache von Urticaria und Quinckeschem ödem. *Klinische Wochenschrift* 6;
- TURJANMAA, K., *et al.* (1984) - Severe IgE mediated allergy to surgical gloves. United Kingdom: *Allergy* 39;
- UVA, António Sousa (1997) - Luvas de látex - factor de risco nos profissionais de saúde. Lisboa: *Revista Nacional de Saúde Pública*, Vol.15;
- UK. HSE - Occupational stress statistics Bulletin (2002). London: Health and Safety Executive;
- VANDENPLAS, O. (1995) - Occupational asthma caused by natural rubber latex. *European Respiratory Journal* 8;
- WERNER, B. G., GRADY, G. F. (1982) – Accidental hepatitis-B-surface-antigen-positive inoculations: use of antigen to estimate infectivity. *Annals of Internal Medicine* 97;
- XELEGATI, R. ROBAZZI, MLCC. (2003) - Riscos químicos a que estão submetidos os trabalhadores de enfermagem: uma revisão de literatura. - *Rev. Latino-Americana Enfermagem* Maio-Junho;
- ZEISS, C. R., *et al.* (2003) - Latex hypersensitivity in Department of Veterans Affairs health care workers: glove use, symptoms, and sensitization. *Annals of Allergy Asthma and Immunology* 91.

LEGISLAÇÃO:

- Lei n.º 102/2009 de 10 de Setembro. Diário da República n.º 176, 1.ª série. Assembleia da República;
- Lei n.º 59/2008, de 11 de Setembro. Diário da República n.º 176, 1.ª série. Assembleia da República;
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 59/2008, de 1 de Abril. Diário da República n.º 64, 1.ª série. Assembleia da República.
- Decreto-lei 103/2008 de 24 de Julho. Diário da República n.º 120, 1.ª série. Ministério da Economia e da Inovação;
- Decreto-lei 50/2005 de 25 de Fevereiro. Diário da República n.º 40, 1.ª série A. Ministério das Actividades Económicas e do Trabalho;
- Decreto-Lei n.º 740/74, de 26 de Dezembro. Diário da República n.º 299, série 1. Ministério da Economia- Secretaria do Estado da Indústria e Energia – Direcção-Geral de Energia;
- Decreto-Lei n.º 349/93, de 1 de Outubro. Diário da República n.º 231, 1.ª série A. Ministério do Emprego e da Segurança Social;
- Portaria n.º 989/93, de 6 de Outubro. Diário da República n.º 234, 1.ª série B. Ministério do Emprego e da Segurança Social;

Decreto-Lei 330/93, de 25 de Setembro. Diário da República n.º 226, 1.ª série A. Ministério do Emprego e da Segurança Social;

Portaria n.º 1456-A/95 de 11 de Dezembro. Diário da República n.º 284, 1.ª série B. Ministério do Emprego e da Segurança Social;

Decreto-Lei n.º 141/95 de 14 de Junho. Diário da República n.º 136, 1.ª série A. Ministério do Emprego e da Segurança Social;

Decreto-Lei n.º 220/2008, de 12 de Novembro. Diário da República n.º 220, 1.ª série. Ministério da Administração Interna;

Portaria n.º 1532/2008, de 29 de Dezembro. Diário da República n.º 250, 1.ª série. Ministério da Administração Interna;

Decreto-Lei n.º 163/2006, de 8 de Agosto. Diário da República n.º 152, 1.ª série. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social;

Decreto-Lei n.º 84/97 de 16 de Abril. Diário da República n.º 89, 1.ª série A. Ministério para a Qualificação e o Emprego;

Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro. Diário da República n.º 30, 1.ª série. Assembleia da República;

Portaria n.º 988/93, de 6 de Outubro. Diário da República n.º 234, 1.ª série B. Ministério do Emprego e da Segurança Social;

Decreto-lei n.º 348/93, de 1 de Outubro. Diário da República n.º 231, 1.ª série A. Ministério do Emprego e da Segurança Social;

Decreto-lei 128/93 de 22 de Abril. Diário da República n.º 94, 1.ª série A. Ministério da Indústria e Energia;

Decreto-Lei n.º 180/2002 de 8 de Agosto. Diário da República n.º 182, 1.ª série A. Ministério da Saúde;

Decreto-Lei n.º 165/2002 de 17 de Julho. Diário da República n.º 163, 1.ª série A. Ministério da Saúde.

ANEXOS

ANEXO I – QUESTIONÁRIO

Identificação da Entidade

1 - Entidade

2 - Tipo de Hospital*

3 - Número Total de Trabalhadores*

3.1 - Número de Trabalhadores do Sexo Feminino*

3.2 - Número de Trabalhadores do Sexo Masculino*

Organização dos Serviços de HSST

1 - O Hospital tem Serviços de Segurança Organizados*

Sim Não

1.1 - Qual a modalidade adaptada?*

Serviço Interno Serviço Comum/Serviços Partilhados Serviço Externo

1.2 - Se a modalidade adotada foi a de Serviços Externos a empresa prestadora de serviços de segurança está autorizada para essa atividade?*

Sim Não Não Aplicável

1.3 - Se a modalidade adotada foi a de Serviços Externos foi elaborado contrato com a empresa prestadora de serviços?*

Sim Não Não Aplicável

2 - O Hospital tem os Serviços de Saúde organizados?*

Sim Não

2.1 - Qual a modalidade adotada?*

Serviço Interno Serviço Comum/Serviços Partilhados Serviço Externo

2.2 - Se a modalidade adotada foi a de Serviços Externos a empresa prestadora dos serviços de saúde (médico) está autorizada para essa atividade?*

Sim Não Não Aplicável

2.3 - Se a modalidade adotada foi a de Serviços Externos foi elaborado contrato com a empresa prestadora de serviços?*

Sim Não Não Aplicável

2.4 - São efetuados exames de Saúde?*

Sim Não

Admissão

Periódicos

Ocasionais

3 - Existem Fichas de Aptidão atualizadas de todos os trabalhadores?*

Sim Não

4 - O Hospital possui médicos do trabalho licenciados em Medicina com especialidade de medicina do trabalho reconhecida pela Ordem dos Médicos?*

Sim Não

4.1 - Número de médicos do trabalho para assegurar a vigilância da saúde dos trabalhadores?

4.2 - O médico do trabalho assegura mais de 150 horas de atividade por mês?*

Sim Não

5 - O Hospital possui enfermeiro do trabalho?*

Sim Não

6 - Número de Técnicos Superiores de Segurança e Higiene no Trabalho?*

7 - Número de Técnicos de Segurança e Higiene no Trabalho?*

8 - O Hospital comunicou à Autoridade para as Condições do Trabalho (ACT) a modalidade adotada para a organização dos Serviços de Segurança e Saúde no Trabalho?*

Sim Não

8.1 - O Hospital envia anualmente à ACT o relatório único?*

Sim Não

9 - No Hospital realizaram-se eleições para representantes dos Trabalhadores em Segurança e Saúde no Trabalho?*

Sim Não

Sinistralidade

1 - São efetuados registos dos incidentes?*

Sim Não

2 - Número de Acidentes de Trabalho ocorridos no ano transato (2011)?*

2.1 - Total de acidentes sem baixa?*

2.2 - Total de acidentes com baixa?*

2.3 - Total de acidentes mortais?*

2.4 - Número de dias perdidos?*

3 - Número de Acidentes ocorridos "in itinere" no ano transato (2011)?*

3.1 - Total de acidentes sem baixa?*

3.2 - Total de acidentes com baixa?*

3.3 - Total de acidentes mortais?*

3.4 - Número de dias perdidos?*

4 - São calculados os índices de frequência (If)?*

Sim Não

5 - São calculados os índices de gravidade (Ig)?*

Sim Não

6 - São calculados os índices de incidência (Ii)?*

Sim Não

7 - Efetuam o tratamento estatístico dos acidentes de trabalho?*

Sim Não

8 - São contabilizados os custos diretos dos acidentes de trabalho?*

Sim Não

9 - São contabilizados os custos indiretos dos acidentes de trabalho?*

Sim Não

10 - É efetuada a análise das causas dos acidentes de trabalho?*

Sim Não

11 - Qual a metodologia utilizada na análise dos acidentes de trabalho?*

Método Árvore de Causas WAIT RIAAT Árvore de eventos

Outra:

12 - São elaborados relatórios dos acidentes de trabalho?*

Sim Não

13 - Qual o tipo de ocorrência mais frequente?*

Corrente elétrica

Entalamento entre objetos

- Esforços excessivos ou movimentos inadequados
- Pancada/corte provocado por objetos
- Picada de agulhas
- Produtos contaminados/infetados por agentes biológicos
- Queda de objetos
- Queda do trabalhador
- Radiações
- Substâncias/ preparações nocivas
- Temperaturas extremas
- Não identificado
- Outra:

14 - Quais as principais causas dos acidentes de trabalho?*

- Ausência de formação dos trabalhadores
- Falhas humanas
- Falhas materiais
- Acto inseguro
- Ascendência e ambiente social
- Condições perigosas
- Ambiente de Trabalho
- Outra:

Avaliação de Riscos

1 - Foi realizada alguma avaliação de riscos nos posto de trabalho?*

- Sim Não

1.1 - Qual a metodologia de Avaliação de riscos utilizada?*

- Método de Avaliação Simplificado
- Análise Preliminar de Riscos (APR)

- Método What-If...
- Análise do Modo de Falhas e Efeitos (AMFE/FMEA)
- Método HAZOP
- Método de Árvore de Falhas (FTA)
- Análise de Árvore de Eventos (ETA)
- Análise de Causas e Consequências (ACC)
- Análise Preliminar de Riscos com avaliação do risco intrínseco
- Análise dos Modos de Falhas, Efeitos e Criticidade (FEMAC)
- Método de Dow: Índice de Fogo e Explosão
- Método de ICI: Índices de Mond
- Método de UCSIP
- Análise quantitativa através da Árvore de Falhas (FTA)
- Análise quantitativa através da Árvore de Eventos (ETA)
- Análise quantitativa de Causas e Consequências (ACC)
- Método W. T.Fine
- Outra:

1.2 - Quais os principais riscos detetados?*

- Quedas em altura
- Quedas ao mesmo nível
- Entalamentos
- Golpes
- Quedas de objetos
- Cortes
- Choques
- Projeção de objetos
- Contacto direto

- Contacto indireto
- Eletricidade estática
- Iluminação
- Ruído
- Radiações ionizantes
- Radiações não ionizantes
- Temperaturas baixas
- Temperaturas altas
- Vibrações
- Poeiras
- Gases e vapores detetáveis organolepticamente
- Gases e vapores não detetáveis organolepticamente
- Líquidos
- Fumos
- Vírus
- Bactérias
- Fungos
- Parasitas
- Sobrecargas e sobreesforços
- Postura de trabalho
- Projeto do posto de trabalho
- Monotonia
- Sobrecarga horária
- Sobrecarga de trabalho
- Atendimento público
- Stress individual

- Stress organizacional de grupo
- Ordem
- Armazenamento
- Asseio
- Combustíveis sólidos
- Combustíveis líquidos
- Combustíveis gasosos
- De origem elétrica
- Combinações
- Explosões
- Outra:

1.3 - Essa avaliação provocou alterações nos postos de trabalho?*

- Sim Não

1.4 - No processo de avaliação de riscos foram considerados os riscos psicossociais?*

- Sim Não

1.5 - Os trabalhadores ou os seus representantes foram consultados sobre a avaliação de riscos para a Segurança e Saúde no Trabalho?*

- Sim Não

1.6 - Foram elaboradas instruções de segurança para os diferentes postos de trabalho?*

- Sim Não

Higiene Ocupacional e Ambiental

1 - O Hospital procedeu à avaliação dos níveis luminotécnicos dos diferentes locais/postos de trabalho?*

- Todos nenhuns Em Alguns

2 - O Hospital procedeu à avaliação dos níveis de ruído nos diferentes locais/postos de trabalho?*

- Todos nenhuns Em Alguns

3 - O Hospital procedeu à avaliação das condições de temperatura e humidade existentes nos diferentes locais de trabalho?*

Todos nenhuns Em Alguns

4 - O Hospital procedeu à avaliação da qualidade do ar ambiente nos diferentes locais de trabalho?*

Todos nenhuns Em Alguns

5 - O Hospital procedeu à monitorização dos agentes químicos?*

Sim Não

5.1 - Quais?*

Gases Anestésicos

Formaldeído

Compostos Orgânicos Voláteis

Outra:

Segurança no Trabalho

1 - O Hospital procedeu à avaliação das condições de segurança das máquinas, equipamentos e ferramentas de trabalho?*

Todas Em Algumas Nenhumas

2 - As máquinas, os equipamentos de trabalho e ferramentas de trabalho cumprem os requisitos da Diretiva Máquinas e com a legislação sobre Equipamentos de Trabalho?*

Todas Em Algumas Nenhumas

3 - Existem procedimentos ou “listas de verificação” para verificar as condições de segurança das máquinas, dos equipamentos e das ferramentas de trabalho?*

Sim Não Alguns

4 - As condições de segurança das máquinas, dos equipamentos e das ferramentas são verificadas periodicamente?*

Sim Não Em Algumas

5 - Existem registos das verificações efetuadas?*

Sim Não Alguns

Substâncias Perigosas

1 - No Hospital são utilizadas substâncias perigosas?*

Sim Não

1.1 - Existem fichas de dados de segurança das substâncias perigosas que são utilizadas?*

Sim Não Apenas Algumas Não Aplicável

1.1.1 - As fichas de dados de segurança encontram-se afixadas nos locais de armazenagem e utilização das substâncias?*

Sim Não Apenas Algumas Não Aplicável

1.2 - Existem locais específicos para a armazenagem de produtos químicos?*

Sim Não

1.2.1 - As áreas de armazenagem de produtos químicos encontram-se em que condições de segurança?*

Inadequadas Suficiente mas melhorável Adequadas Não Aplicável

1.2.2 - O armazenamento de produtos químicos líquidos está dotado de bacias de retenção adequadas?*

Sim Não Nalguns Casos

Riscos Elétricos

1 - Qual é o estado geral da(s) instalação(ões) elétrica(s) do Hospital?*

Mau Razoável Bom

1.1 - A(s) instalação(ões) elétrica(s) cumpre(m) as especificações do Regulamento de Segurança de Instalações de Utilização de Energia Elétrica?*

Sim Não

2 - Os postos de transformação encontram-se devidamente identificados/sinalizados?*

Sim Não Não Aplicável

2.1 - Os postos de transformação cumprem as especificações do regulamento de segurança de subestações e postos de transformação e seccionamento?*

Sim Não Não Aplicável

3 - Qual é o estado geral de conservação dos quadros elétricos existentes no Hospital?*

Mau Razoável Bom

3.1 - Os quadros elétricos encontram-se devidamente sinalizados?*

Nenhum Alguns Todos

4 - As tomadas elétricas são suficientes para cada posto de trabalho e estão instaladas de modo a garantir o número e tipo de ligações necessárias?*

Sim Não

4.1 - O seu estado de conservação é regularmente verificado?*

Sim Não

5 - É efetuada a manutenção periódica das instalações elétricas?*

Sim Não

Ergonomia

1 - A execução das tarefas obriga a uma postura estática por tempo prolongado em pé?*

Sim Não

2 - A execução das tarefas obriga recorrentemente à adoção de posturas incorretas?*

Sim Não Algumas

3 - Foi realizada uma avaliação dos requisitos de segurança nos postos de trabalho com equipamentos dotados de visor?*

Sim Não

4- Os riscos associados à movimentação manual de cargas e de doentes estão identificados e avaliados?*

Sim Não

5 - Os trabalhadores afetados são informados acerca dos riscos decorrentes da movimentação manual de cargas e de doentes?*

Sim Não

6 - Os trabalhadores afetados recebem formação de como devem efetuar a movimentação manual de cargas e doentes?*

Sim Não

7- Tem-se em consideração a diferença da altura entre a elevação e a disposição da carga, a distância a percorrer e a frequência da movimentação?*

Sim Não

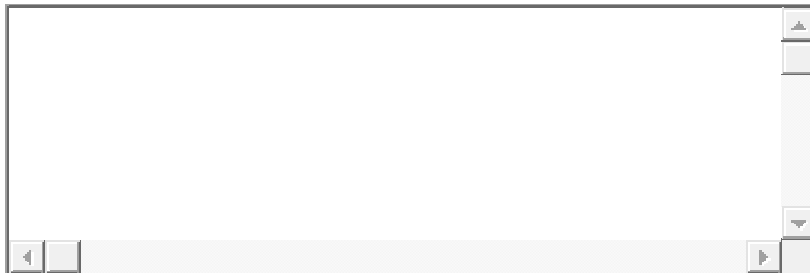
8 - Estão adotadas medidas de organização do trabalho ou utilização de meios apropriados de modo a evitar a movimentação manual de cargas?*

Sim Não

9 - Existem equipamentos de apoio à movimentação manual de cargas?*

Sim Não Alguns

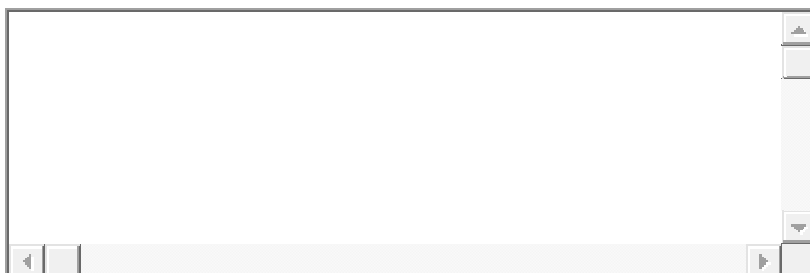
9.1 - Em caso afirmativo defina quais os equipamentos utilizados?

An empty text input field with a light gray border and a vertical scrollbar on the right side. The field is currently blank.

10 - Existem dispositivos mecânicos para a movimentação de doentes?*

Sim Não

10.1 - Em caso afirmativo defina quais os dispositivos mecânicos utilizados?

An empty text input field with a light gray border and a vertical scrollbar on the right side. The field is currently blank.

11 - Qual o método de mobilização de doentes mais utilizado?*

- Métodos de transferência manual
- Métodos de transferência, utilizando pequenos meios auxiliares de mobilização de doentes (lençóis deslizantes, cintos ergonômicos, estribos rotativos, barra de trapézio)
- Métodos de transferência utilizando, grandes meios auxiliares de mobilização de doentes (elevadores)

12 - A escolha do método de mobilização dos doentes tem em consideração o nível de mobilidade de cada doente?*

- Sim Não

13 - Quais as atividades que mais contribuíram para o desenvolvimento de lesões músculo-esqueléticas no ano transato (2011)?*

- Mobilização e posicionamento manual de doentes
- Transporte e movimentação manual de equipamentos e de doentes
- Movimentação manual de objetos diversos (camas, mesas, outros)
- Armazenamento de objetos pesados em locais demasiados altos ou baixos
- Outra:

14 - Quais as posturas que mais contribuíram para o risco de desenvolvimento de lesões músculo-esqueléticas no ano transato (2011)?*

- Postura estática por tempo prolongado em pé
- Posição de sentado com as costas bem apoiadas no espaldar da cadeira
- Elevação de objetos com os joelhos fletidos e as costas eretas
- Movimentos de inclinação do corpo para a frente
- Alcançar e sustentar peso (objetos ou pessoas) afastado do corpo
- Rotação do tronco em pé
- Outra:

15 - Quais as intervenções adotadas para modificar a situação de trabalho, em caso de sobrecarga física, nos locais de trabalho?*

- Utilização de equipamentos auxiliares

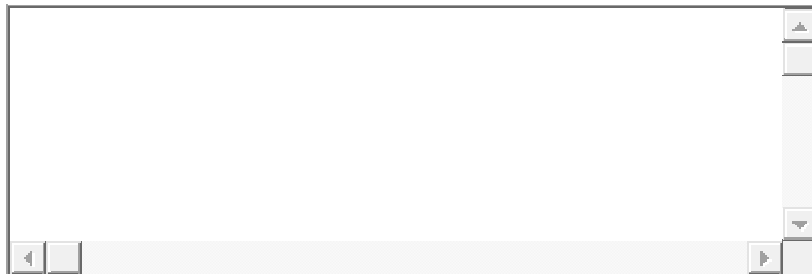
- Pausas durante a jornada de trabalho
- Diminuição do uso de técnicas manuais
- Solicitar o auxílio de um colega/colaborador
- Procurar melhorar as posturas
- Orientação do doente para técnicas de autonomia
- Alternar o tipo de atividade de trabalho
- Outra:

16 - Quais as situações nos locais de trabalho que mais condicionam as posturas durante a jornada de trabalho?*

- Exiguidade de espaço (salas de trabalho, enfermarias, WC doentes)
- Excesso de material ou pessoas nas salas obrigando a trabalhar em posição restrita
- Alcançar objetos suspensos (ex. suportes de soros)
- Diferença de nível entre a cama e a maca durante a transferência do doente
- Cadeiras desconfortáveis, sem altura ajustável
- Superfícies de trabalho demasiado altas ou baixas (mesas de trabalho, secretárias, carros de pensos, camas, macas)
- Outra:

17 - Número de lesões músculo-esqueléticas no ano transato (2011)?*

18 - Quais as lesões músculo-esqueléticas mais frequentes no Hospital?*



19 - Quais os grupos profissionais mais afetados com as lesões músculo-esqueléticas?*

- Dirigente
- Médico

- Enfermeiro
- Informática
- Docente
- Téc.Diag.Terap.
- Téc. Sup. Saúde
- Téc. Superior
- Téc. e Téc. Prof.
- Administrativo
- Auxiliar
- Serviços Gerais
- Operário
- Outra:

20 - Qual o sexo mais afetado pelas lesões músculo-esqueléticas:*

- Feminino Masculino

21 - Quais as faixas etárias mais afetadas pelas lesões músculo-esqueléticas:*

- Menos de 20 anos
- 20-24 anos
- 25-29 anos
- 30-34 anos
- 35-39 anos
- 40-44 anos
- 45-49 anos
- 50-54 anos
- 55-59 anos
- 60-64 anos
- 65-69 anos

70 ou mais ano

22 - Número de acidentes de trabalho associados à movimentação de doentes e de cargas?*

Sinalização de Segurança

1 - O Hospital possui sinalização de segurança?*

Suficiente Insuficiente Não

1.1 - Que tipo de sinalização de segurança possui?*

- Proibição
- Obrigação
- Informação
- Perigo
- Emergência
- Incêndio

1.2 - Os trabalhadores compreendem a sinalização de segurança existente?*

Sim Não Alguns

1.3 - Os trabalhadores cumprem com a sinalização existente?*

Nenhum Apenas por alguns Todos

1.4 - Qual o estado de conservação da sinalização?*

Mau Razoável Bom

Equipamentos de Proteção Individual

1 - O Hospital disponibiliza gratuitamente Equipamentos de Proteção Individual (EPI) adequados?*

Sim Não Insuficientes

1.1 - Os Trabalhadores do Hospital são envolvidos no processo de seleção dos EPI a utilizar?*

Sim Não Às Vezes

1.2 - Os Trabalhadores do Hospital utilizam os EPI necessários?*

Todos Nenhum Alguns

1.3 - Existem alguns procedimentos de gestão dos EPI?*

Sim Não

Segurança Contra Incêndios

1 - O Hospital possui procedimentos, regras ou instruções de prevenção de incêndios?*

Sim Não

2 - As instalações do Hospital têm extintores?*

Pó Químico

CO2

Água

Outro:

2.1 - Os extintores de incêndio são adequados?*

Sim Não Alguns

2.2 - Os extintores de incêndio encontram-se operacionais?*

Sim Não Alguns

2.3 - Os extintores de incêndio estão distribuídos de forma a serem facilmente utilizados pelos Trabalhadores?*

Sim Não Alguns

3 - O Hospital possui equipamentos de iluminação de emergência?*

Sim Não Alguns

4 - O Hospital tem sistema de detecção automática de incêndios em todos os edifícios?*

Sim Não Alguns

5 - O Hospital possui sistema de controlo de monóxido de carbono?*

Sim Não

6 - O Hospital possui sistemas de detecção de gases combustíveis?*

Sim Não

7 - Todos os equipamentos de segurança contra incêndios cumprem com os prazos de validade e de manutenção?*

Sim Não Alguns

8 - Existem saídas de emergência em número suficiente de acordo com a legislação?*

Sim Não Algumas

8.1 - As saídas de emergência cumprem com as dimensões?*

Sim Não Algumas

9 - Todas as saídas de emergência e portas corta-fogo encontram-se desobstruídas?*

Sim Não Algumas

10 - O Hospital possui ascensores equipados com dispositivo de chamada em caso de incêndio?*

Sim Não Alguns

11 - O Hospital possui ascensor para uso dos bombeiros em caso de incêndio?*

Sim Não

12 - O Hospital possui Delegado de Segurança?*

Sim Não

13 - O Hospital possui Equipa de Segurança?*

Sim Não

13.1 - Qual o número de elementos que constitui a Equipa de Segurança?*

14 - O Hospital possui Registos de Segurança?*

Sim Não

14.1 - Os Registos de Segurança encontram-se atualizados?*

Sim Não

15 - O Hospital possui Plano de Prevenção?*

Sim Não

15.1 - O Plano de Prevenção encontra-se atualizado?*

Sim Não

16 - O Hospital possui Plano de Emergência Interno?*

Sim Não Em Execução

16.1 - O Plano de Emergência Interno encontra-se implementado?*

Sim Não Em Implementação

17 - O Hospital possui Plantas de Emergências?*

Sim Não

17.1 - As Plantas de Emergência encontra-se afixadas nos locais previstos?*

Sim Não Algumas

18 - O Hospital possui Instruções de Segurança?*

Sim Não

18.1 - As Instruções de Segurança encontram-se afixadas nos locais previstos?*

Sim Não Algumas

19 - O Hospital tem constituída(s) brigada(s) de 1ª intervenção?*

Sim Não

20 - Os Trabalhadores do Hospital têm formação prática no manuseamento dos meios de combate a incêndios?*

Não Alguns Todos

21- São realizados simulacros nos prazos previstos da legislação?*

Sim Não

22 - Foram estabelecidos contactos e definidos procedimentos para acionar a intervenção da corporação de bombeiros ou de emergência?*

Sim Não

23 - Foram estabelecidos contactos e definidos procedimentos para acionar a intervenção das autoridades da proteção civil local?*

Sim Não

24 - Foram estabelecidos contactos e definidos procedimentos para acionar a intervenção das autoridades policiais?*

Sim Não

25 - Foram estabelecidos contactos e definidos procedimentos para acionar a intervenção das estruturas de saúde locais?*

Sim Não

26 - Os contactos com os meios externos (bombeiros, proteção civil, autoridades policiais e estruturas de saúde) estão afixados em local visível?*

Sim Não

Acessibilidade

1 - O Hospital possui lugares de estacionamento, em número suficiente, reservados a automóveis de pessoas com mobilidade condicionada?*

Sim Não Alguns

2 - Nos acessos pedonais ao Hospital o pavimento é irregular, com buracos ou pedras e gravilhas soltas? *

Sim Não

3 - O Hospital possui escadaria ou degraus à entrada?*

Sim Não

3.1 - Em caso afirmativo possui rampa de acesso e corrimões?*

Sim Não Não Aplicável

4 - O Hospital possui um sistema de orientação no pavimento ao longo de todos os percursos interiores? *

Sim Não Alguns

5 - O Hospital possui informação tátil e acústica adequada para pessoas cegas ou surdas?*

Sim Não

6 - O Hospital possui sistemas de senhas com ecrãs para anunciar o número de espera?*

Sim Não

6.1 - Em caso afirmativo o sinal que é emitido ao mudar de número de espera é um sinal sonoro?*

Sim Não Não Aplicável

7 - O Hospital está adaptado de modo a permitir o acesso de pessoas com mobilidade condicionada?*

Sim Não

8 - Uma pessoa utilizadora de cadeira de rodas poderia entrar no Hospital e deslocar-se sem ajuda?*

Sim Não

9 - O Hospital dispõe de pessoas capacitadas para atender os utentes com mobilidade condicionada?*

Sim Não

9.1 - O Hospital possui pessoas com conhecimentos de linguagem gestual?*

Sim Não

10 - O Hospital possui instalações sanitárias adequadas para pessoas com mobilidade condicionada?*

Sim Não

11 - O Hospital possui cartazes, folhetos informativos e brochuras em braille? *

Sim Não

Radiações

1 - Existe um programa de proteção e segurança contra radiações ionizantes aprovado pela Direção Geral dos Cuidados de Saúde Primários?*

Sim Não

2 - É efetuada a dosimetria da exposição individual?*

Sim Não

3 - Os trabalhadores têm acesso aos resultados da dosimetria individual?*

Sim Não

4 - Existem menores, grávidas, ou mulheres em período de lactação a desenvolver atividades que a possam tornar uma pessoa exposta?*

Sim Não

5 - São tomadas todas as medidas necessárias para que as doses recebidas pelos trabalhadores sejam tão baixas quanto possível e sempre inferiores aos limites estabelecidos?*

Sim Não

5.1 - Quais as medidas de proteção e segurança que foram adotadas contra a exposição às radiações?*

- Aumentar a distância do trabalhador à fonte de radiação
- Reduzir o tempo de exposição às radiações
- Uso de barreiras de proteção entre o trabalhador e a fonte de radiação
- Outra:

6 - Os trabalhadores estão instruídos relativamente às medidas normais e de emergência no domínio da proteção e segurança contra as radiações ionizantes?*

Sim Não

7 - Os locais de trabalho onde são utilizadas radiações estão devidamente sinalizados?*

Sim Não

8 - Os locais de trabalho onde existe exposição a radiações estão assinalados com a luz vermelha?*

Sim Não

9 - Os trabalhadores usam o equipamento de proteção individual adequado ao risco específico existente?*

Sim Não

9.1 - Quais os equipamentos de proteção individual mais utilizados?*

- Protetor de gonadas
- Protetor da tiroide
- Luvas cirúrgicas específicas
- Avental de chumbo
- Óculos de Chumbo
- Outra:

10 - Os tempos de exposição são limitados?*

- Sim Não

11 - É assegurado um especial controlo médico aos trabalhadores que desenvolvam a sua atividade habitualmente em locais de trabalho com exposição à radiações?*

- Sim Não

Agentes Biológicos

1 - Existem zonas de trabalho diferenciadas para a manipulação dos diferentes agentes biológicos existentes?*

- Sim Não

2 - Os procedimentos de trabalho evitam ou minimizam a libertação de agentes biológicos nos locais de trabalho?*

- Sim Não

3 - São adotadas medidas de forma a evitar que os trabalhadores sofram acidentes de trabalho por agentes biológicos (lesões na pele (cortes, picadas etc)?)*

- Sim Não

4 - Existe algum programa de gestão de todos os resíduos produzidos no local de trabalho? *

- Sim Não Em Implementação

4.1 - Caso exista o programa é cumprido?*

- Sim Não Não Aplicável

5 - Existe algum programa relativo à limpeza, desinfeção e desinfestação dos locais de trabalho?*

Sim Não

5.1 - Caso exista programa o mesmo é cumprido?*

Sim Não Não Aplicável

6 - São administradas vacinas específicas aos trabalhadores expostos a agentes biológicos?*

Sim Não

7 - Todos os trabalhadores expostos possuem equipamentos de proteção individual necessários às tarefas que impliquem a exposição a agentes biológicos?*

Sim Não

8 - Todos os trabalhadores expostos usam os equipamentos de proteção individual que lhes foi fornecido? *

Sim Não

9 - Todos os trabalhadores conhecem o grau de perigosidade dos agentes biológicos? *

Sim Não

10 - Todos os trabalhadores recebem formação adequada sobre os riscos a que estão expostos?*

Sim Não

11 - Existem instalações sanitárias (duches, lavatórios, vestuários) e locais de descanso (refeitório) suficientes?*

Sim Não

12 - Existe algum plano de ação em caso de acidentes que envolvam agentes biológicos?*

Sim Não

13 - Qual o número de acidentes de trabalho com agentes biológicos no ano transato (2011)?*

Sim Não

14 - Quais os agentes biológicos que causaram mais acidentes de trabalho no ano transato (2011)?*

Bactérias e afins

Vírus

- Parasitas
- Fungos

15 - Quais as vias de transmissão, de agentes biológicos, que mais causaram acidentes de trabalho no ano transato (2011)?*

- Oral
- Via respiratória
- Por Contacto
- Por Via Sanguínea

16 - Quais as causas dos acidentes de trabalho com agentes biológicos no ano transato (2011)?*

- Manipulação de dispositivos cortantes e/ou perfurantes
- Manuseamento dos resíduos
- Eliminação de dispositivos cortantes e/ou perfurantes
- Recapsular agulhas
- Salpicos durante a prestação de cuidados aos doentes
- Outra:

17 - Quais as áreas do corpo mais atingidas nos acidentes de trabalho com agentes biológicos no ano transato (2011)?*

- Dedos das mãos
- Membros superiores (exceto dedos)
- Tronco ou abdómen
- Membros inferiores
- Olhos
- Boca
- Nariz
- Outra área corporal

18 - Quais os grupos profissionais mais expostos a acidentes de trabalho com agentes biológicos?*

- Dirigente
- Médico
- Enfermeiro
- Informática
- Docente
- Téc.Diag.Terap.
- Téc. Sup. Saúde
- Téc. Superior
- Téc. e Téc. Prof.
- Administrativo
- Auxiliar
- Serviços Gerais
- Operário
- Outra:

19 - Existe alguma doença profissional caracterizada no âmbito da exposição a agentes biológicos?*

Trabalho por Turnos

1 – O trabalho realizado contempla a realização de turnos?*

- Sim Não

2 - O calendário de turnos é planeado e comunicado aos trabalhadores com antecedência?*

- Sim Não

3 – São realizados exames médicos aos trabalhadores antes da sua incorporação no sistema de trabalho por turnos? Esses exames são realizados periodicamente?*

- Sim Não

4 – O trabalho implica a realização de turnos noturnos?*

Sim Não

5 – O ciclo do sono / vigília é respeitado?*

Sim Não

6 – A duração do turno da noite é inferior a duas semanas?*

Sim Não

7 – A carga de trabalho, a que os trabalhadores estão sujeitos, é inferior no turno da noite?*

Sim Não

8 – O trabalho por turnos é evitado em trabalhadores que apresentem problemas de saúde relacionados com os mesmos? *

Sim Não

9 - O número de acidentes de trabalho é superior nos profissionais que realizam trabalho por turnos ou trabalho noturno?*

Sim Não

Informação e Formação dos Trabalhadores

1 - Número de ações de formação profissional realizadas?*

	Interna	Externa	Não Aplicável
Menos de 30 horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 30 a 59 horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 60 a 119 horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
120 horas ou mais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 - Quais as categorias profissionais envolvidas no plano de formação?*

- Dirigente
- Médico
- Enfermeiro

- Informática
- Docente
- Téc.Diag.Terap.
- Téc. Sup. Saúde
- Téc. Superior
- Téc. e Téc. Prof.
- Administrativo
- Auxiliar
- Serviços Gerais
- Operário
- Outra:

3 - É efetuado algum levantamento das necessidades de formação em matéria de Segurança e Saúde no Trabalho?*

- Sim Não

4 - Existe algum plano anual de formação dos trabalhadores em matéria de Segurança e Saúde no Trabalho?*

- Sim Não

4.1 - Caso exista plano de formação quais são os cursos que estão contemplados? *

Regulamentos

1 - Existe Manual de Boas Práticas em Matéria de Segurança e Saúde no Trabalho?*

- Sim Não

2 - Existe Manual de Biosegurança?*

Sim Não

3 - Existe algum Manual de Acolhimento/Integração dos profissionais?*

Sim Não

3.1 - Esse manual refere aspetos relacionados com Segurança e Saúde no Trabalho?*

Sim Não Não Aplicável

4 - Existe uma carta de riscos?*

Sim Não

5 - Existem instruções de segurança para cada tarefa ou posto de trabalho?*

Sim Não Apenas Algumas

6 - Existem procedimentos de Segurança e Saúde no Trabalho para entidades subcontratadas?*

Sim Não

7 - No caderno de encargos são englobadas as questões de Segurança e Saúde no Trabalho? *

Sim Não

ANEXO II – RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados, comentados e tratados graficamente os dados extraídos dos questionários recebidos dos Hospitais, organizados pela ordem dos capítulos que englobam o questionário.

Recursos Humanos

O número total de trabalhadores dos Hospitais em estudo é de 11302, predominando o sexo feminino, com 7986 trabalhadoras, contra 3316 trabalhadores do sexo masculino – Tabela 5.

		Número Total de Trabalhadores	Número de Trabalhadores do Sexo Feminino	Número de Trabalhadores do Sexo Masculino
N	Valid	10	10	10
	Missing	0	0	0
Sum		11302	7986	3316

Tabela 5 – Número Total de Trabalhadores dos Hospitais.

1. Organização dos Serviços de Segurança e Saúde no Trabalho

O primeiro ponto do estudo foca a forma como os Hospitais organizam e gerem os seus Serviços de Segurança e Saúde no Trabalho e incide no tratamento estatístico executado sobre o universo hospitalar contextualizado nesta temática.

Relativamente à questão da organização dos Serviços de Segurança, todos os Hospitais em estudo responderam que possuem os serviços de segurança organizados.

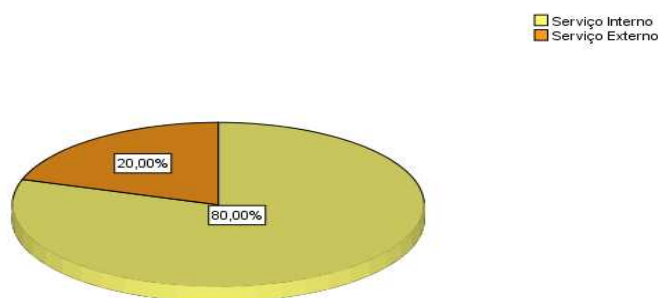


Figura 3 – Modalidade de Serviços de Segurança.

A Figura 3 mostra a distribuição percentual dos Hospitais de acordo com a modalidade de Serviços de Segurança adotada. Verifica-se, então, que aproximadamente 80% dos Hospitais que participaram

no estudo selecionam a modalidade de Serviços Internos para organizar os seus Serviços de Segurança, contra 20% que optaram pela modalidade de Serviços Externos.

Os Hospitais que optaram pela modalidade de Serviços Externos recorrem às competências de Empresas Prestadoras de Serviços de SST autorizadas para o exercício desta atividade e celebraram um contrato com a empresa.

Relativamente à questão da organização dos Serviços de Saúde, todos os Hospitais em estudo responderam que possuem os serviços de saúde organizados.

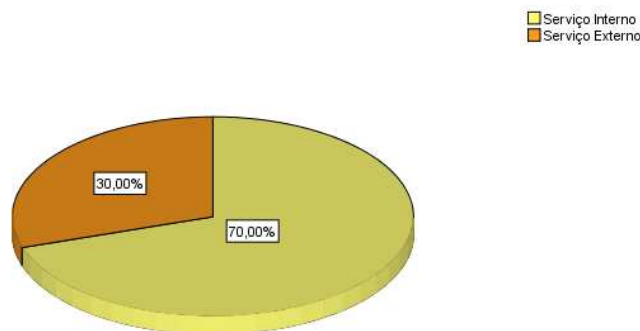


Figura 4- Modalidade de Serviços de Saúde.

A Figura 4 mostra a distribuição percentual dos Hospitais de acordo com a modalidade de Serviços de Saúde adotado, a modalidade de Serviços Internos apresenta-se aqui como a opção dominante, sendo a escolhida por 70% dos Hospitais, face à opção de 30% pelo Serviço Externo.

Quando inquiridos se a empresa que presta os Serviços de Saúde está autorizada para a prática da atividade, os Hospitais respondem afirmativamente. E todos os Hospitais celebraram um contrato com a Empresa Prestadora de Serviços de SST.

No que se refere à realização de “Exames de Saúde” os Hospitais realizam os exames referidos.

Quando questionados sobre a existência de Fichas de Aptidão atualizadas de todos os trabalhadores, a maioria (90%) dos Hospitais respondeu afirmativamente, face a 10% de respostas negativas, conforme mostra a Figura 5.

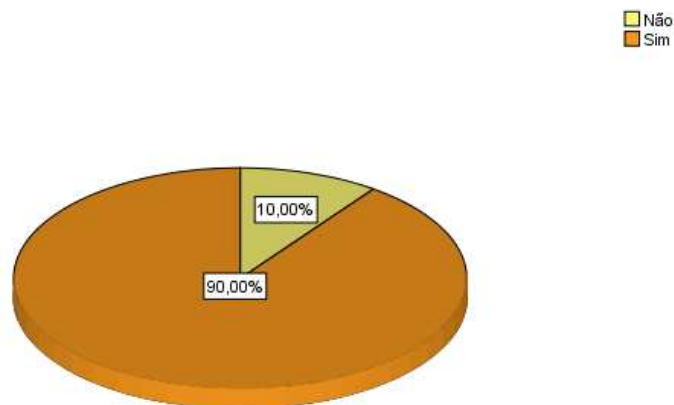


Figura 5 – Fichas de Aptidão dos trabalhadores.

No que concerne à questão de possuírem médicos de trabalho licenciados em Medicina com especialidade em Medicina do Trabalho reconhecida pela Ordem dos Médicos, responderam de forma positiva.

A Figura 6 mostra o número de Médicos de Trabalho existentes por Hospital para assegurar a vigilância da saúde dos trabalhadores: 70% possuem 1 médico de trabalho e 30% possuem 2 médicos de trabalho.

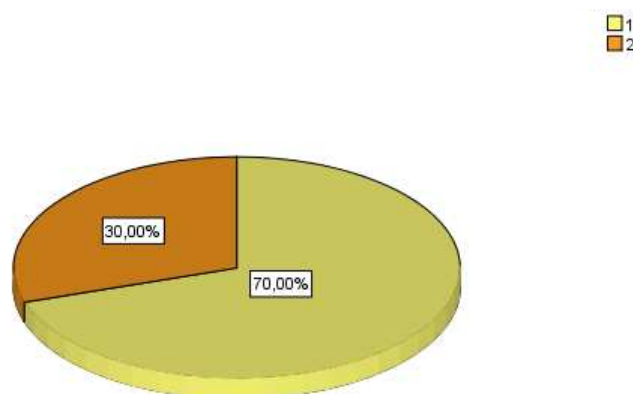


Figura 6 - Número de Médicos de Trabalho existente por Hospital.

Os Hospitais, quando confrontados com a questão de o médico de trabalho assegurar mais de 150 horas de atividade por mês, conforme a Figura 7, 70% mencionaram que não enquanto 30% dos Hospitais responderam afirmativamente.

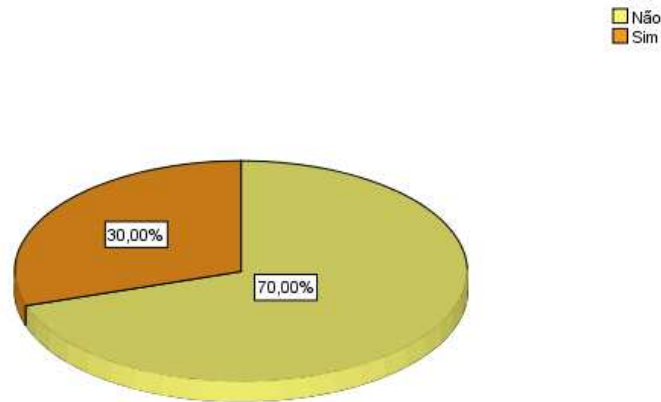


Figura 7 - O médico do trabalho assegura mais de 150 horas de atividade por mês.

Quando questionados se possuem Enfermeiro de Trabalho 70% dos Hospitais responderam afirmativamente contra 30% dos Hospitais que responderam negativamente conforme demonstra a Figura 8.

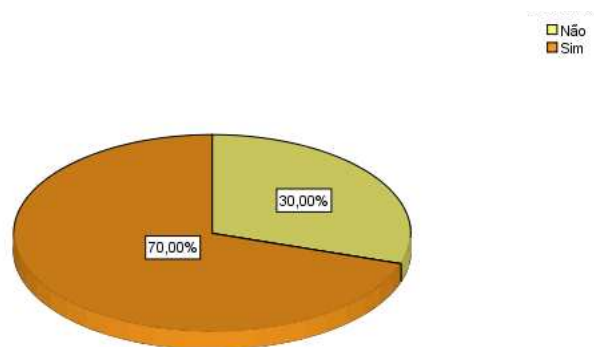


Figura 8 – Hospitais com o Enfermeiro de Trabalho.

No que diz respeito ao número de Técnicos Superiores de Segurança e Higiene no Trabalho, 80% dos Hospitais possuem 1 Técnico Superior de Segurança e Higiene no Trabalho, enquanto 20% dos Hospitais possuem 2 Técnicos Superiores de Segurança e Higiene no Trabalho - Figura 9.

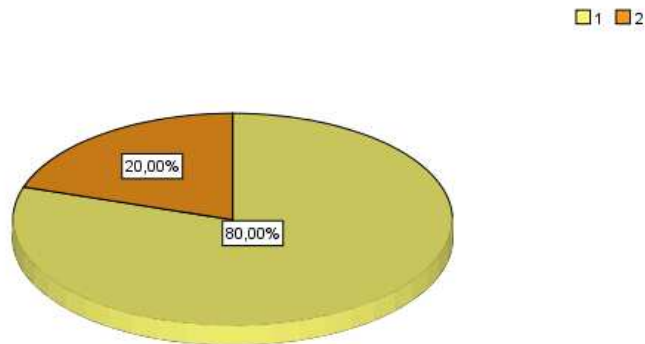


Figura 9 – Número de Técnicos Superiores de Segurança e Higiene no Trabalho.

A Figura 10 mostra o número de Técnicos de Segurança e Higiene no Trabalho que existem nos Hospitais estudados, 60% dos Hospitais inquiridos não possuem nenhum Técnico de Segurança e Higiene no Trabalho, 30% possuem 1 e 10% possuem 2 Técnicos de Segurança e Higiene no Trabalho.

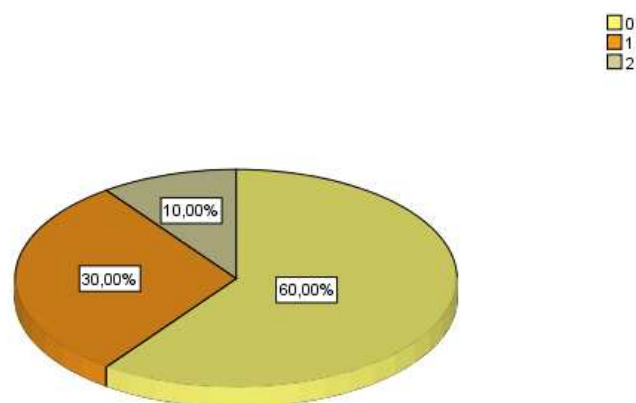


Figura 10 – Número de Técnicos de Segurança e Higiene no Trabalho.

De registar, que todos os Hospitais envolvidos no presente estudo comunicam à Autoridade para as Condições do Trabalho (ACT), a modalidade escolhida para a organização dos seus Serviços de Segurança e Saúde no Trabalho e enviam o «Relatório de Atividades dos Serviços de SST» à ACT com periodicidade anual

2. Sinistralidade

Esta área temática ambiciona dar-nos uma imagem atual da situação dos Hospitais participantes, no que respeita à variável Sinistralidade, tendo em foco a contabilização e levantamento estatístico dos “Acidentes de Trabalho” e o cálculo dos “Índices de Sinistralidade”.

Consequentemente no que diz respeito ao registo dos “Acidentes de Trabalho” constata-se que a totalidade dos Hospitais intervenientes procedem a esse registo.

A Tabela 6 evidencia o número de acidentes de trabalho ocorridos no ano de 2011 nos Hospitais em estudo que foi de 821 acidentes causando 487 acidentes com baixa e 334 acidentes sem baixa que totalizaram 7328 dias de trabalho perdidos no ano em causa.

Já no que diz respeito ao número de acidentes de trabalho ocorridos em “In Itinere” no ano de 2011 nos Hospitais em estudo foi de 79 acidentes causando 52 acidentes com baixa e 27 acidentes sem baixa que totalizaram 1849 dias de trabalho perdidos no ano em causa – Tabela 7.

		Número de Acidentes de Trabalho ocorridos no ano transato (2011)	Total de Acidentes sem baixa	Total de Acidentes com baixa	Total de Acidentes Mortais	Número de dias perdidos
N	Valid	10	10	10	10	10
	Missing	0	0	0	0	0
Sum		821	487	334	0	7328

Tabela 6 – Número de Acidentes de Trabalho no ano de 2011.

		Número de Acidentes ocorridos "in itinere" no ano transacto (2011)	Total de Acidentes ocorridos "in itinere" com baixa	Total de Acidentes ocorridos "in itinere" sem baixa	Total de Acidentes ocorridos "in itinere" Mortais	Número de dias perdidos em Acidentes em "in itinere"
N	Valid	10	10	10	10	10
	Missing	0	0	0	0	0
Sum		79	52	27	0	1849

Tabela 7 – Número de Acidentes de Trabalho “In Itinere” no ano de 2011.

Relativamente ao cálculo, por parte dos Hospitais dos “Índices de Sinistralidade” destaca-se nas Figuras 11,12 e 13, que 80% deles procedem à sua determinação, enquanto os restantes 20% dos Hospitais não procedem àquele cálculo.

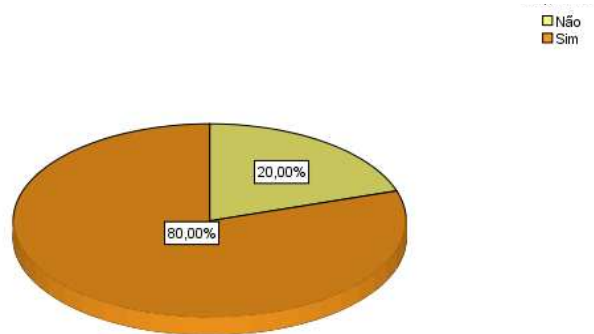


Figura 11 – Calculo dos índices de frequência.

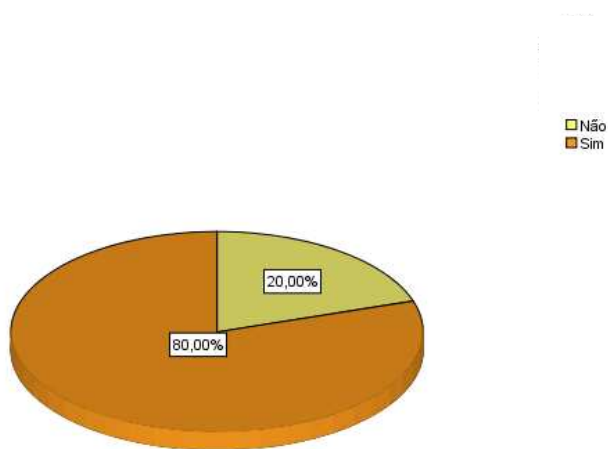


Figura 12 – Calculo dos índices de gravidade.

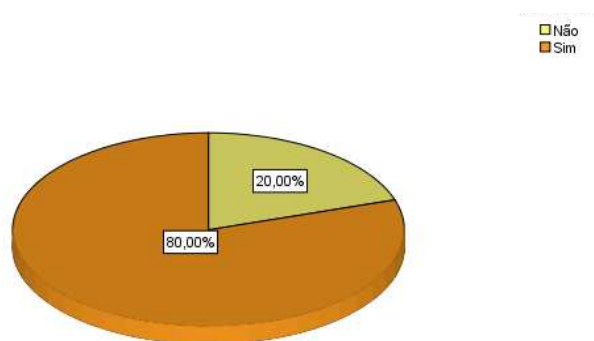


Figura 13 – Calculo dos índices de incidência.

Para além do cálculo dos «Índices de Sinistralidade», há toda uma série de diferentes levantamentos estatísticos e contabilizações que podem ser realizadas, por exemplo, o cálculo dos “Índices de Custo”, que representam os gastos associados aos acidentes de trabalho; análises às causas de acidente, elaboração de relatórios dos acidentes, etc.

Dos Hospitais que fazem tratamento estatístico dos acidentes de trabalho.

Registe-se, que este tipo de análise aos seus “Acidentes de Trabalho” é efetuado por todos os Hospitais participantes.

Já, os custos diretos subjacentes aos acidentes de trabalho são contabilizados em cinquenta por cento dos Hospitais participantes – Figura 14, enquanto que os custos indiretos são apenas contabilizados por vinte por cento dos mesmos Hospitais – Figura 15.

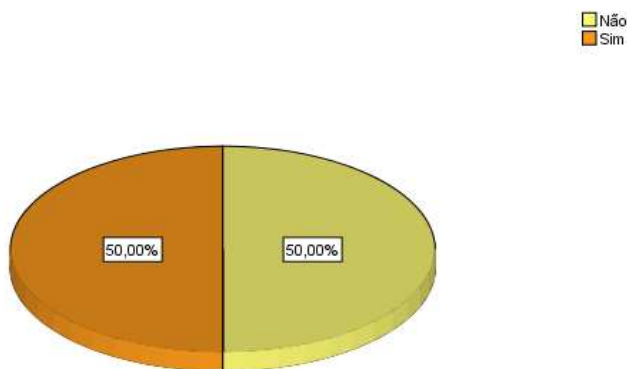


Figura 14- Contabilização dos custos diretos dos acidentes de trabalho.

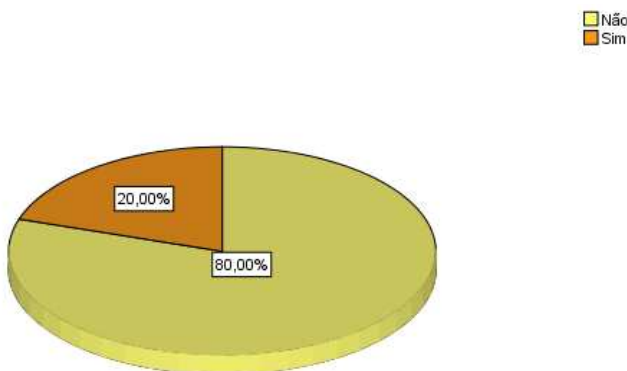


Figura 15 – Contabilização dos custos indiretos dos acidentes de trabalho.

A Figura 16 refere-se à análise e investigação das causas, que motivaram os acidentes de trabalho registados nos Hospitais aderentes.

Tendo em conta a Figura seguinte, verifica-se que em 90% dos Hospitais intervenientes neste estudo se efetua uma análise às causas que poderão ter motivado os acidentes de trabalho.

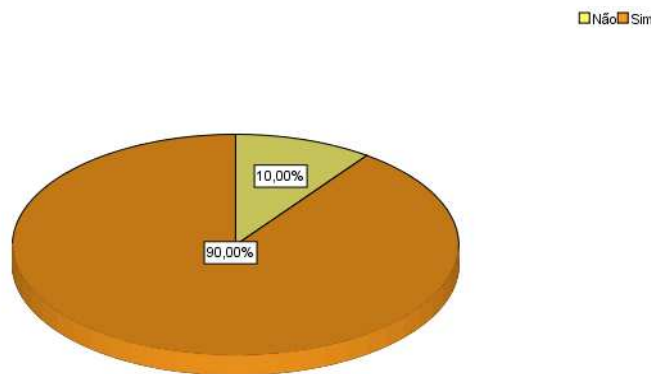


Figura 16 – Análise das causas dos acidentes de trabalho.

Os Hospitais quando questionados sobre qual a metodologia utilizada na análise dos acidentes de trabalho 60% respondeu que utiliza o Método de Árvore de Causas, 20% respondeu Outra Metodologia, tais como Diagrama de Espinha de Peixe e questionário específico baseado no método de análise de causas, 10% utiliza o Método WAIT e 10% dos Hospitais não utiliza nenhuma metodologia para análise de acidentes de trabalho conforme mostra a Figura 17.

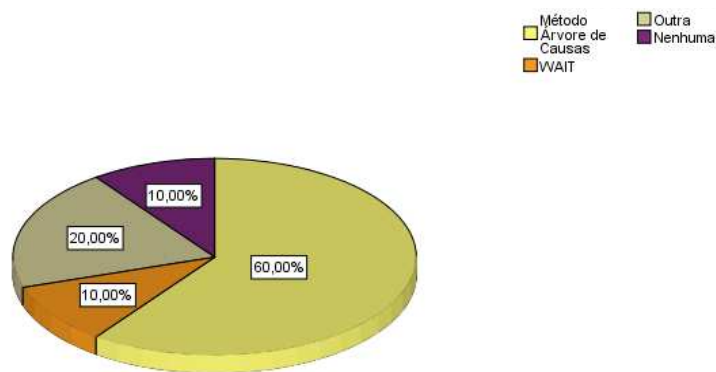


Figura 17 – Metodologia de análise de acidentes de trabalho utilizada.

Conforme a Figura 18, 90% dos Hospitais elabora relatórios dos acidentes de trabalho contra 10% que não realizam.

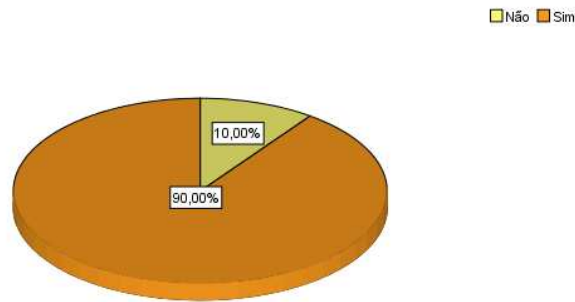


Figura 18 – Elaboração de relatórios dos acidentes de trabalho.

Os Hospitais quando questionados sobre qual o tipo de ocorrência mais frequente 60% respondeu Esforços Excessivos ou Movimentos Inadequados, 20% respondeu Picada de Agulhas e os outros 20% responderam Queda do Trabalhador conforme mostra a Figura 19.

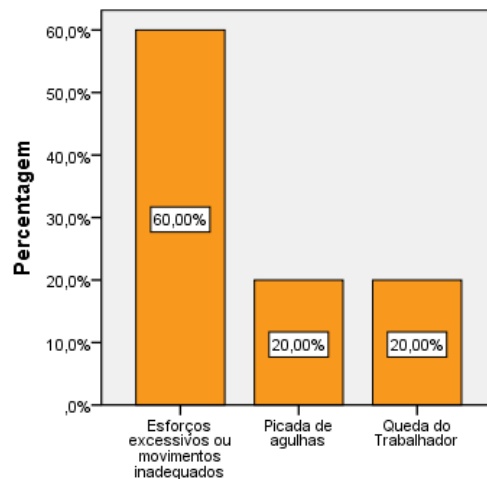


Figura 19 – Tipos de ocorrências mais frequentes.

Na Figura 20 as falhas humanas são as principais causas dos acidentes de trabalho nos Hospitais em estudo.

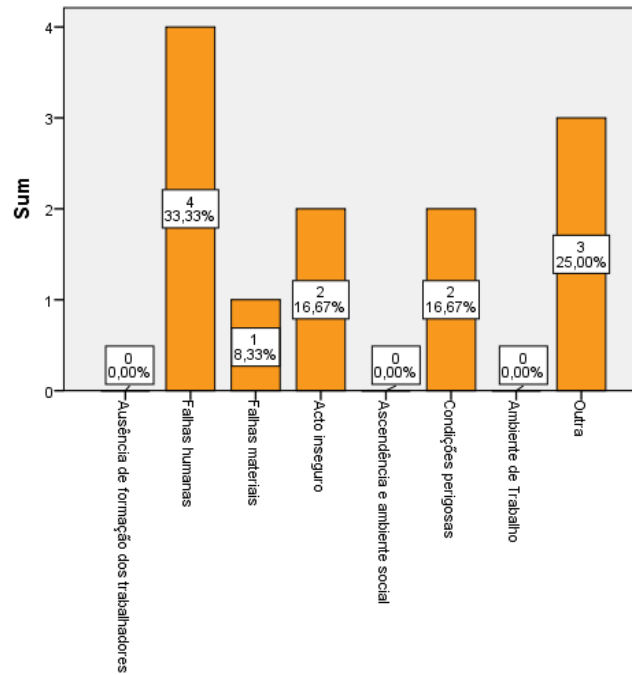


Figura 20 – Principais causas dos Acidentes de Trabalho.

3. Avaliação de Riscos

Na Figura seguinte se constata, que em 90% dos Hospitais já foi experimentado algum modelo de “Avaliação de Riscos”, por posto de trabalho.

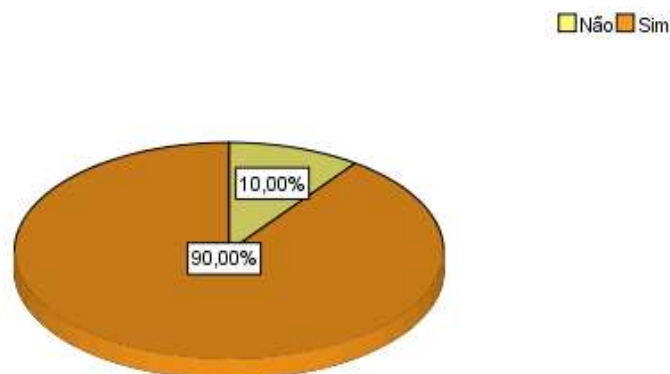


Figura 21 – Realização de Avaliação de Riscos nos Postos de Trabalho.

Na Figura 22 analisamos a metodologia de Avaliação de Risco utilizada nos Hospitais em estudo pode-se concluir que a maioria dos Hospitais 70% utiliza o Método de Avaliação Simplificado, 10% utiliza o Método de Árvore de Falhas, 10% Método W.T. Fine e 10% Outra Metodologia mais concretamente Método de Matriz Composta.

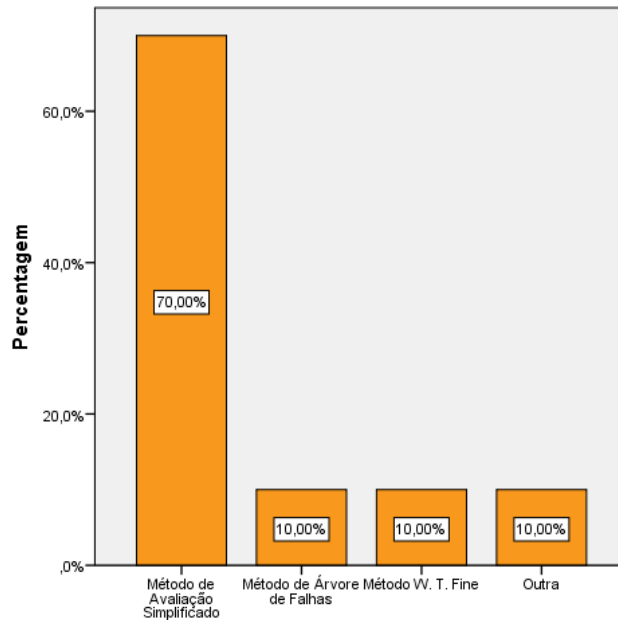


Figura 22 – Metodologia de Avaliação de Risco.

No que concerne aos principais riscos detetados nos Hospitais em estudo sobressaem as sobrecargas e sobreforços, as posturas de trabalho e quedas ao mesmo nível – Figura 23.

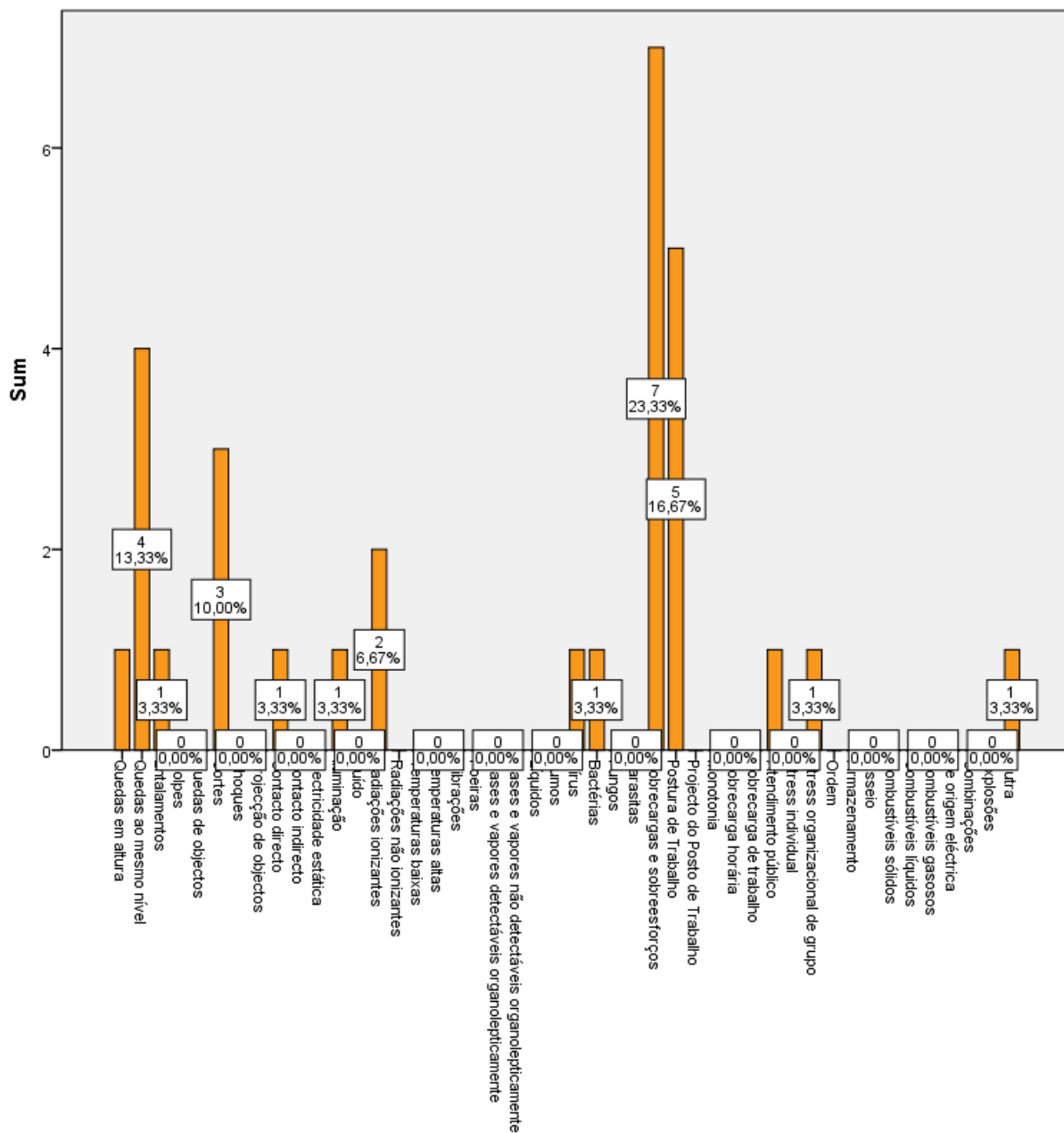


Figura 23 – Principais riscos.

Fixando-nos na Figura 24 conclui-se, que em 90% dos Hospitais inquiridos e que realizaram “Avaliação de Riscos” se registaram adicionalmente alterações ao nível dos postos de trabalho.

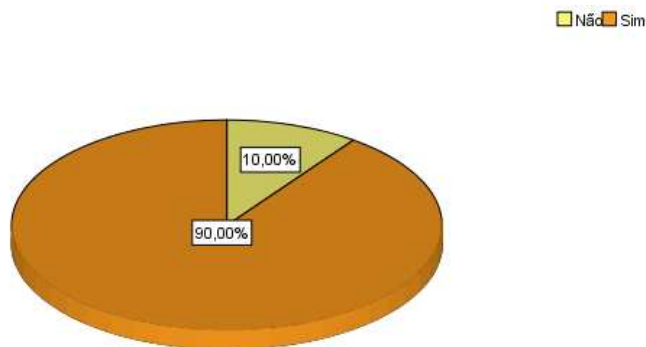


Figura 24 – Alterações nos postos de trabalho provocadas pela avaliação de riscos.

Conclui-se também que 90% dos Hospitais intervenientes, a tipologia dos “Riscos Psicossociais” foi contemplada, nesta análise – Figura 25.

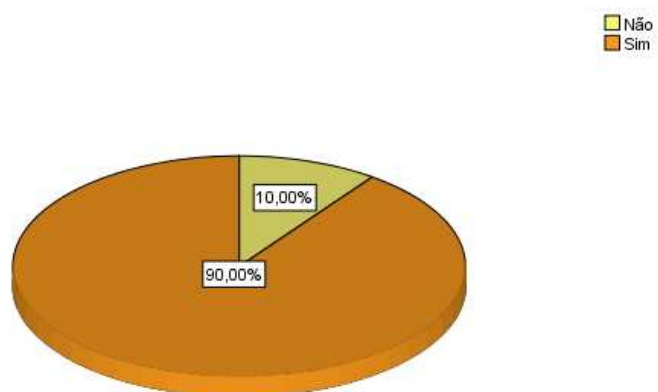


Figura 25 – Foram considerados os riscos psicossociais na avaliação de riscos.

Os Hospitais quando questionados se os trabalhadores ou os seus representantes foram consultados sobre a avaliação de riscos para a Segurança e Saúde no Trabalho 90% respondeu afirmativamente e 10% responderam que não – Figura 26.

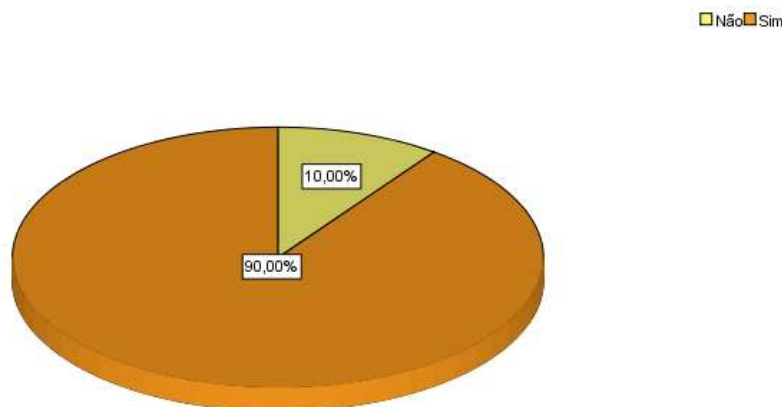


Figura 26 – Consulta aos trabalhadores sobre a avaliação de riscos.

Todos os Hospitais em estudo responderam que elaboraram instruções de segurança para os diferentes postos de trabalho.

4. Higiene Industrial e Ambiental

Este ponto do presente estudo setorial é especialmente dedicado às condições em que os trabalhadores exercem atividade nos diversos Hospitais, quer ao nível da luminosidade, do ruído, da temperatura, humidade, bem como do ar ambiente.

A Figura 27 é representativa da situação no Universo Hospitalar em termos do que foi feito para melhor se conhecer as condições de luminosidade nos diferentes locais e postos de trabalho.

Como se pode observar, 50% dos Hospitais já efetuaram uma avaliação dos níveis luminotécnicos em todos os locais e postos de trabalho hospitalar, enquanto que 30% daqueles realizaram apenas essa avaliação em alguns locais/postos de trabalho.

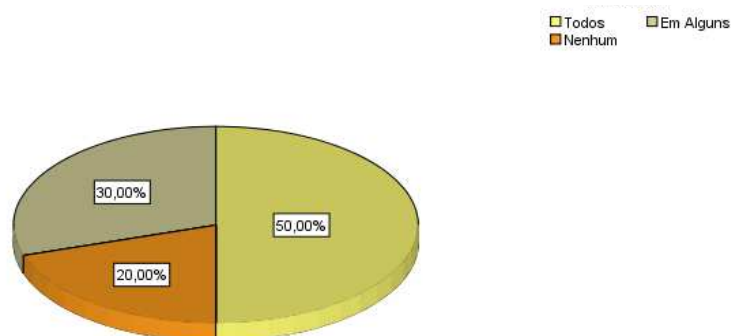


Figura 27 – Avaliação dos níveis luminotécnicos dos postos de trabalho.

Regista-se, no entanto, que 20% dos Hospitais, não procedeu ainda a uma qualquer avaliação deste tipo de grandezas físicas.

As Figura 28 e 29 são representativas da situação no Universo Hospitalar em termos do que foi feito para melhor se conhecer as condições de ruído, temperatura, humidade nos diferentes locais e postos de trabalho.

Como se pode observar, 20% dos Hospitais já efetuaram uma avaliação das variáveis em todos os locais e postos de trabalho hospitalar, enquanto que 50% daqueles realizaram apenas essa avaliação em alguns locais/postos de trabalho.

Regista-se, no entanto, que 30% dos Hospitais, não procedeu ainda a uma qualquer avaliação destes tipos de grandezas físicas.

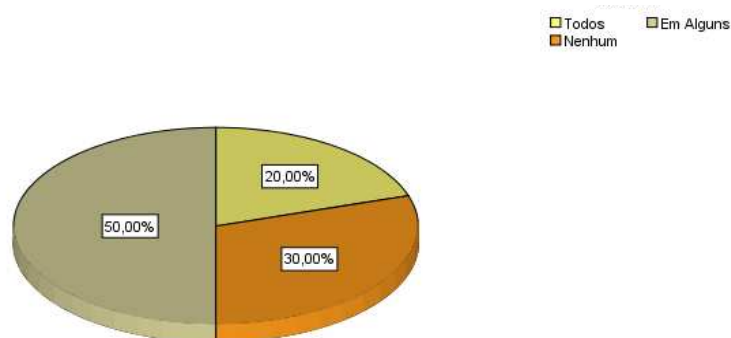


Figura 28 - Avaliação dos níveis de ruído nos postos de trabalho.

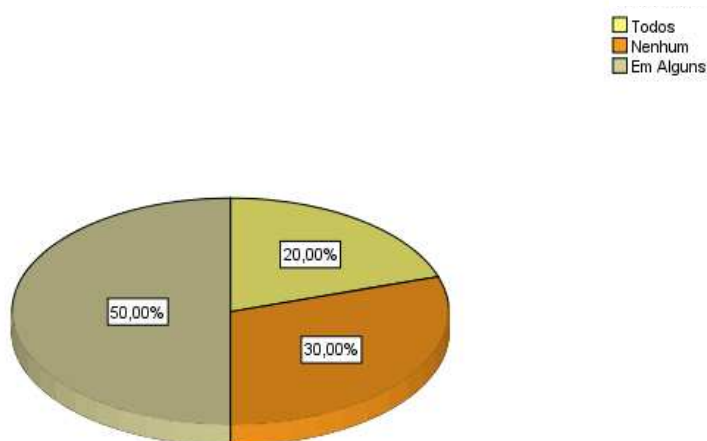


Figura 29 - Avaliação das condições de temperatura e humidade dos postos de trabalho.

A Figura 30 é representativa da situação no Universo Hospitalar em termos do que foi feito para melhor se conhecer as condições da qualidade do ar nos diferentes locais e postos de trabalho.

Como se pode observar, 30% dos Hospitais já efetuaram uma avaliação dos níveis da qualidade do ar em todos os locais e postos de trabalho hospitalar, enquanto que 50% daqueles realizaram apenas essa avaliação em alguns locais/postos de trabalho.

Regista-se, no entanto, que 20% dos Hospitais, não procedeu ainda a uma qualquer avaliação deste tipo de grandezas físicas.

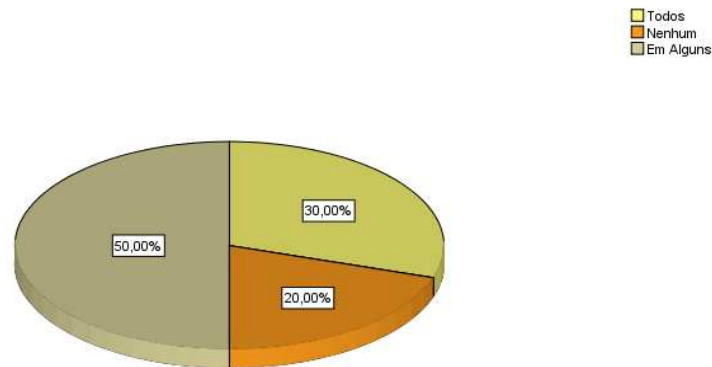


Figura 30 - Avaliação da qualidade do ar ambiente dos postos de trabalho.

No que diz respeito à monitorização dos agentes biológicos 90% dos Hospitais responderam que procederam à monitorização e 10% não efetuou essa monitorização – Figura 31.

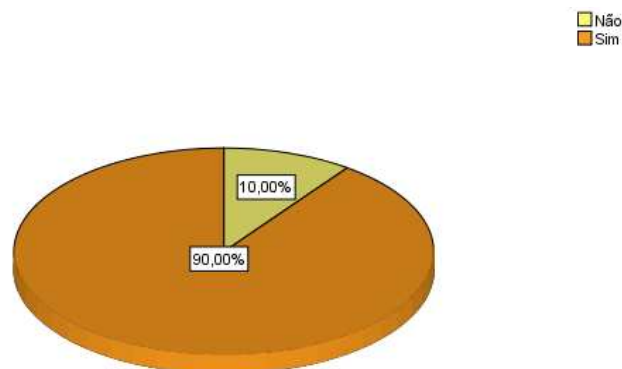


Figura 31 – Monitorização de agentes químicos.

Na Figura 32 verifica-se que os gases anestésicos e o formaldeído são os agentes químicos que são monitorizados nos Hospitais em estudo que procedem a monitorização de agentes químicos.

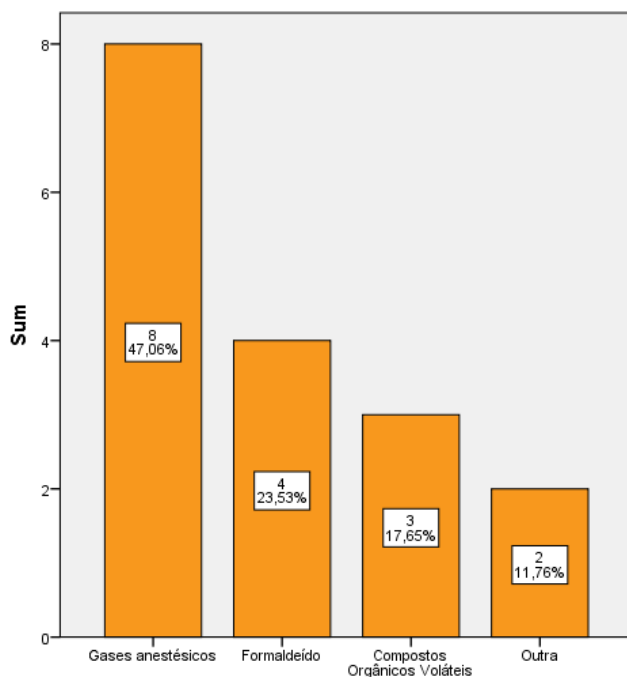


Figura 32 – Agentes químicos monitorizados.

5. Segurança no Trabalho

Torna-se pois evidente, na Figura 33, que a grande maioria dos Hospitais participantes procede à avaliação das condições de segurança de máquinas, equipamentos e ferramentas de trabalho, sendo de salientar, no entanto, que apenas 30% daqueles efetuam uma avaliação, que abrange a totalidade dos seus equipamentos de trabalho.

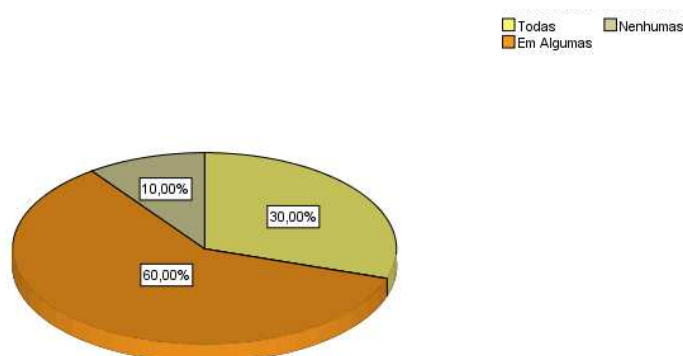


Figura 33 – Avaliação das máquinas e equipamentos e ferramentas de trabalho.

Os Hospitais, quando questionados sobre se aquelas máquinas, equipamentos e ferramentas de trabalho cumprem os requisitos da Diretiva Máquinas, bem como, a demais legislação referente a equipamentos de trabalho, 70% deles afirmaram que todos os seus equipamentos cumprem com estes

normativos, 30% confirmam que algumas das suas máquinas e equipamentos se encontram em conformidade.

Apesar de tudo, a maioria dos Hospitais participantes cumpre os requisitos subjacentes à Diretiva Máquinas – Figura 34.

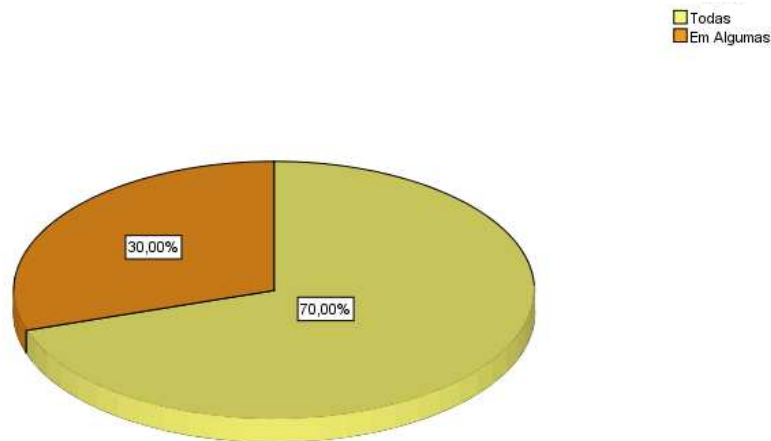


Figura 34 – Cumprimento da Diretiva Máquinas e Legislação de Equipamentos de Trabalho.

Destaca-se, também, que 80% dos Hospitais inquiridos têm uma lista de verificação ou procedimentos, que lhes permitem verificar de uma forma organizada as condições de segurança em que se encontram as máquinas, os equipamentos de trabalho e as ferramentas de trabalho – Figura 35.

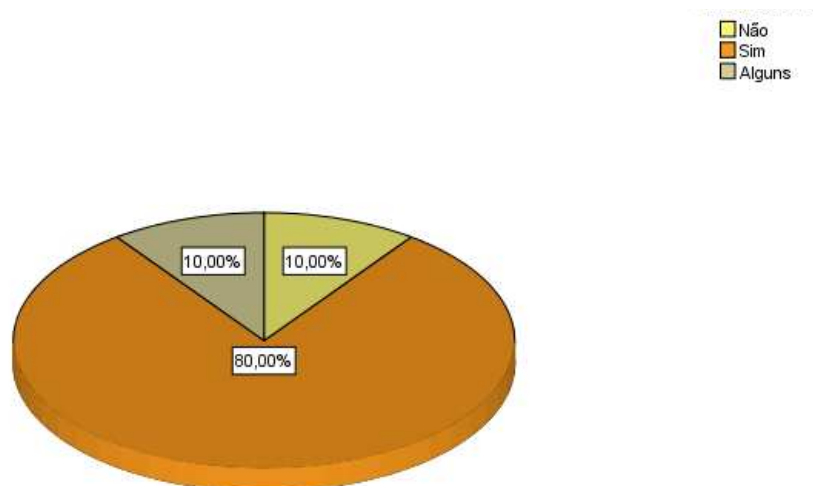


Figura 35 – Existência de procedimentos ou listas de verificação das máquinas e equipamentos de trabalho.

Registe-se então, a atitude dos Hospitais relativamente à periodicidade das avaliações efetuadas a máquinas, equipamento e ferramentas.

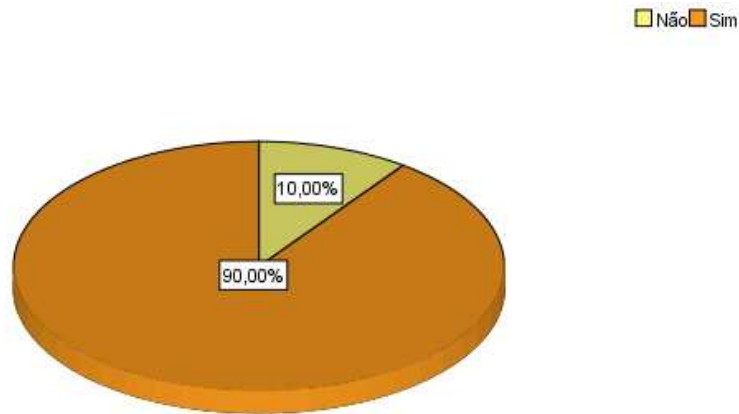


Figura 36 – Verificações de segurança periódicas as máquinas e equipamentos de trabalho.

Tendo em conta, os valores enunciados na Figura 36 verifica-se, que apenas 10% dos Hospitais aderentes não efetuam qualquer tipo de verificação periódica às suas máquinas, equipamentos e ferramentas.

Já, 90% dos Hospitais afirmam verificar periodicamente as condições de segurança da totalidade dos seus equipamentos.

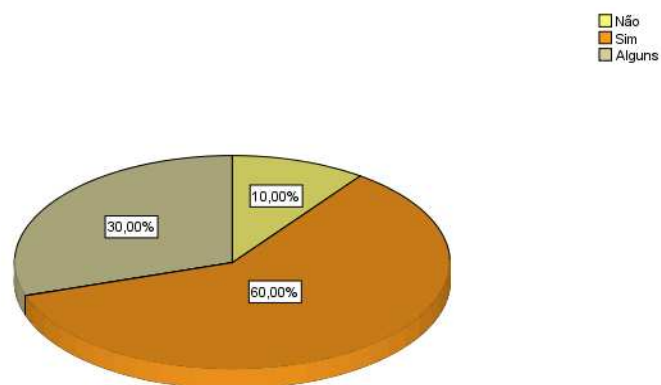


Figura 37 – Existência de registos das verificações efetuadas.

Por último, de salientar que 80% dos Hospitais registam as verificações que levam a cabo, mas apenas 60% deles o fazem em todas as circunstâncias – Figura 37.

6. Substâncias Perigosas

Na Figura seguinte apresenta-se a distribuição percentual dos Hospitais intervenientes neste estudo relativamente, ao uso ou não, de substâncias perigosas.

E, como se pode observar, 90% dos Hospitais utilizam este tipo de substâncias.

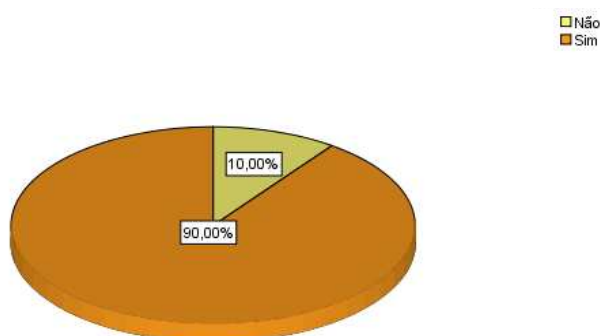


Figura 38 – Utilização de substâncias perigosas.

A realidade dos Hospitais no que concerne à existência de Fichas de Dados de Segurança (FDS) das substâncias perigosas utilizadas, é que todos os Hospitais mantêm FDS dos produtos.

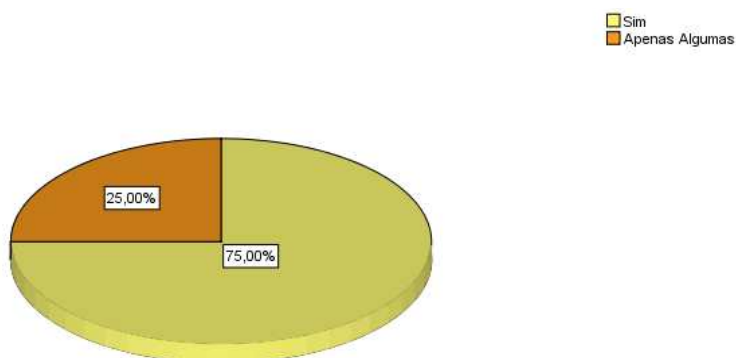


Figura 39 – Fichas de Dados de Segurança encontram-se afixadas.

Análise e interpretação idênticas são desenvolvidas em relação à Figura 39. Assim observa-se, que 75% dos Hospitais, afixa as “Fichas de Dados de Segurança – FDS” nos locais de armazenagem e/ou utilização de substâncias perigosas e os restantes 25% que utilizam substâncias perigosas e dispõem de “Fichas de Dados de Segurança – FDS” limitam-se a afixar algumas delas.

Já no que diz respeito à existência de locais específicos para a armazenagem de produtos químicos, 90% dos Hospitais afirmam ter estabelecido espaços específicos para o efeito – Figura 40.

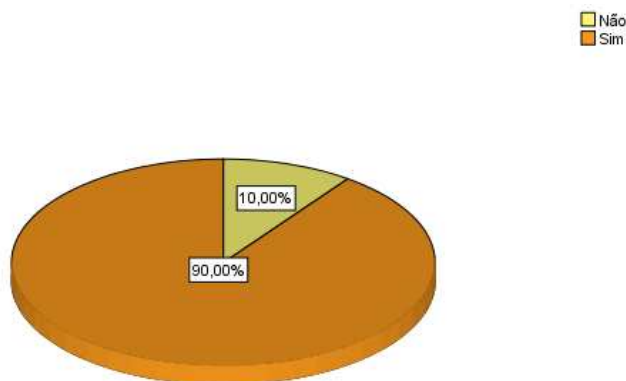


Figura 40 – Existência de locais de armazenagem de produtos químicos.

Na Figura 41 reflete a opinião dos diversos Hospitais, relativamente ao estado em que se encontram as áreas de armazenagem de produtos químicos. A maioria deles considera, que aquelas áreas estão em condições de adequadas de utilização.

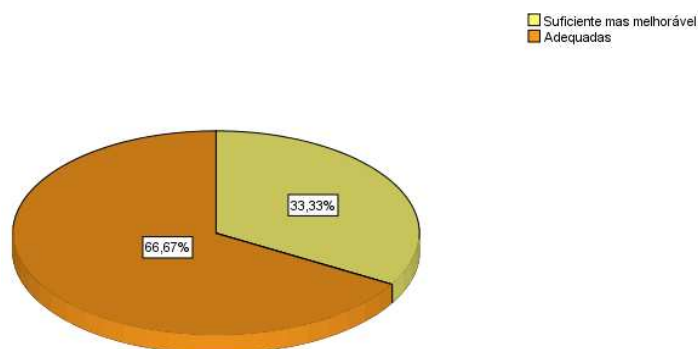


Figura 41 – Existência de condições de segurança nas áreas de armazenagem de produtos químicos.

Finalmente, quando inquiridos os Hospitais sobre se o armazenamento de produtos químicos líquidos está dotado de bacias de retenção adequadas, 40% deles confirmam que sim. Já 40% afirmam, tal ser verdade, mas somente em alguns casos.

Destaca-se, então, que 20% dos Hospitais participantes diz não estar dotado de bacias de retenção adequadas – Figura 42.

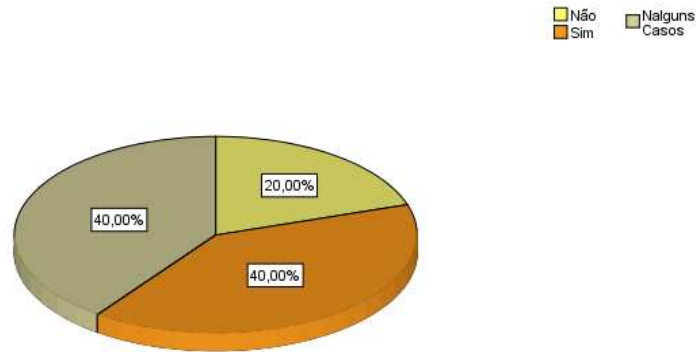


Figura 42 – Existência de bacias de retenção adequadas.

7. Riscos Elétricos

A Figura 43 apresenta-nos, o estado geral das instalações elétricas dos Hospitais participantes, enquanto que é de destacar, o cumprimento do Regulamento de Segurança de Instalações de Utilização de Energia Elétrica, por parte dos Hospitais em estudo.

Registe-se pois, que a totalidade dos Hospitais inquiridos, os postos de transformação encontram-se devidamente identificados e sinalizados e cumprem de segurança de subestações e postos de transformação e seccionamento.

O Regulamento de Segurança de Subestações e Postos de Transformação e Seccionamento é definido no Decreto 42895/60 de 31 de Março de 1960 e alterado pelos Decretos Regulamentares nº 14/77 de 18 de Fevereiro e nº 56/85 de 6 de Setembro.

Passamos de seguida às Figuras 44 e 45 e que contextualizam a presente situação em que os quadros elétricos dos Hospitais, se encontram.

Assim, cerca de 70% dos Hospitais aderentes consideram que os quadros elétricos se encontram em bom estado de conservação. Já, 30% deles afirmam que aqueles estão em razoável estado de conservação - Figura 44.

De igual forma, 80% dos Hospitais dizem que todos os quadros elétricos existentes se encontram bem sinalizados.

Já 20% admitem que estarão apenas alguns nestas condições - Figura 45.

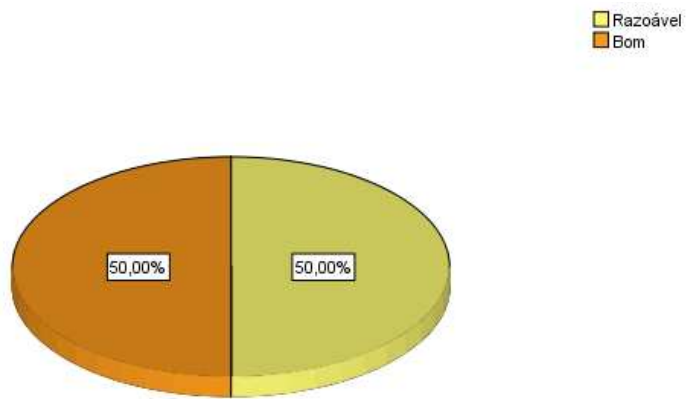


Figura 43 – Estado das instalações elétricas.

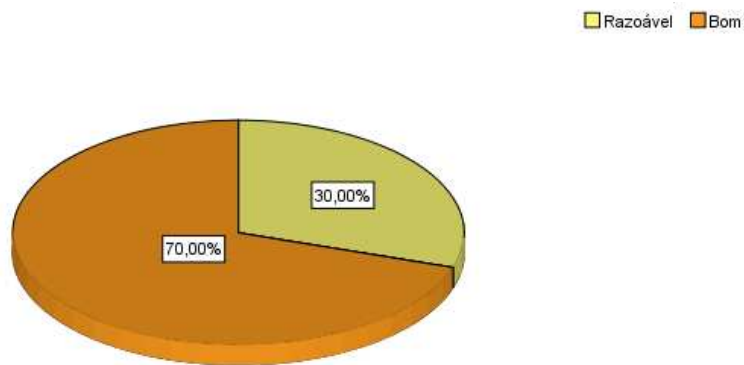


Figura 44 – Estado de conservação dos quadros elétricos.

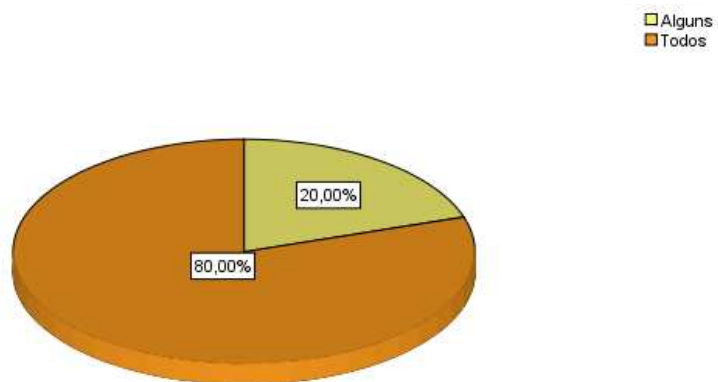


Figura 45 – Sinalização dos quadros elétricos.

Passamos agora à Figura 46 que ilustra a adequação e estado de conservação das tomadas elétricas.

Observando então as figuras conclui-se, que em 80% dos Hospitais as tomadas são em número suficiente e estão instaladas de modo a garantir o número e tipo de ligações necessárias e cumprem a legislação em matéria de conformidade.

De acordo com os dados obtidos, todos os Hospitais verificam regularmente o estado de conservação das tomadas elétricas e são efetuadas as devidas manutenções periódicas das instalações elétricas.

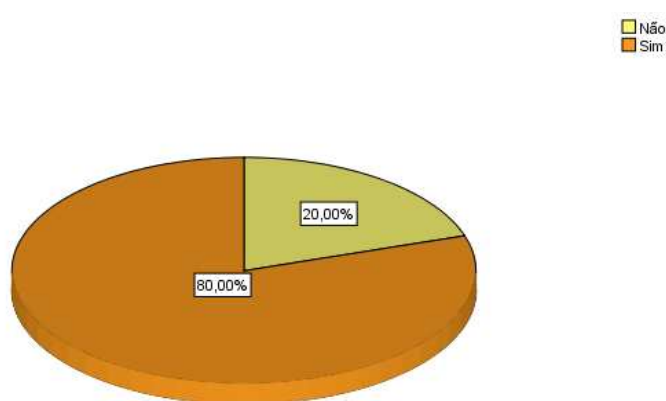


Figura 46 – Tomadas elétricas são em número suficiente nos postos de trabalho.

8. Ergonomia

A Figura 47 reflete a autoavaliação efetuada pelos Hospitais inquiridos relativamente à adoção de uma postura estática por tempo prolongado em pé.

Como se pode verificar, metade dos Hospitais consideram que executam tarefas que obrigam a uma postura estática por tempo prolongado em pé enquanto a outra metade dos Hospitais não adotam posturas estáticas por um tempo prolongado em pé.

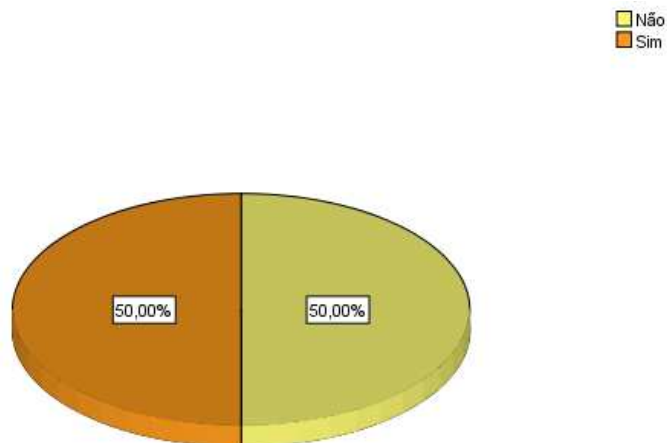


Figura 47 – Adoção de posturas estáticas por tempo prolongado em pé.

Regista-se, que 50% dos Hospitais consideram que pelo menos algumas das tarefas executadas obrigam recorrentemente à adoção de posturas incorretas por parte dos trabalhadores – Figura 48.

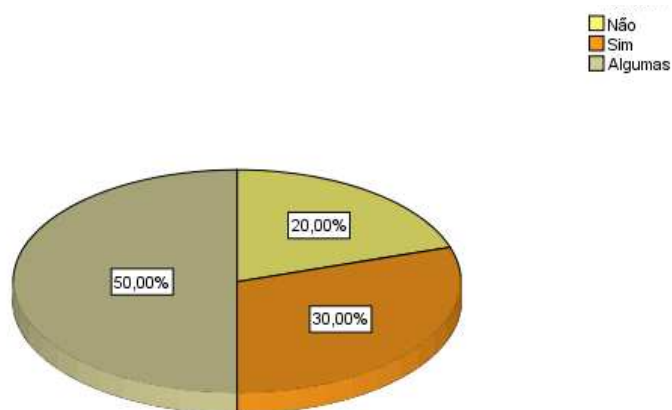


Figura 48 – Adoção de posturas incorretas na execução de tarefas.

Destaca-se, a circunstância, de ter sido efetuada uma avaliação dos requisitos de segurança em postos de trabalho com Equipamentos Dotados de Visor (EDV) em 70% dos Hospitais, levando em linha de conta os eventuais riscos que estes podem acarretar em termos de visão, bem como os diversos problemas físicos e de tensão mental que podem despoletar – Figura 49.

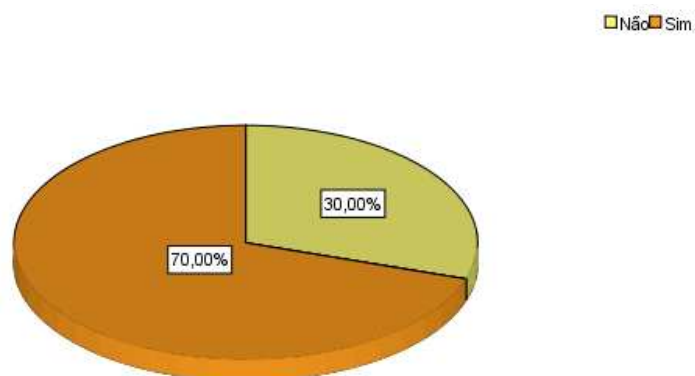


Figura 49 – Avaliação dos postos de trabalho com equipamentos dotados de visor.

No que diz respeito aos riscos associados à movimentação manual de cargas e de doentes estes estão identificados e avaliados em 80% dos Hospitais e 20% não faz a identificação e avaliação deste tipo de riscos – Figura 50.

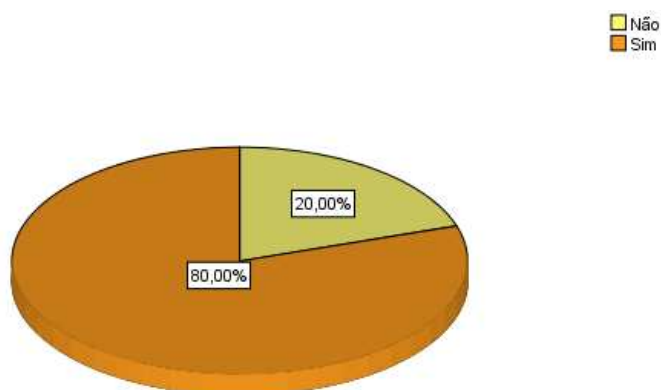


Figura 50 – Identificação e avaliação dos riscos da movimentação manual de cargas.

Quando questionados os Hospitais sobre se os trabalhadores que são afetados pelos riscos decorrentes da movimentação manual de cargas e doentes são informados estes afirmam dar essa informação aos trabalhadores envolvidos.

Em relação a formação dos trabalhadores afetados sobre como deve ser efetuada a movimentação manual de cargas e doentes 80% dos Hospitais os trabalhadores recebem a respetiva formação e 20% dos Hospitais não recebem esse tipo de formação – Figura 51.

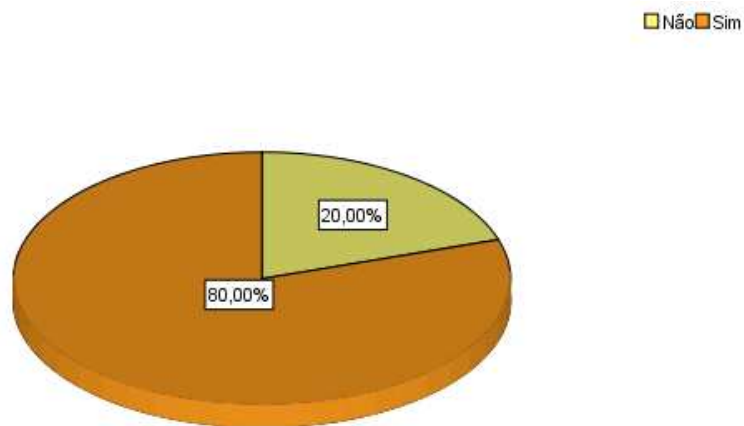


Figura 51 – Formação dos trabalhadores sobre movimentação manual de cargas e de doentes.

A Figura 52 mostra que 80% das respostas dadas pelos Hospitais sobre se tinham em consideração a diferença de altura entre a elevação e a disposição da carga, a distância a percorrer e a frequência da movimentação são positivas contra 20% de respostas negativas.

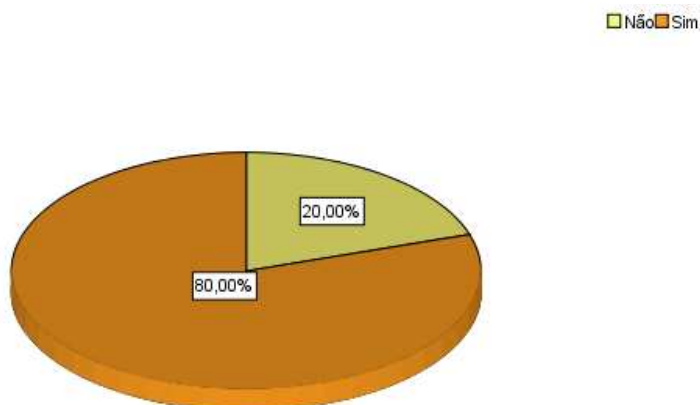


Figura 52 – Tem-se em consideração as características inerentes a movimentação manual de cargas.

Em relação a questão sobre adoção de medidas de organização do trabalho ou utilização de meios apropriados de modo a evitar a movimentação manual de cargas 80% dos Hospitais responderam que sim enquanto os restantes 20% responderam que não – Figura 53.

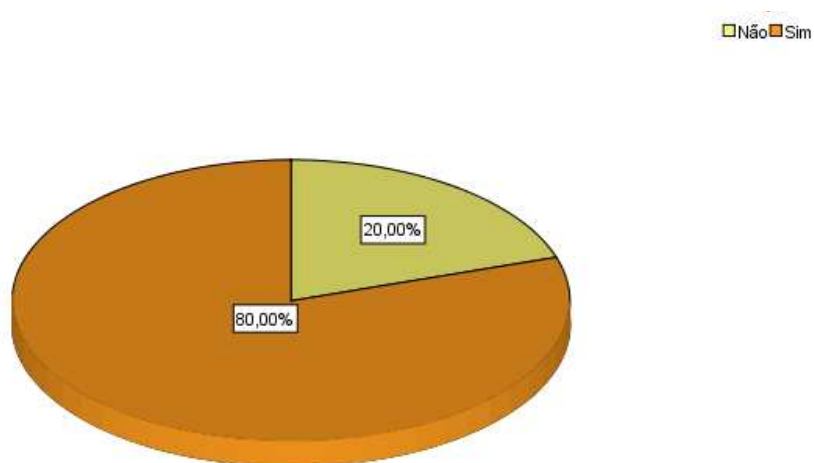


Figura 53 - É organizado o trabalho ou utilizam meios de meios apropriados de modo a evitar a movimentação manual de cargas.

Quanto à existência de equipamentos de auxílio à movimentação manual de cargas, 80% dos Hospitais inquiridos afirmam possuí-los e disponibilizá-los aos trabalhadores – Figura 54.

Em relação aos equipamentos utilizados com base nas repostas obtidas o mais utilizado é o carro de transporte de cargas, seguindo-se de elevadores e porta-paletes.

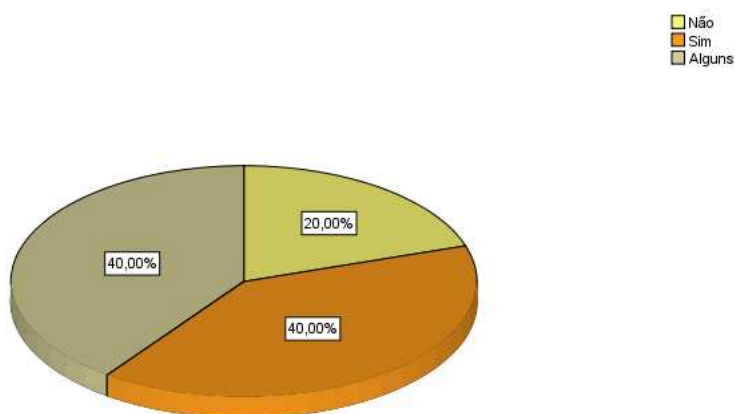


Figura 54 – Existência de equipamentos de apoio à movimentação manual de cargas.

A Figura 55 mostra que 70% dos Hospitais possuem dispositivos mecânicos para a movimentação de doentes enquanto 30% não possuem este tipo de dispositivos.

De acordo com as respostas obtidas nos Hospitais os tipos de dispositivos mecânicos mais utilizados para a movimentação de doentes são as gruas de movimentação de doentes, macas e camas reguláveis em altura, cadeiras de rodas e transfers.

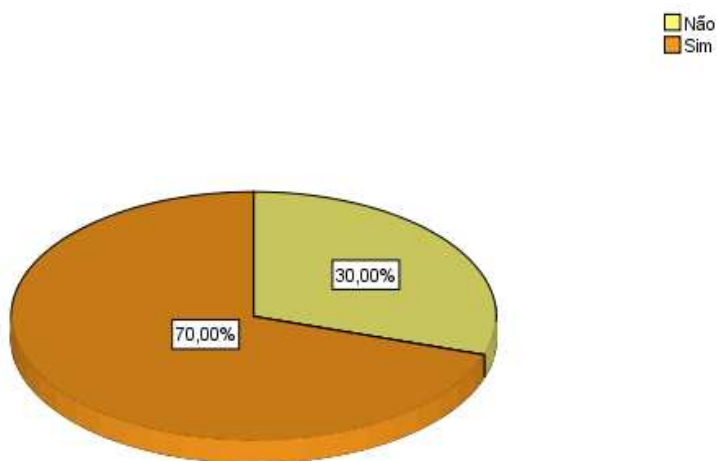


Figura 55 – Existência de dispositivos mecânicos para a movimentação de doentes.

Quanto ao método de mobilização de doentes mais utilizado os Hospitais em estudo responderam que 50% dos Hospitais utiliza o Método de transferência, utilizando pequenos meios auxiliares de mobilização de doentes (lençóis deslizantes, cintos ergonômicos, estribos rotativos e barra de trapézio) já 30% dos Hospitais responderam que utilizam o Método de transferência manual e 20% dos Hospitais responderam que utilizam o Método de transferência utilizando, grandes meios auxiliares de mobilização de doentes (elevadores) – Figura 56.

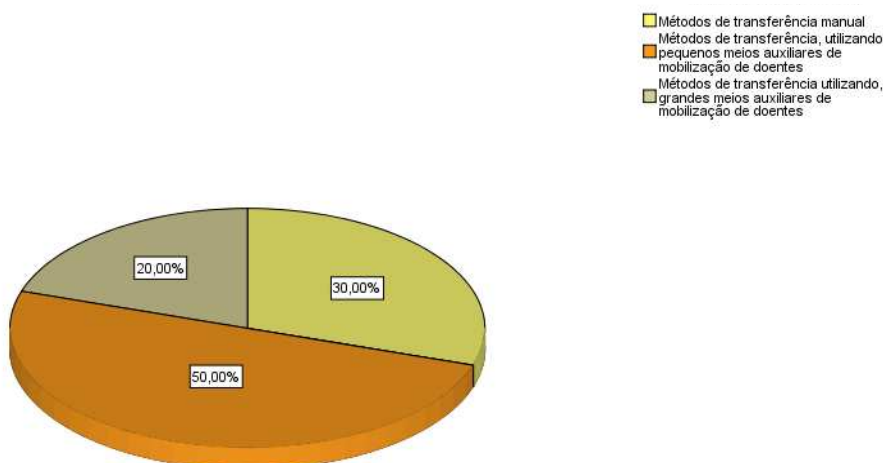


Figura 56 – Método de mobilização de doentes mais utilizado.

No que diz respeito as atividades que mais contribuíram para o desenvolvimento de lesões músculo-esqueléticas no ano de 2011 nos Hospitais em estudo foram a mobilização e posicionamento manual de doente seguida do transporte e movimentação manual de equipamentos e doentes – Figura 57.

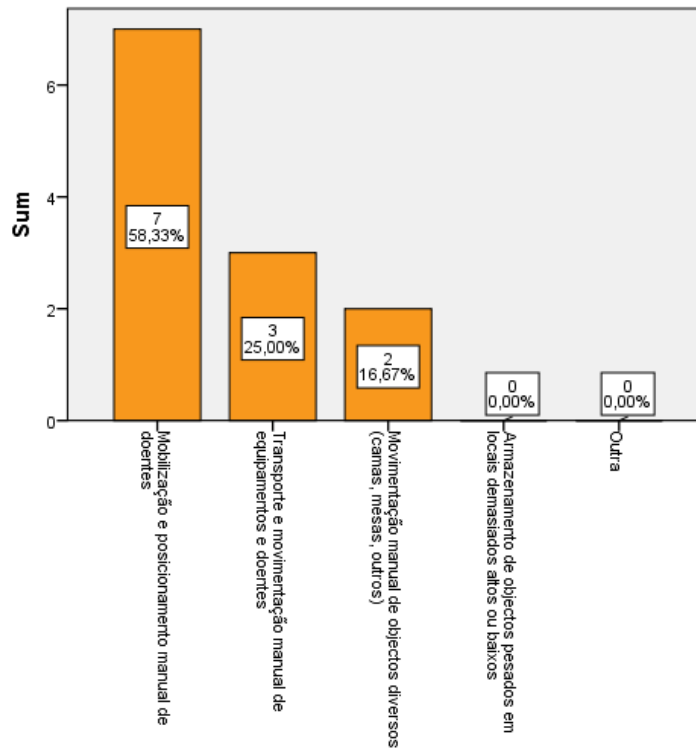


Figura 57 – Atividades que contribuíram para as lesões músculo-esqueléticas no ano de 2011.

Já no que diz respeito as posturas que mais contribuíram para o risco de desenvolvimento de lesões músculo-esqueléticas nos Hospitais em estudo no ano de 2011 foram o movimento de inclinação do corpo para a frente e o alcançar e sustentar peso – Figura 58.

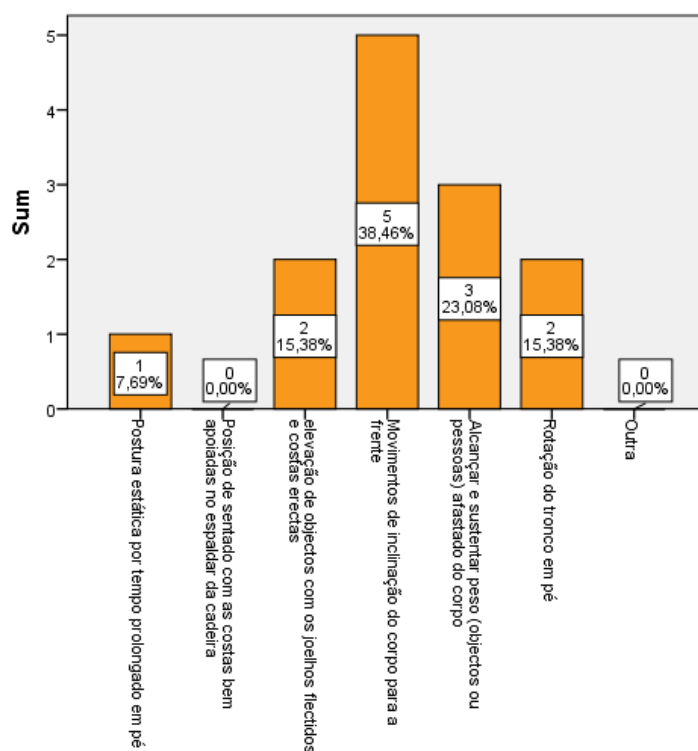


Figura 58 – Posturas que contribuíram para as lesões músculo-esqueléticas em 2011.

Em relação as intervenções adotadas para modificar a situação de trabalho em caso de sobrecarga física nos locais de trabalho nos Hospitais em análise foram o solicitar o auxílio de um colega/trabalhador e utilização de equipamentos auxiliares – Figura 59.

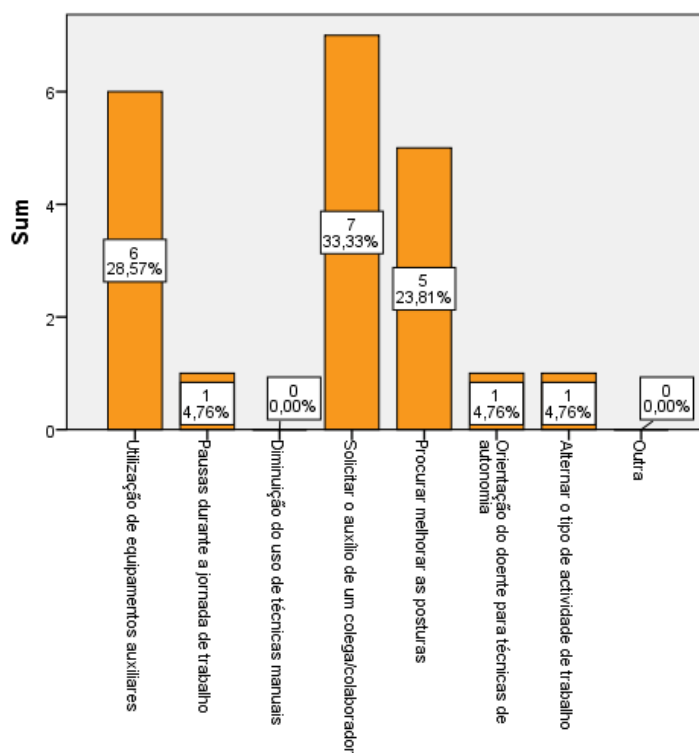


Figura 59 – Intervenções adotadas para modificar a situação de trabalho.

No que concerne as situações nos locais de trabalho que mais condicionam as posturas durante a jornada de trabalho nos Hospitais inquiridos a exiguidade de espaço foi a resposta obtida pela maioria dos inquiridos – Figura 60.

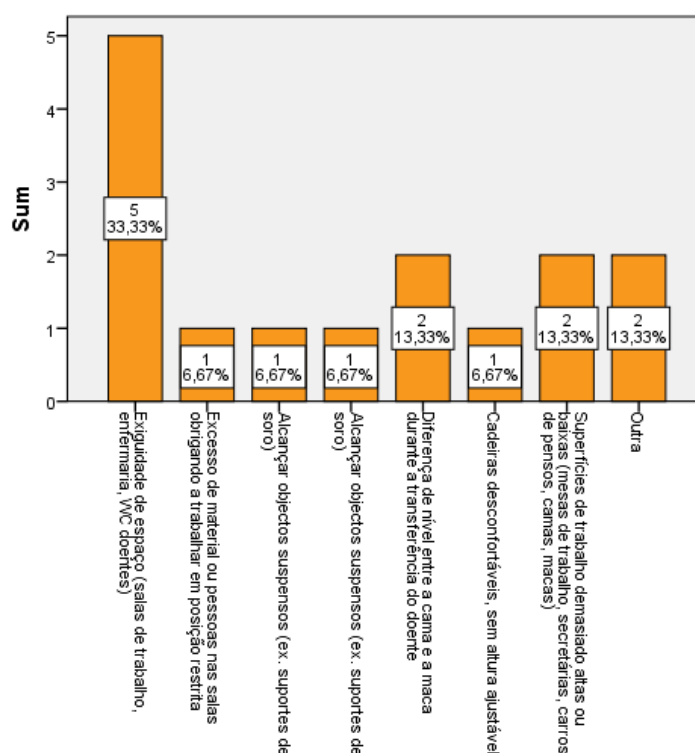


Figura 60 – Situações que condicionam as posturas durante a jornada de trabalho.

O número de lesões músculo-esqueléticas ocorridas nos Hospitais no ano de 2011 de acordo com as respostas obtidas é de 124 lesões. Em relação as lesões músculo-esqueléticas mais frequentes são tendinites, lombalgias, distensões musculares, luxações e entorses (Tabela 8).

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4	40,0	40,0	40,0
Entorses	1	10,0	10,0	50,0
LED	1	10,0	10,0	60,0
Lombalgias, distensões musculares	1	10,0	10,0	70,0
Lombalgias, Omalgias	1	10,0	10,0	80,0
Luxações, entorses e distensões	1	10,0	10,0	90,0
Tendinites	1	10,0	10,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	

Tabela 8 - Quais as lesões músculo-esqueléticas mais frequentes no Hospital

Os grupos profissionais mais afetados com as lesões músculo-esqueléticas nos Hospitais em estudo são os enfermeiros com 43,37% e os auxiliares com 42,11% - Figura 61.

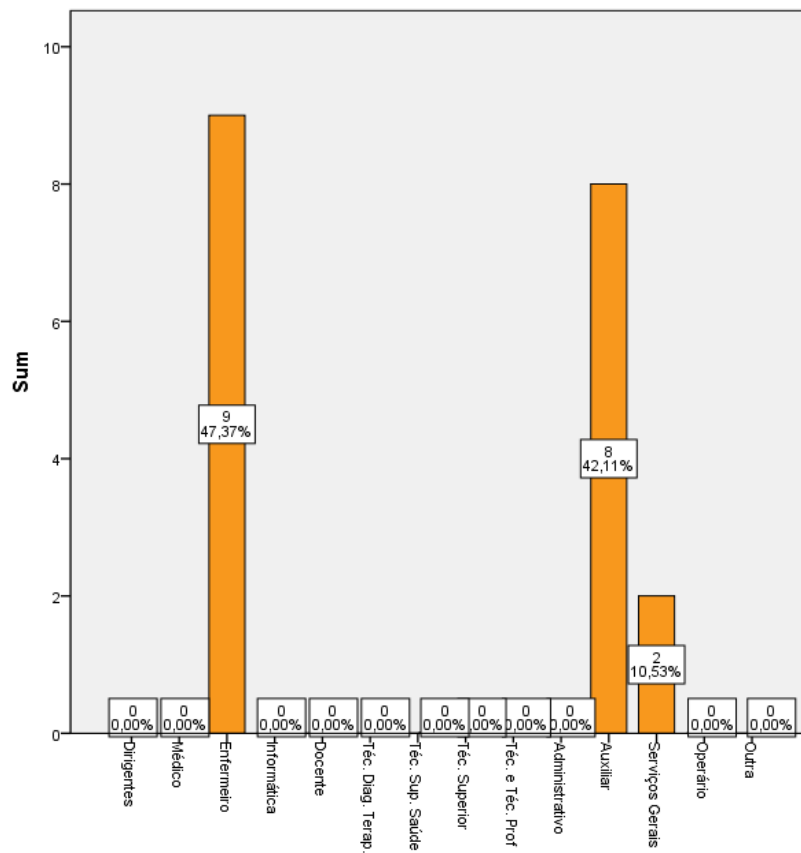


Figura 61 – Grupos profissionais mais afetados com as lesões músculo-esqueléticas.

No que diz respeito ao sexo mais afetado pelas lesões músculo-esqueléticas nos Hospitais o sexo feminino é o mais afetado com 90% - Figura 62.

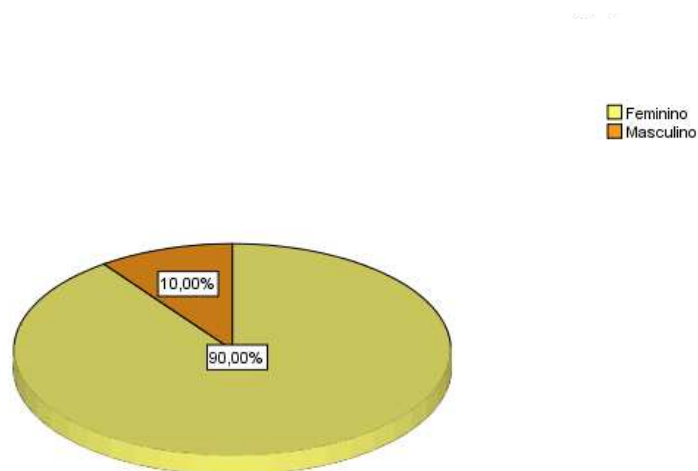


Figura 62 – Sexo mais afetado com as lesões músculo-esqueléticas.

As faixas etárias mais afetadas com as lesões músculo-esqueléticas nos Hospitais inquiridos são a dos 40-44 anos com 24%, a dos 35-39 anos com 20% e a dos 45-49 com 20% - Figura 63.

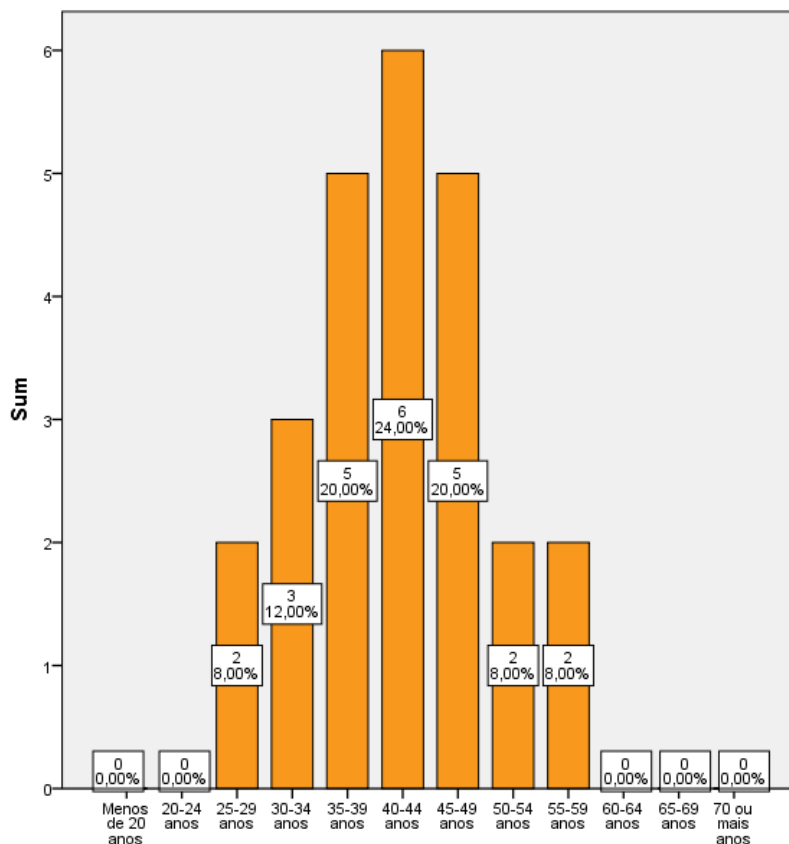


Figura 63 – Faixas etárias mais afetadas com as lesões músculo-esqueléticas.

Em relação ao número de acidentes de trabalho associados à movimentação de doentes e de carga nos Hospitais no de 2011 é de 123 acidentes com base nos dados obtidos pelas respostas dos Hospitais.

9. Sinalização de Segurança

Os Hospitais intervenientes consideram, que a sinalização de segurança de que dispõem é suficiente.

As tipologias de sinalização de segurança mais utilizadas são a de informação, emergência e incêndio – Figura 64.

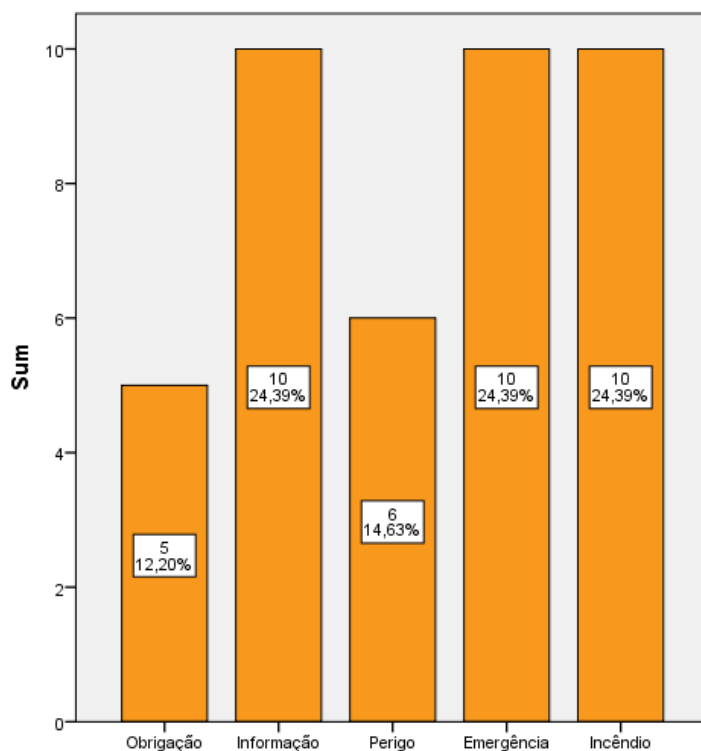


Figura 64 – Tipos de Sinalização de Segurança Existente.

Com base nos dados obtidos através das respostas dos Hospitais em estudo 80% dos trabalhadores compreende toda a sinalização de segurança existente enquanto 20% dos trabalhadores compreende alguma da sinalização de segurança existente – Figura 65.

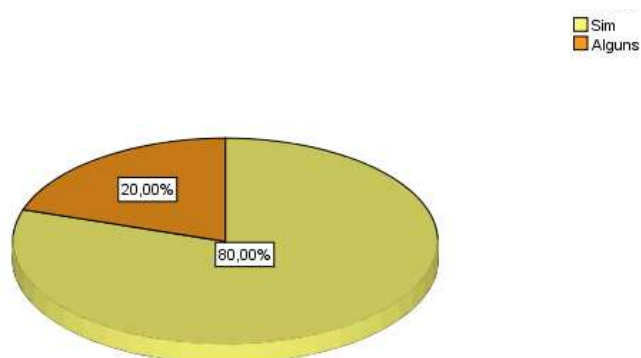


Figura 65 – Compreensão da sinalização de segurança pelos trabalhadores.

Na generalidade, a sinalização de segurança é observada e cumprida pelos trabalhadores dos Hospitais – Figura 66. E em relação ao estado de conservação da sinalização é considerado bom pela maioria dos Hospitais em estudo – Figura 67.

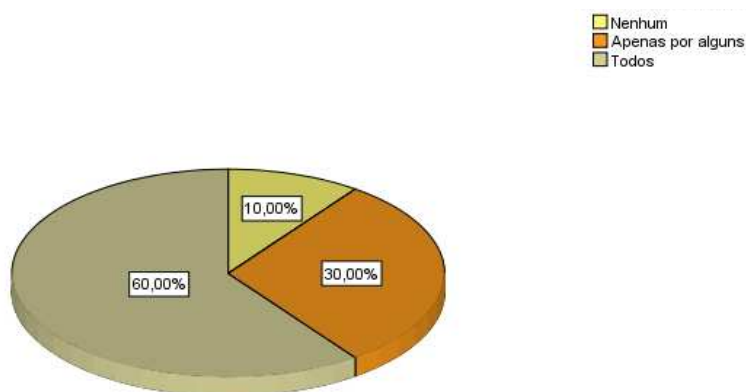


Figura 66 – Cumprimento da sinalização de segurança.

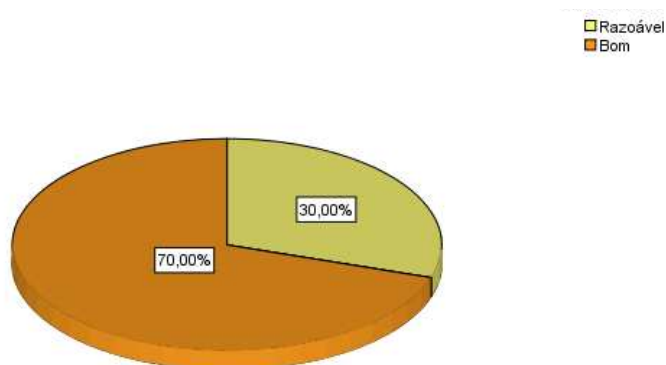


Figura 67 – Conservação da Sinalização de Segurança.

10. Equipamento de Proteção Individual (EPI)

Os Hospitais disponibilizam gratuitamente os Equipamentos de Proteção Individual aos seus trabalhadores.

As três Figuras, que de seguida se apresentam, dizem respeito à necessária e correta gestão que os diferentes Hospitais devem operar, em relação aos seus EPI'S.

Desde logo, na Figura 68 é possível constatar o grau de envolvimento dos trabalhadores do Hospital no processo de seleção dos EPI.

Registe-se pois, que na totalidade dos Hospitais, os trabalhadores são consultados, pelo menos algumas das vezes, no que ao processo de seleção de EPI, diz respeito.

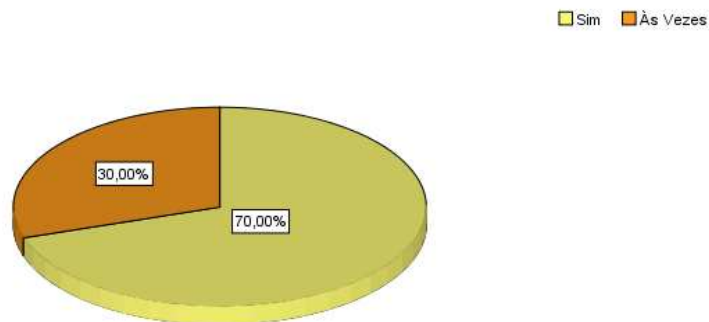


Figura 68 – Envolvimentos dos trabalhadores na seleção dos EPI.

Quando questionados, se os seus trabalhadores utilizam os EPI'S adequados, apenas 10% dos Hospitais afirmam que não.

Já 40% dos Hospitais dizem, que alguns dos trabalhadores utilizam os EPI'S adequados à sua atividade e 50% dos Hospitais afirmam que os seus trabalhadores utilizam os EPI'S – Figura 69.

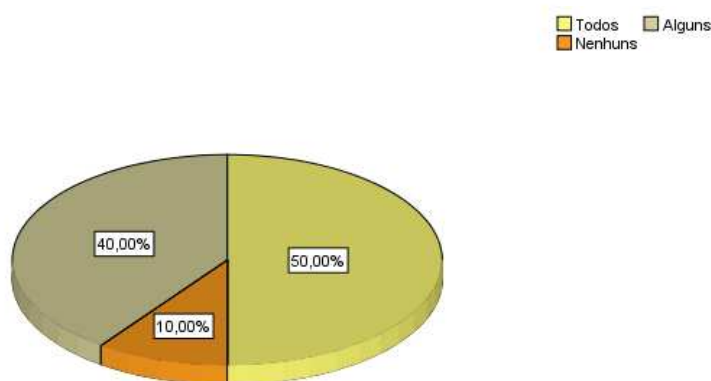


Figura 69 – Utilização dos EPI's.

Segue-se o tratamento estatístico resultante da análise efetuada de procedimentos de gestão dos EPI'S, pelos diferentes Hospitais.

Cerca de 80% destes Hospitais dizem possuir algum procedimento de gestão dos EPI'S – Figura 70.

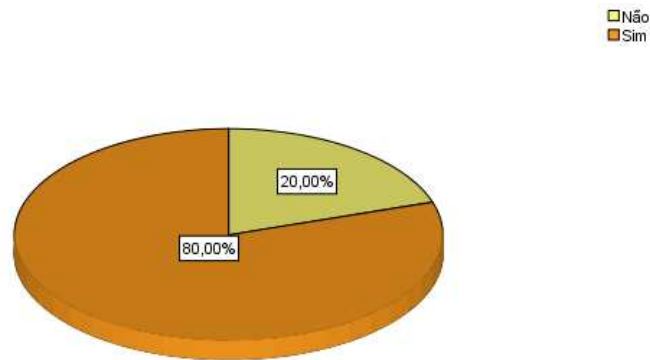


Figura 70 – Existência de procedimentos de gestão dos EPI's.

11. Segurança Contra Incêndio

Seguidamente, apresenta-se a distribuição percentual dos Hospitais de acordo com a existência, ou não, de procedimentos, regras ou instruções de prevenção de incêndios.

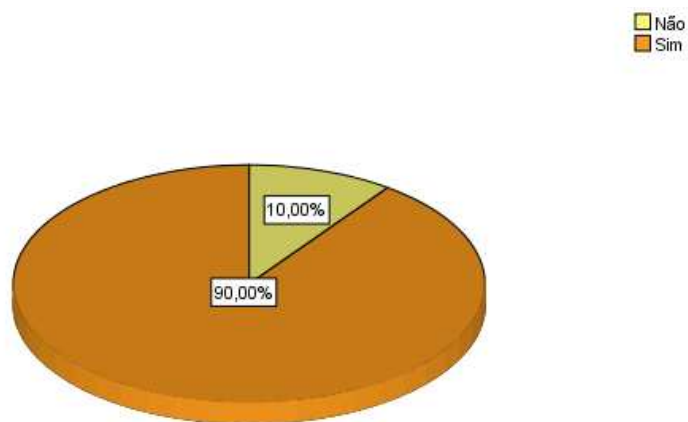


Figura 71 – Existência de procedimentos, regras ou instruções de prevenção de incêndios.

Como se poderá observar, 90% dos Hospitais intervenientes possuem algum tipo de procedimento de prevenção de incêndio – Figura 71.

Em relação aos tipos de extintores utilizados nos Hospitais em estudo observa-se que os extintores de pó químico e de CO₂ são os mais utilizados – Figura 72.

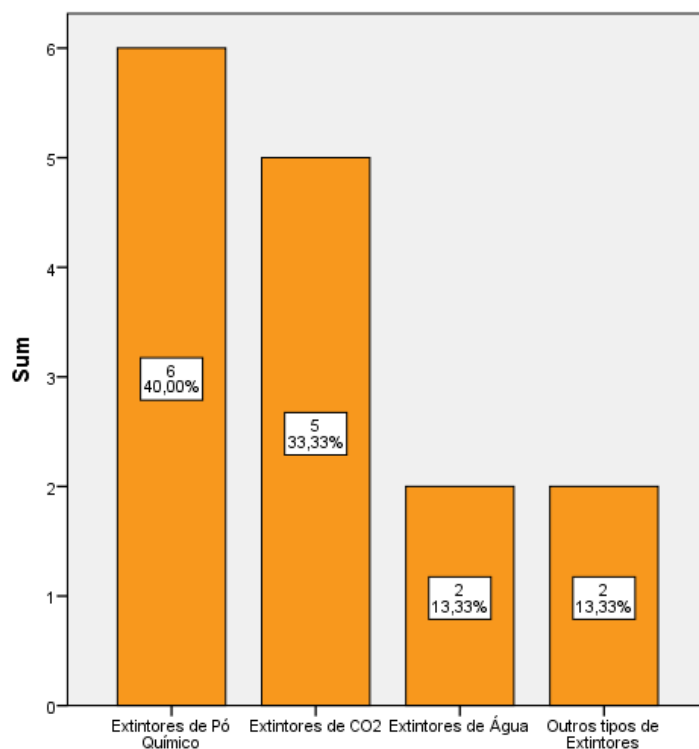


Figura 72 – Tipos de Extintores.

Os Hospitais aderentes consideram que todos os extintores disponíveis nas suas instalações se encontram operacionais, são adequados ao fim a que se destinam e fáceis de manusear.

Já no que diz respeito a equipamentos de iluminação de emergência todos os Hospitais inquiridos possuem este tipo de equipamento.

Salientar, que 50% dos Hospitais estudados apresentam sistemas de deteção automática de incêndio em todos os edifícios.

Já 30% do “Universo Hospitalar” afirma possuir este tipo de sistema, mas apenas em alguns dos seus edifícios e enquanto 20% dos restantes Hospitais confirmam a sua inexistência - Figura 73.

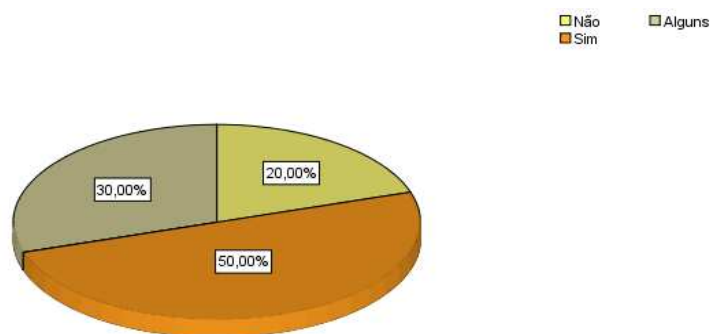


Figura 73 – Existência de sistema de deteção automática de incêndio em todos os edifícios.

Em relação a existência de sistemas de controlo de monóxido de carbono 70% dos Hospitais possui este sistema e 30% não possuem sistemas de controlo de monóxido de carbono – Figura 74.

A Figura mostra que 60% dos Hospitais em estudo possuem sistemas de deteção de gases combustíveis e 40% dos Hospitais não possui nenhum sistema de deteção de gases combustíveis – Figura 75.

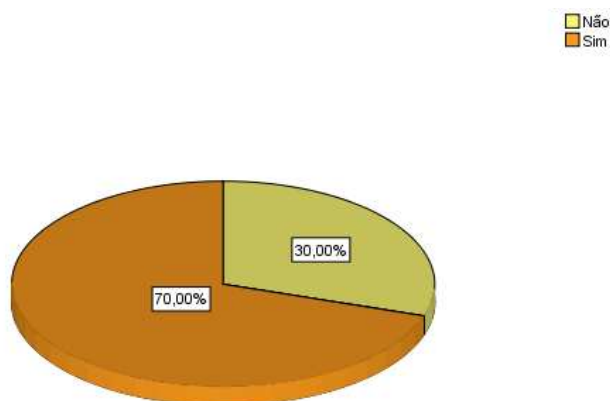


Figura 74 – Existência de sistema de controlo de monóxido de carbono.

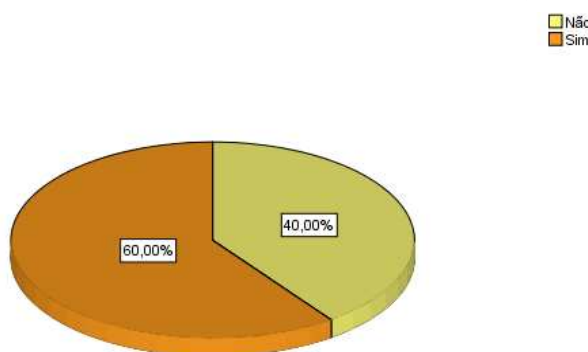


Figura 75 – Existência de sistema de deteção de gases combustíveis.

Todos os Hospitais inquiridos cumprem com o prazo de validade e manutenção dos equipamentos de segurança contra incêndio.

Salientar, que 70% dos Hospitais estudados possuem saídas de emergência em número suficiente e cumprem com as dimensões, já 30% dos Hospitais afirmam possuir algumas saídas de emergência em número suficiente e cumprem com as dimensões - Figuras 76 e 77.

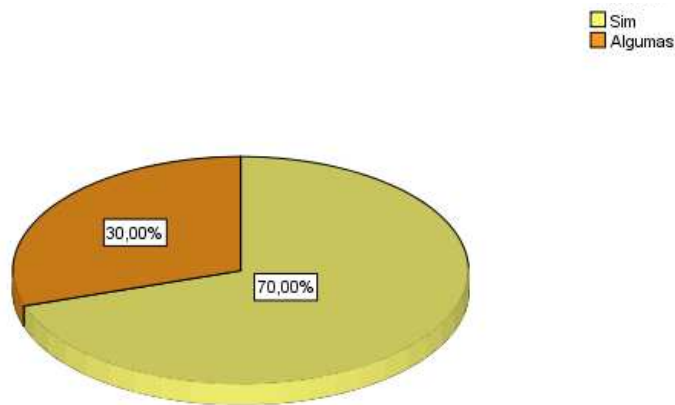


Figura 76 – Saídas de Emergência em número suficiente de acordo com a legislação.

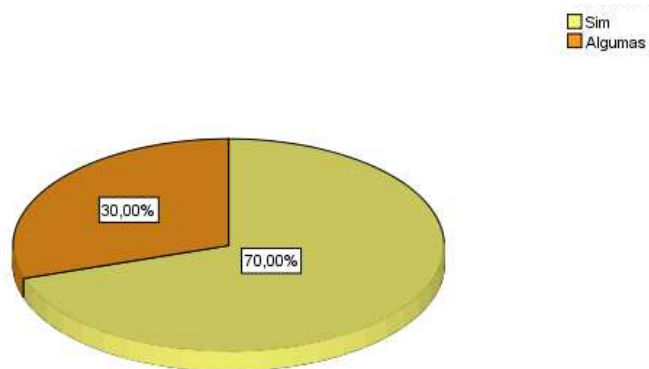


Figura 77 – Cumprimento das dimensões das saídas de emergência.

Na maioria dos Hospitais as portas corta-fogo encontram-se desobstruídas – Figura 78.

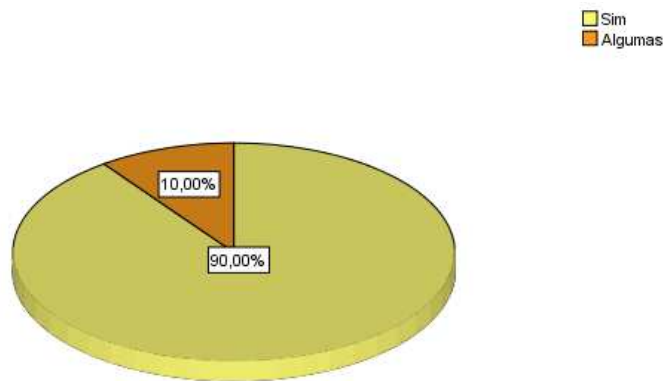


Figura 78 – Saídas de emergência encontram-se desobstruídas.

Nos Hospitais inquiridos 80% possuem ascensores equipados com dispositivo de chamada em caso de incêndio enquanto 10% não possuem esse dispositivo nos seus ascensores – Figura 79.

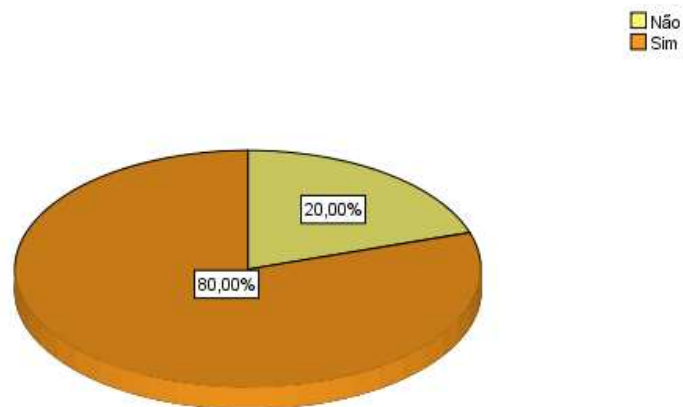


Figura 79 – Existência de Ascensores com dispositivos de chamada em caso de incêndio.

Os Hospitais quando questionados sobre a existência de um ascensor para uso dos bombeiros em caso de incêndio 60% responderam que sim enquanto 40% responderam que não – Figura 80.

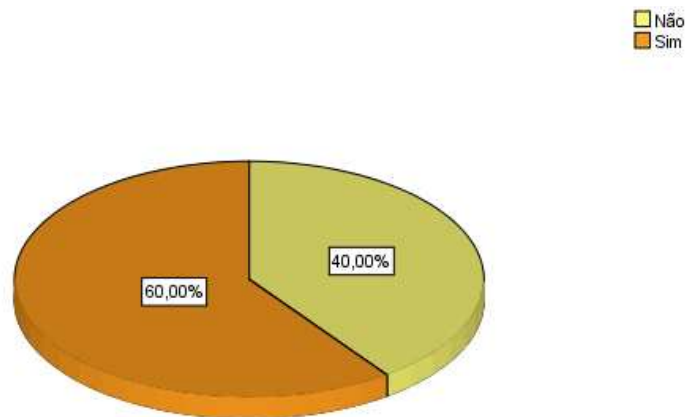


Figura 80 – Existência de Ascensor para uso de bombeiros.

A Figura 81 mostra que 70% dos Hospitais em estudo possuem Delegado de Segurança e 30% não possui Delegado de Segurança.

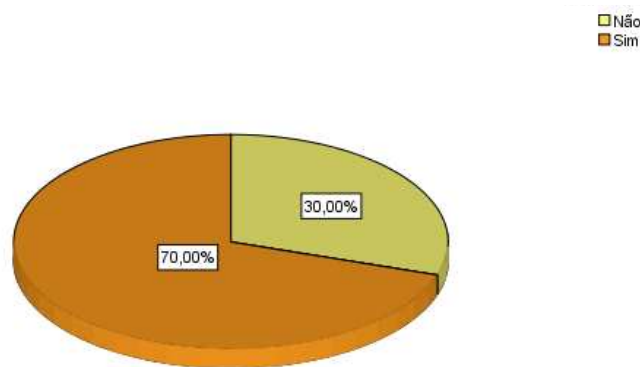


Figura 81 – Existência de Delegado de Segurança.

Os Hospitais quando questionados sobre se possuem Equipa de Segurança 80% respondeu que sim enquanto 20% respondeu que não – Figura 82.

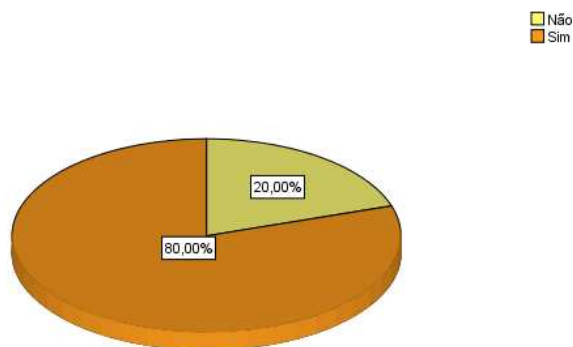


Figura 82 – Existência de Equipa de Segurança.

Em relação ao número de elementos que constituem a Equipa de Segurança dos Hospitais pode-se verificar que a maioria dos Hospitais possuem diferentes números de elementos na Equipa de Segurança e que 30% dos Hospitais não possuem Equipa de Segurança – Figura 83.

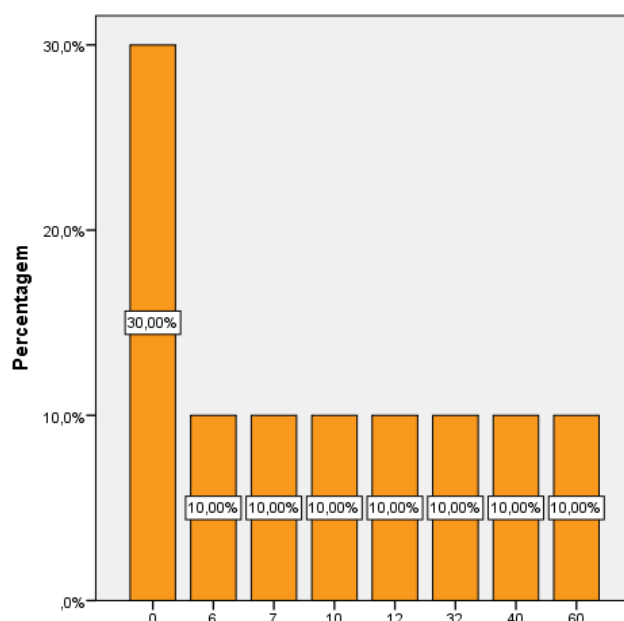


Figura 83 – Número de Elementos da equipa de segurança.

Em relação a existência de Registos de Segurança 80% dos Hospitais inquiridos respondeu que possui e que estes estão atualizados enquanto 20% respondeu que não possui os registos – Figuras 84 e 85.

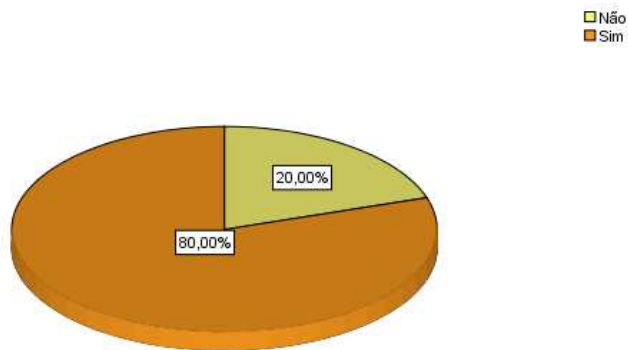


Figura 84 – Existência de Registos de Segurança.

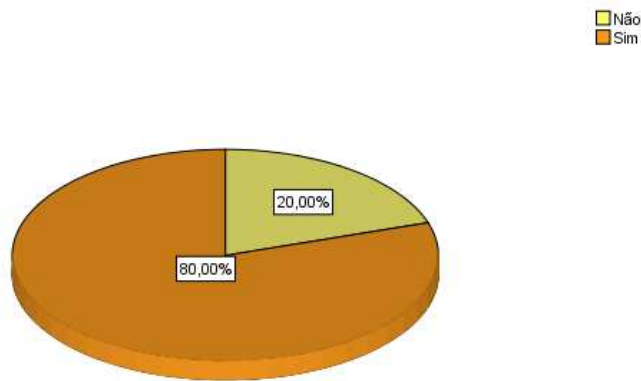


Figura 85 – Registos de Segurança encontram-se atualizados.

As Figuras 86 e 87 mostram que 90% dos Hospitais em estudo possui Plano de Prevenção e o mesmo encontra-se atualizado enquanto 10% não possui.

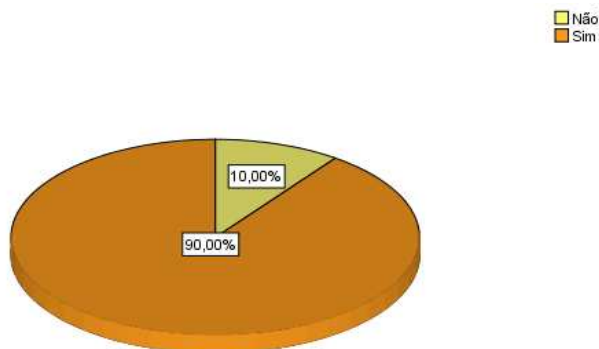


Figura 86 – Existência de Plano de Prevenção.

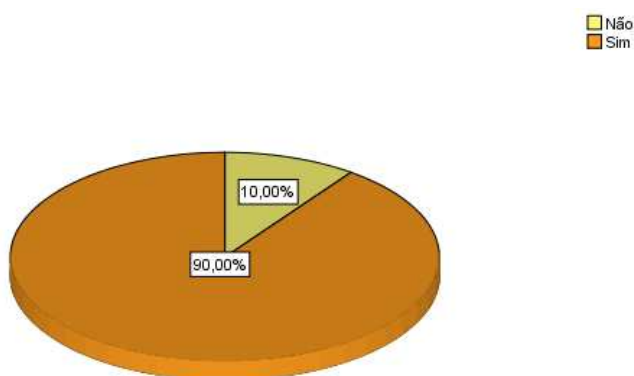


Figura 87 – Plano de Prevenção encontra-se atualizado.

A Figura 88 identifica-nos, a distribuição percentual dos Hospitais objeto de estudo face à existência ou não de um Plano de Emergência Interno (PEI).

Regista-se a circunstância de em 70% daqueles Hospitais já o terem elaborado, enquanto que 20% deles têm o seu PEI em fase de execução e, os restantes 10% não possuem um qualquer Plano de Emergência Interno.

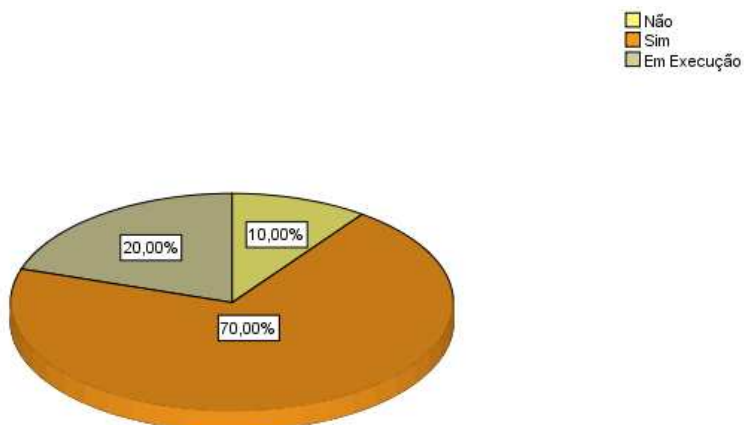


Figura 88 – Existência de Plano de Emergência Interno.

A Figura 89 mostra-nos o levantamento estatístico efetuado, em relação à implementação do PEI nos Hospitais participantes.

No universo da amostra, 50% destes Hospitais já implementaram o seu PEI, enquanto que em 40% daqueles o respetivo PEI encontra-se em fase de implementação. E nos restantes 10% dos Hospitais não há prática da sua análise e implementação.

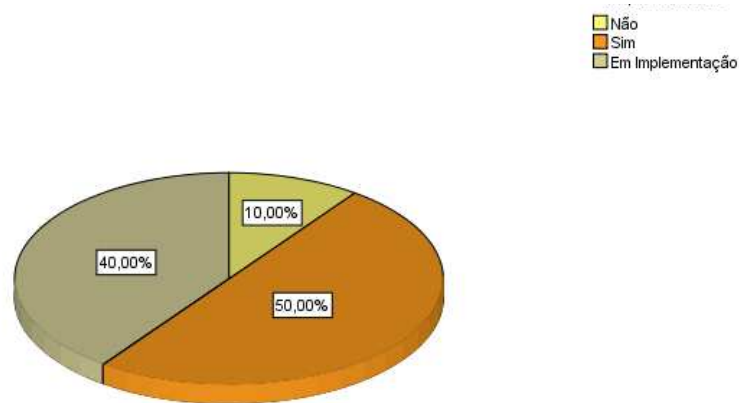


Figura 89 – Plano de Emergência Interno encontra-se implementado.

Todos os Hospitais inquiridos possuem plantas de emergência.

Em 80% dos Hospitais as plantas de emergência encontram-se afixadas nos locais previstos, enquanto 20% dos Hospitais podem-se encontrar, pelo menos algumas plantas de emergência, afixadas de forma adequada em locais específicos – Figura 90.

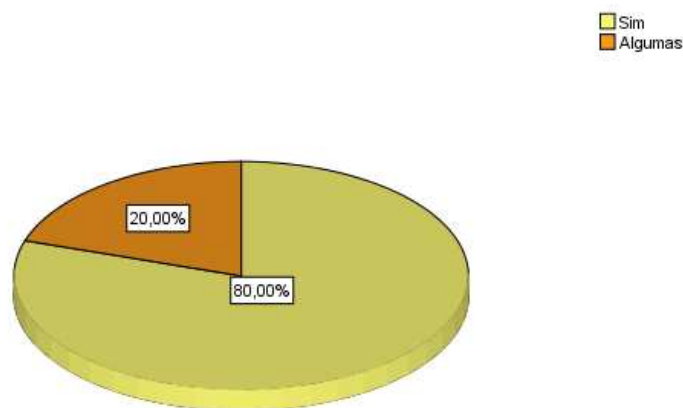


Figura 90 – Plantas de Emergência afixadas.

Todos os Hospitais em estudo possuem instruções de segurança.

Em 60% dos Hospitais as instruções de segurança encontram-se afixadas nos locais previstos, enquanto 40% dos Hospitais podem-se encontrar, pelo menos algumas instruções de segurança, afixadas de forma adequada em locais específicos – Figura 91.

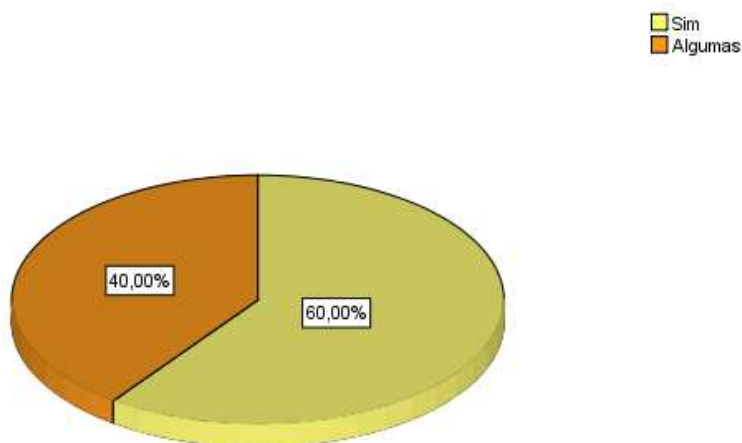


Figura 91 – Instruções de segurança afixadas.

Sublinha-se, que a existência de Brigadas de 1ª Intervenção é uma realidade em 60% dos Hospitais – Figura 92.

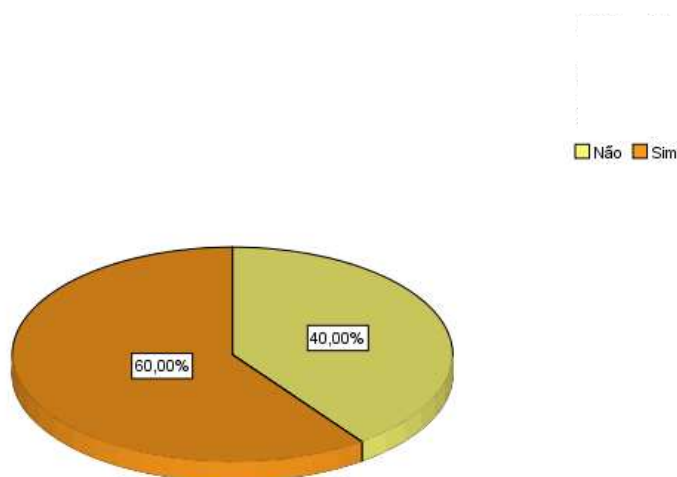


Figura 92 – Existência de Brigada de 1.ª intervenção.

Conforme é observável na Figura 93 em 40% dos Hospitais, a generalidade dos seus trabalhadores possui formação prática no manuseamento dos meios de combate a incêndios.

Já nos restantes 60% dos Hospitais inquiridos, pelo menos alguns dos trabalhadores, têm formação prática no manuseamento de combate a incêndios.

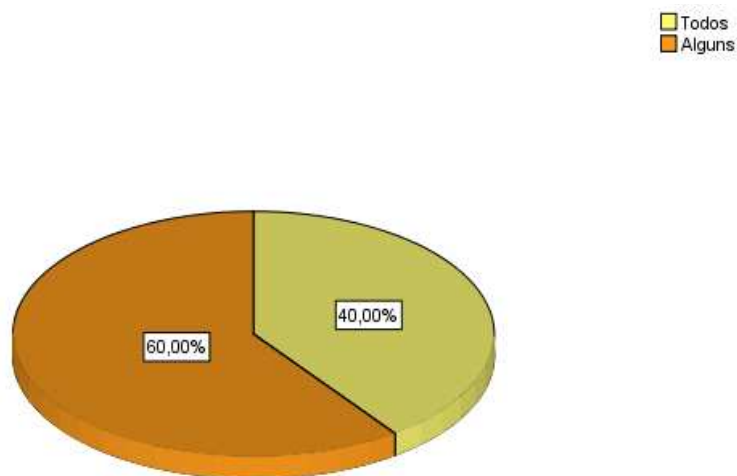


Figura 93 – Formação dos Trabalhadores na prática e manuseamento dos meios de combate a incêndios.

Como se pode observar na Figura 94, 60% dos Hospitais inquiridos já procederam à realização de simulacros.

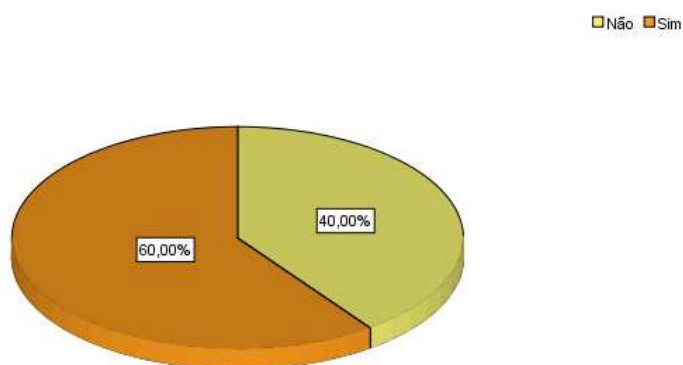


Figura 94 – Realização de Simulacros.

As Figuras 95, 96, 97 e 98, referem-se à existência de procedimentos para acionar a intervenção das unidades de emergência, proteção civil, autoridades policiais e estruturas locais de saúde.

Regista-se o facto, de os resultados encontrados serem globalmente positivos.

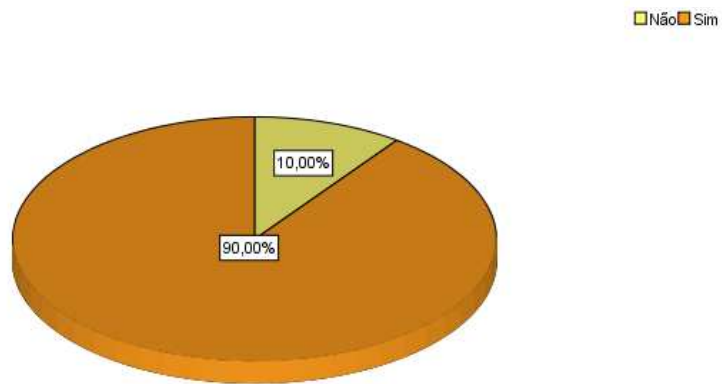


Figura 95 – Estabelecimento de contatos com os bombeiros.

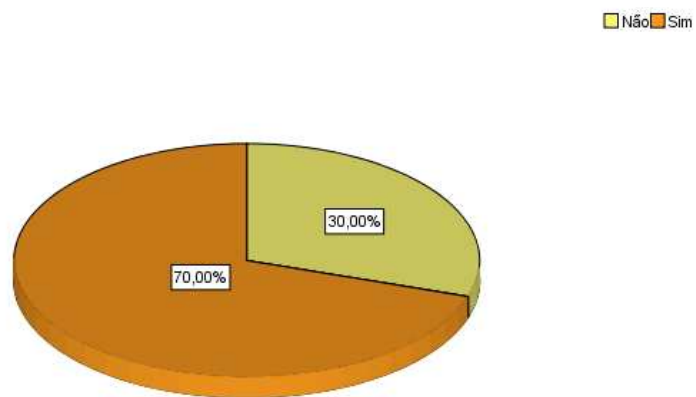


Figura 96 – Estabelecimento de contatos com a proteção civil.

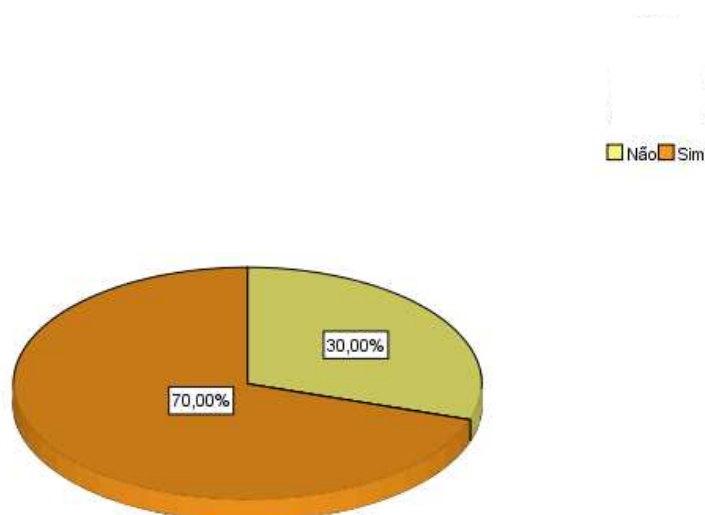


Figura 97 – Estabelecimento de contatos com as autoridades policiais.

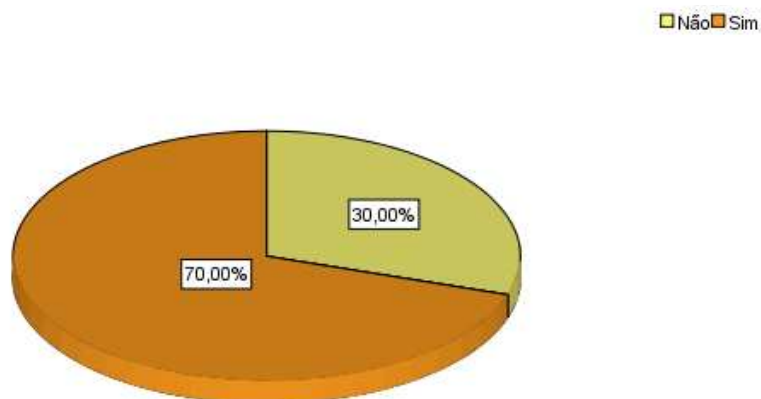


Figura 98 – Estabelecimento de contactos com as estruturas da saúde locais.

Como se pode observar, a maioria dos Hospitais têm estabelecidos contactos e procedimentos para acionar a intervenção das diferentes autoridades de apoio a situações de emergência.

No que concerne à afixação dos contactos com os meios externos em local visível – uma preocupação para cerca de 80% dos Hospitais participantes no estudo - Figura 99.

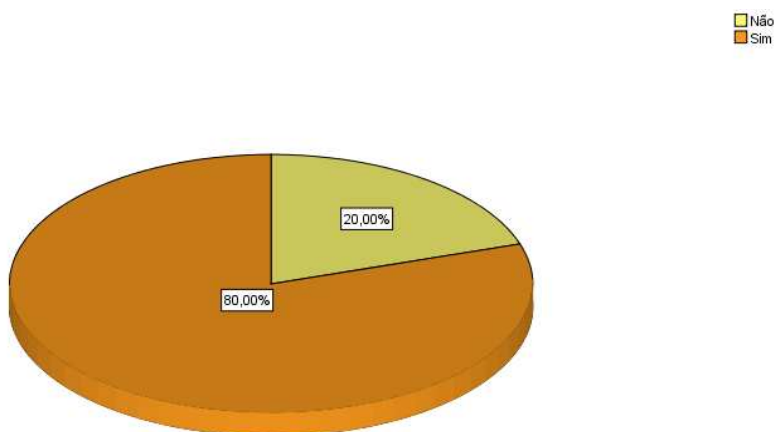


Figura 99 – Contatos com meios externos encontram-se afixados num local visível.

12. Acessibilidade

Em relação aos lugares de estacionamento, em número suficiente, reservados a automóveis de pessoas com mobilidade condicionada 80% dos Hospitais em estudo responderam que sim e 20% dos Hospitais possuem alguns lugares de estacionamento – Figura 100.

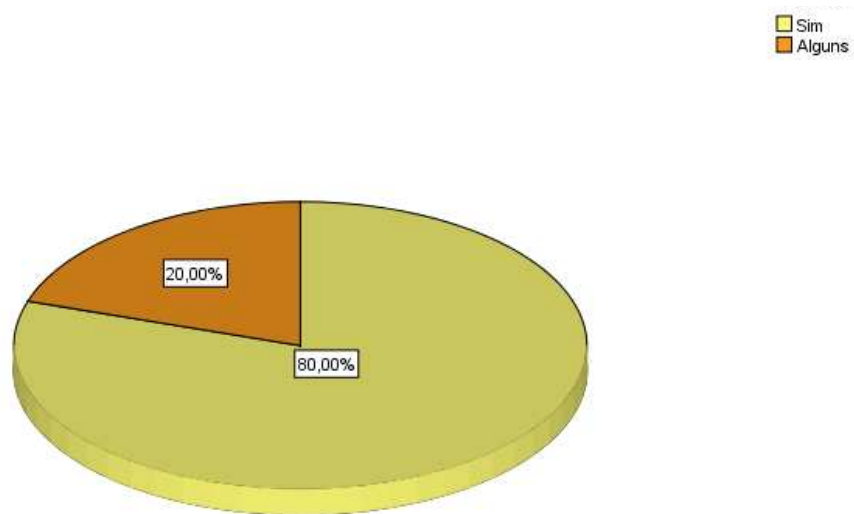


Figura 100 – Lugares de estacionamento reservados para pessoas com mobilidade condicionada.

Quando questionados se nos acessos pedonais ao Hospital o pavimento é irregular, com buracos ou pedras e gravilhas soltas 30% dos Hospitais em estudo respondeu que sim e 70% respondeu que não – Figura 101.

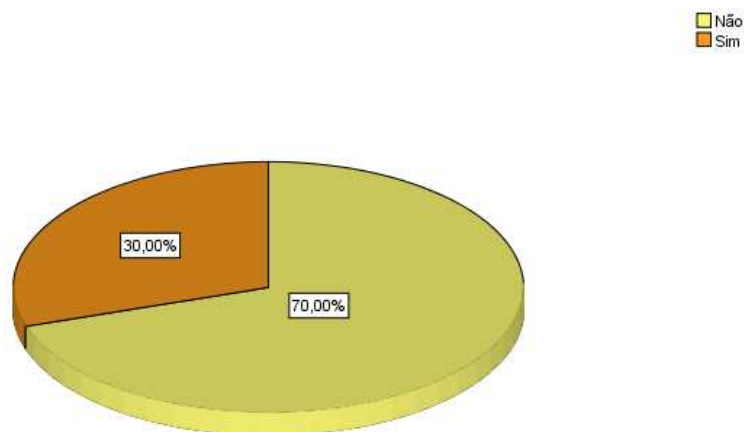


Figura 101 – Pavimento irregular, com buracos ou pedras e gravilhas soltas nos acessos ao Hospital.

Em relação a existência de escadas ou degraus à entrada do Hospital 70% dos Hospitais em estudo responderam que sim e 30% dos Hospitais responderam que não – Figura 102.

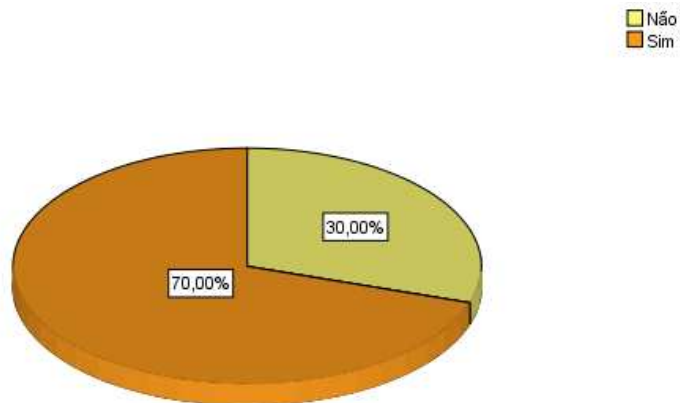


Figura 102 – Existência de escadas ou degraus à entrada do Hospital.

Em relação a percentagem de Hospitais que responderam afirmativamente a existência de escadas ou degraus à entrada do Hospital foi colocada outra questão relativamente a existência de rampas de acesso e corrimões e a resposta obtida foi que 85,71% desses Hospitais possuem rampas de acesso e corrimões e 14,29% responderam que não – Figura 103.

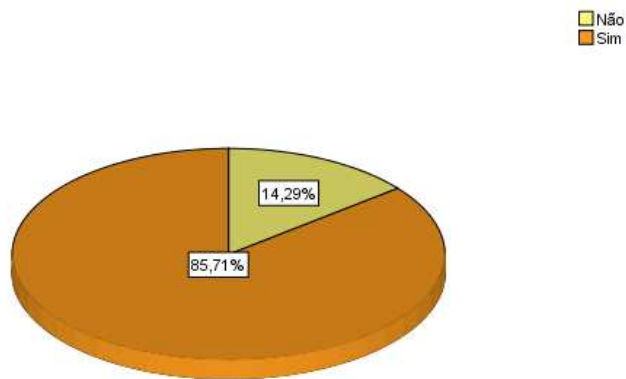


Figura 103 – Existência de rampas de acesso e corrimões.

Na Figura 104 pode-se constatar que metade dos Hospitais em estudo possui um sistema de orientação no pavimento ao longo de todos os percursos interiores.

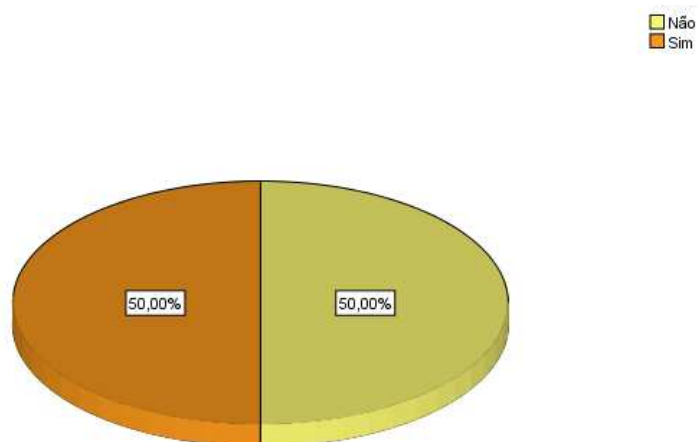


Figura 104 – Existência de sistema de orientação no pavimento ao longo do percurso interior do Hospital.

Em relação a existência de informação tátil e acústica adequada para pessoas cegas ou surdas os 80 % dos Hospitais em estudo respondeu que sim enquanto 20% dos Hospitais respondeu que não – Figura 105.

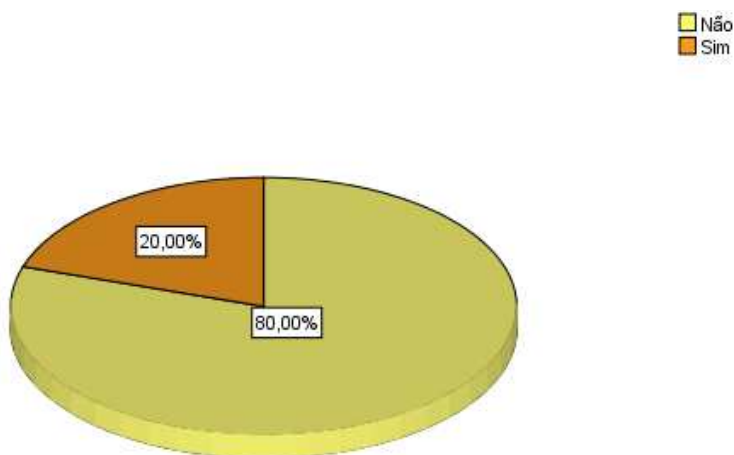


Figura 105 – Existência de informação tátil.

Em relação a existência de sistemas de senhas com ecrãs para anunciar o número de espera 80% dos Hospitais em estudo possui este sistema enquanto 20% não – Figura 106.

Os sistemas de senhas com ecrãs para anunciar o número de espera ao mudar de número é emitido um sinal sonoro nos Hospitais que possuem este sistema.

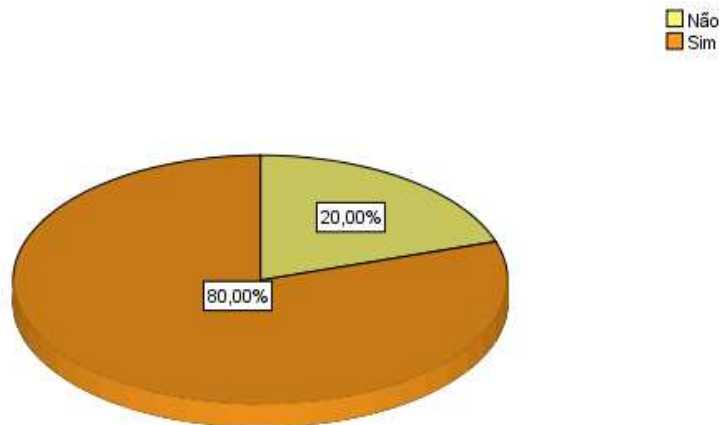


Figura 106 – Existência de sistemas de senhas com ecrãs para anunciar número de espera.

A nível dos Hospitais estarem adaptados de modo a permitirem o acesso de pessoas com mobilidade condicionada a maioria dos Hospitais estão adaptados – Figura 107.

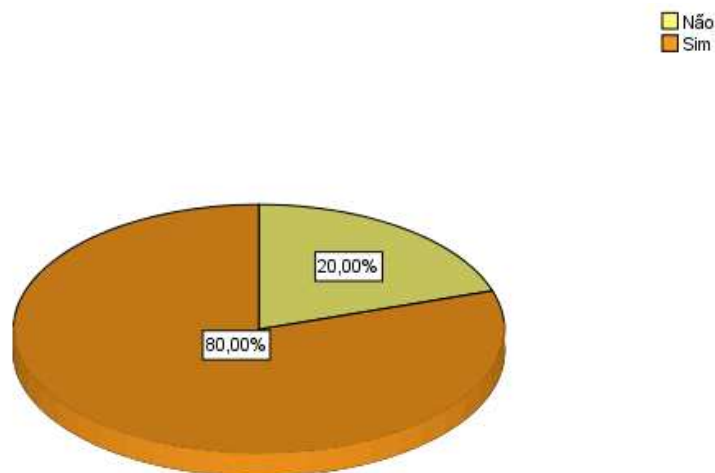


Figura 107 – Existência de acessos para pessoas com mobilidade condicionada.

Os Hospitais quando questionados sobre se uma pessoa utilizadora de cadeiras de rodas poderia entrar no Hospital e deslocar-se sem ajuda a maioria dos Hospitais respondeu que sim – Figura 108.

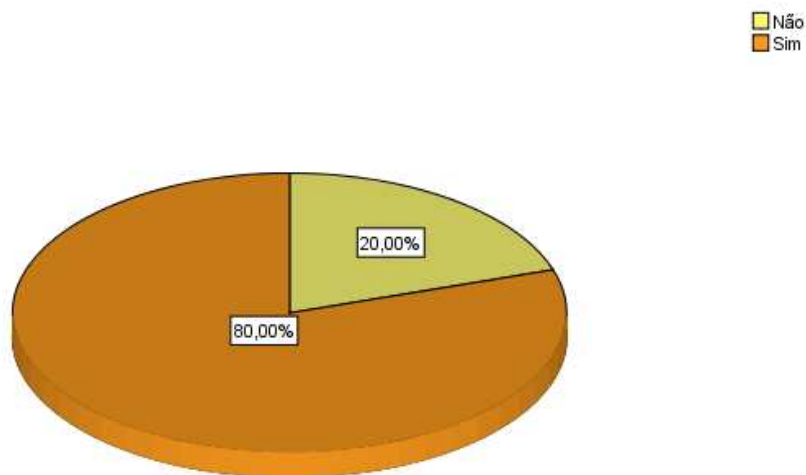


Figura 108 – Deslocar-se em cadeira de rodas sem necessitar de ajuda no Hospital.

A maioria dos Hospitais inquiridos dispõem de pessoas capacitadas para atender os utentes com mobilidade condicionada – Figura 109.

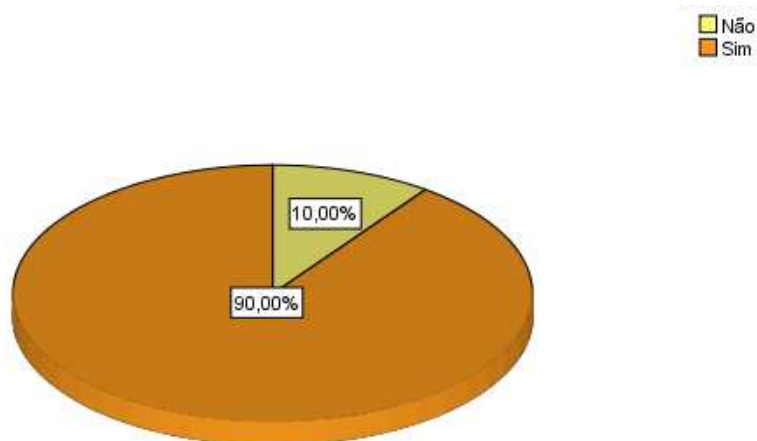


Figura 109 – Funcionários capacitados para atender pessoas com mobilidade condicionada.

Em relação a existências de pessoas com conhecimentos de linguagem gestual nos Hospitais a maioria dos Hospitais inquiridos respondeu que não – Figura 110.

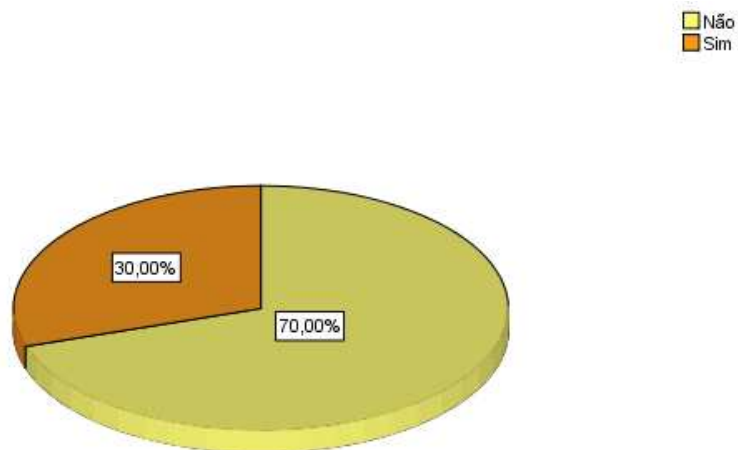


Figura 110 – Existência de funcionários com conhecimentos de linguagem gestual.

A maioria dos Hospitais em estudo possuem instalações sanitárias para pessoas com mobilidade condicionada – Figura 111.

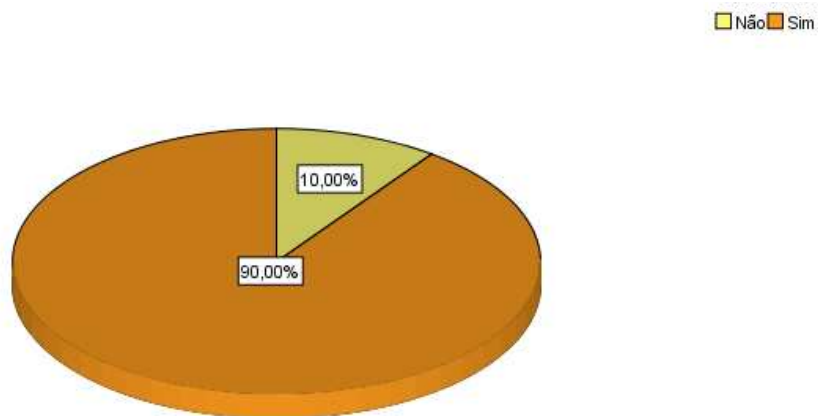


Figura 111 – Existência de instalações sanitárias para pessoas com mobilidade condicionada.

Em relação a existência de folhetos informativos e brochuras em braille 90% dos Hospitais em estudo responderam que não – Figura 112.

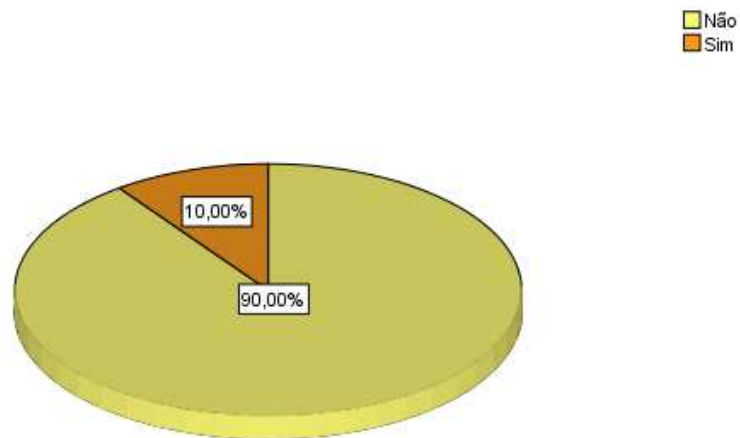


Figura 112 – Existência de cartazes, folhetos informativos e brochuras em braille.

13. Radiações

A nível da existência de um programa de proteção e segurança contra radiações ionizantes aprovado pela Direção Geral dos Cuidados de Saúde Primários a maioria dos Hospitais respondeu que sim – Figura 113.

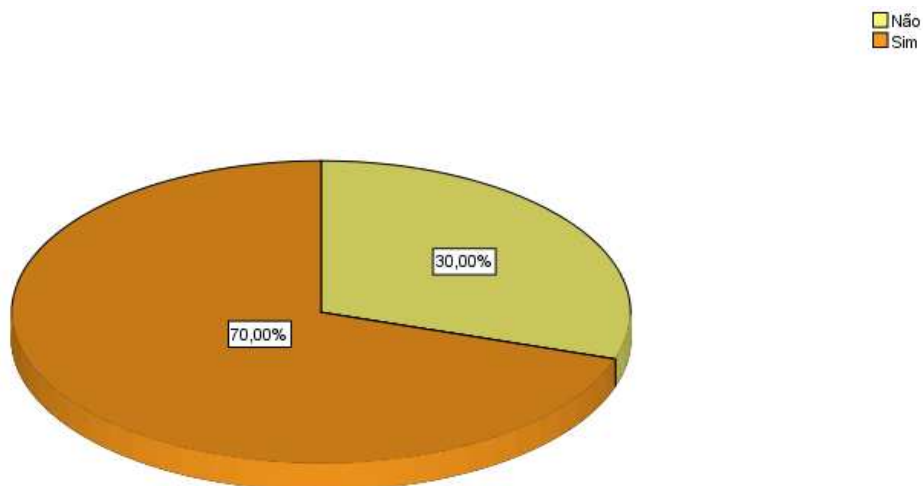


Figura 113 – Existência de programa de radiações ionizantes aprovado pela Direção Geral dos Cuidados de Saúde Primários.

Em 70% dos Hospitais em estudo é efetuada a dosimetria da exposição individual e dado a conhecer os resultados aos trabalhadores e em 30% dos Hospitais não é efetuada a dosimetria individual – Figuras 114 e 115.

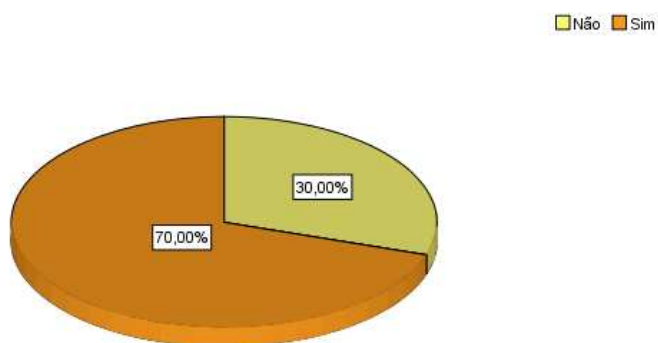


Figura 114 - A dosimetria da exposição individual é efetuada.

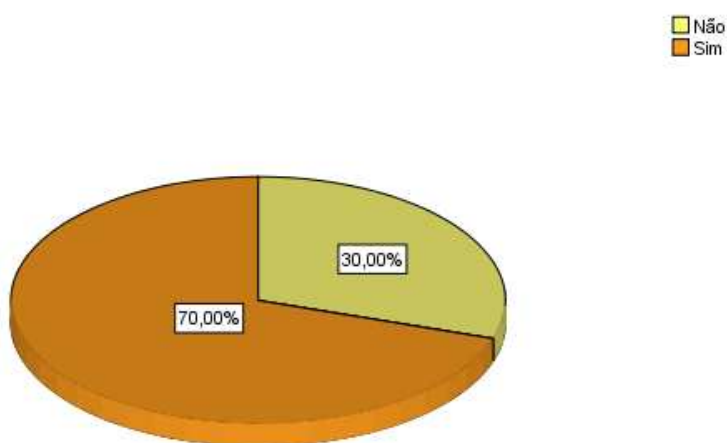


Figura 115 – Trabalhadores possuem acesso aos resultados da dosimetria.

Só em 10% dos Hospitais em estudo é que existem menores, grávidas, ou mulheres em período de lactação a desenvolver atividades que a possam tornar uma pessoa exposta – Figura 116.

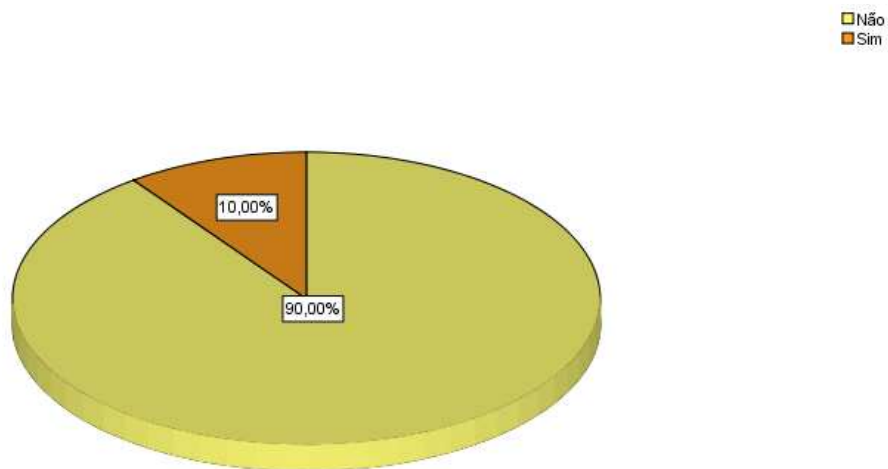


Figura 116 – Existência de trabalhadoras grávidas, lactantes ou menores em atividades que as possam tornar pessoas expostas.

Como se pode verificar na Figura 117, 70% dos Hospitais em estudo tomam todas as medidas necessárias para que as doses recebidas pelos trabalhadores sejam tão baixas quanto possível e sempre inferiores aos limites estabelecidos.

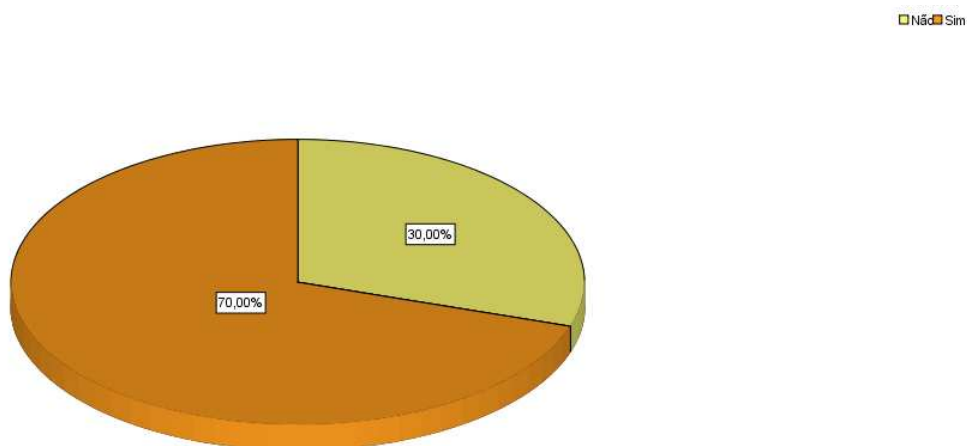


Figura 117 – As doses recebidas pelos trabalhadores são inferiores aos valores limite estabelecidos.

A Figura 118 mostra as medidas de proteção e segurança que os Hospitais em estudo adotaram contra a exposição às radiações das quais se destaca-se o uso de barreiras de proteção entre o trabalhador e a fonte de radiação por parte de 41,18% dos Hospitais.

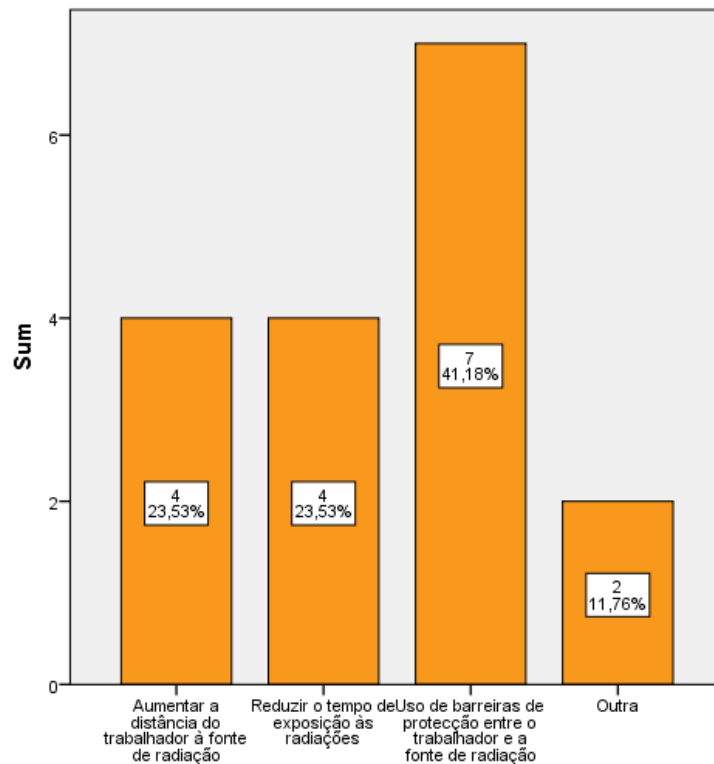


Figura 118 – Medidas de proteção e segurança contra radiações.

A nível da instrução dos trabalhadores relativamente às medidas normais e de emergência no domínio da proteção e segurança contra as radiações ionizantes 70% dos Hospitais em estudo responderam que sim e 30% responderam que não – Figura 119.

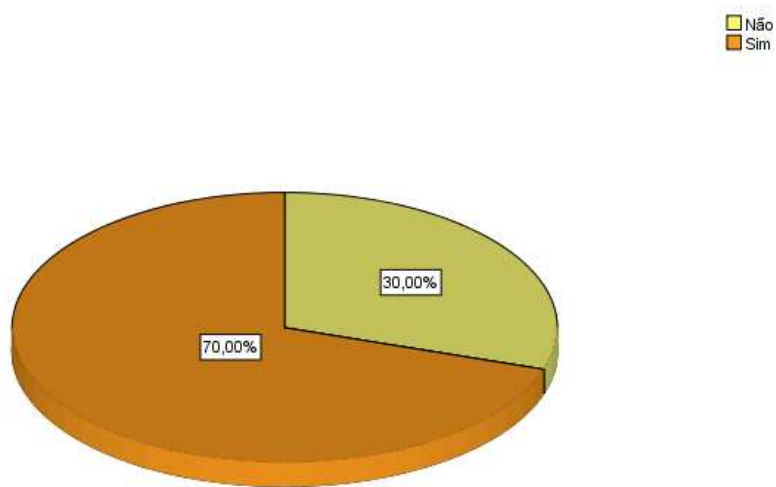


Figura 119 – Instrução dos trabalhadores sobre as medidas no domínio da segurança contra as radiações ionizantes.

Os Hospitais quando questionados se os locais de trabalho onde são utilizadas radiações estão devidamente sinalizados e assinalados com a luz vermelha 70% respondeu que sim e 30% respondeu que não – Figuras 120 e 121.

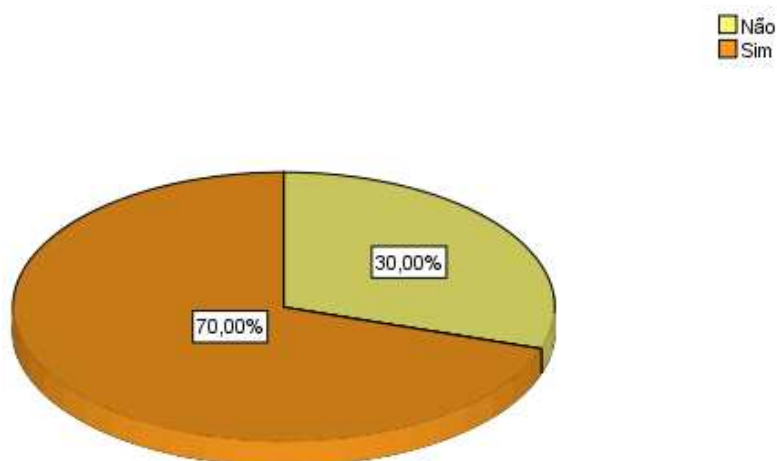


Figura 120 – Sinalização dos locais onde são utilizadas radiações.

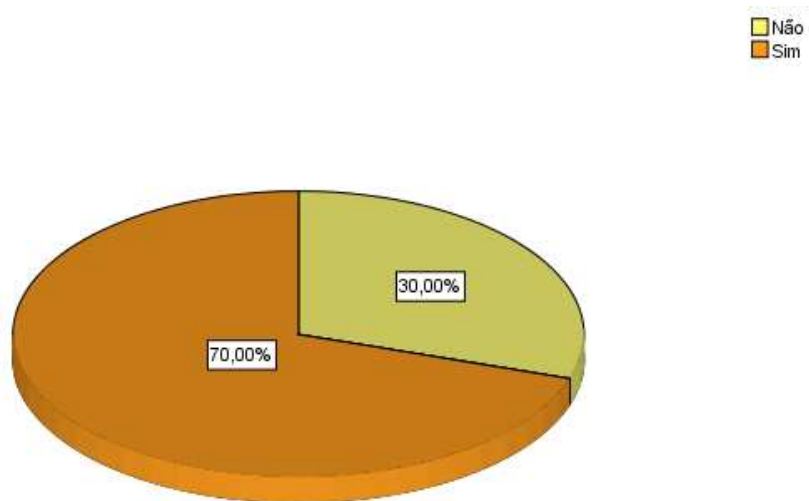


Figura 121 – Locais de exposição a radiações encontram-se assinalados com a luz vermelha.

Em relação aos trabalhadores usarem o equipamento de proteção individual adequado ao risco específico existente 70% dos Hospitais em estudo responderam que sim enquanto 30% deles responderam que não – Figura 122.

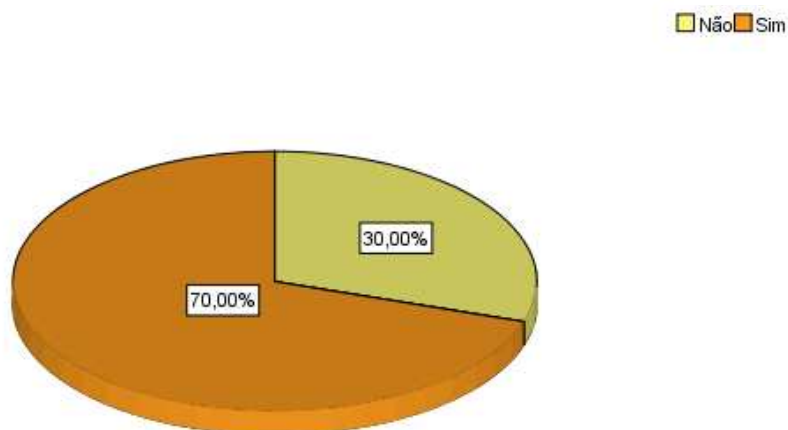


Figura 122 – Trabalhadores utilizam EPI's adequados ao risco específico existente.

No que concerne aos equipamentos de proteção individual mais utilizados em locais de exposição a radiações os Hospitais em estudo utilizam maioritariamente o avental de chumbo e o protetor de gonadas – Figura 123.

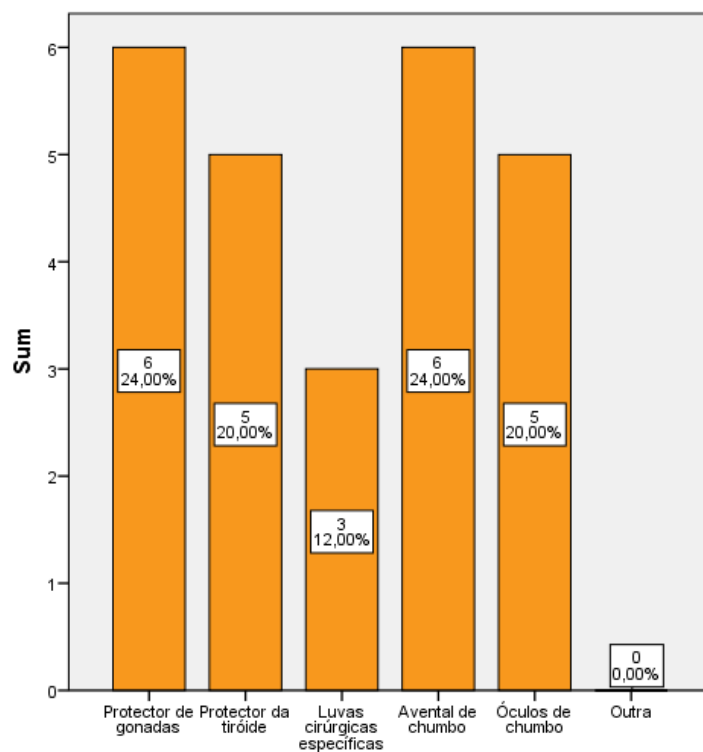


Figura 123 – EPI's mais utilizados contra as radiações.

Em relação ao tempo de exposição se é limitado 70% dos Hospitais em estudo responderam que sim enquanto 30% responderam que não – Figura 124.

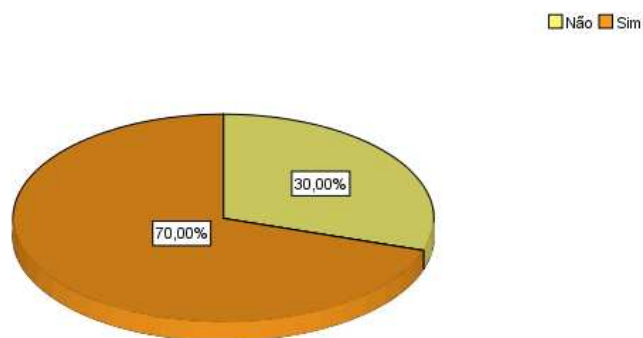


Figura 124 – Existência de tempos de exposição limitados.

Os Hospitais quando questionados se é assegurado um especial controlo médico aos trabalhadores que desenvolvam a sua atividade habitualmente em locais de trabalho com exposição à radiações 70% dos Hospitais responderam que sim e 30% responderam que não – Figura 125.

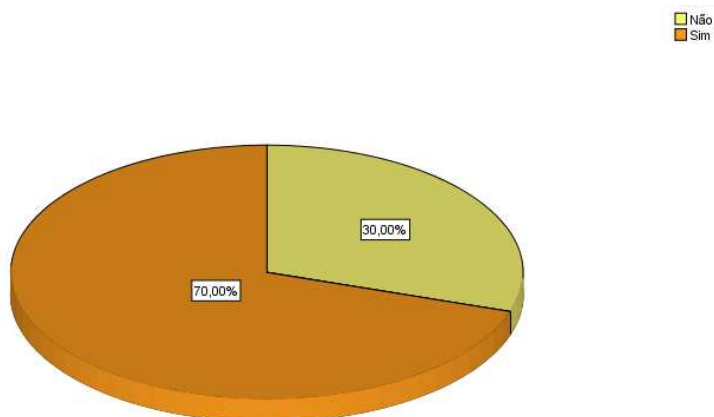


Figura 125 – Existência de controlo médico especial aos trabalhadores expostos às radiações.

14. Agentes Biológicos

Nos Hospitais em estudo todos possuem zonas de trabalho diferenciadas para a manipulação dos diferentes agentes biológicos existentes.

E todos os procedimentos de trabalho nos Hospitais em estudo evitam ou minimizam a libertação de agentes biológicos nos locais de trabalho.

Em todos os Hospitais em estudo são adotadas medidas de forma a evitar que os trabalhadores sofram acidentes de trabalho por agentes biológicos.

Na Figura 126 mostra-nos que a maioria dos Hospitais em estudo possui um programa de gestão de todos os resíduos produzidos no local de trabalho e o mesmo é cumprido.

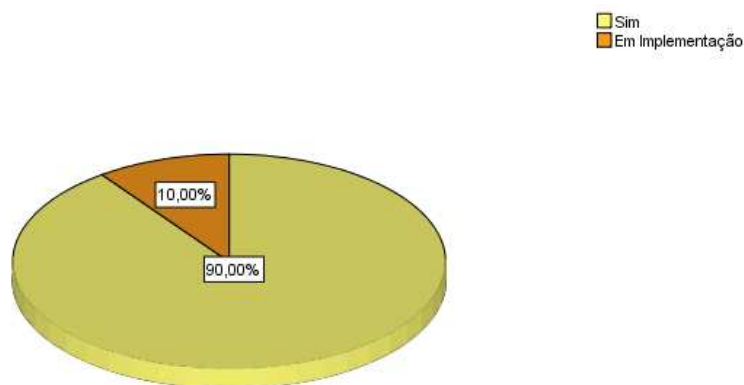


Figura 126 – Existência de um programa de gestão de resíduos produzidos.

Todos os Hospitais em estudo possuem algum programa relativo à higienização, desinfecção dos locais de trabalho e esse programa é cumprido.

A administração de vacinas específicas aos trabalhadores expostos a agentes biológicos é aplicável a todos os Hospitais em estudo.

Quando expostos à tarefas que impliquem a exposição a agentes biológicos todos os trabalhadores dos Hospitais em estudo possuem equipamento de proteção individual e utilizam-no.

Conforme mostra a Figura 127 a maioria dos Hospitais em estudo conhecem o grau de perigosidade dos agentes biológicos.

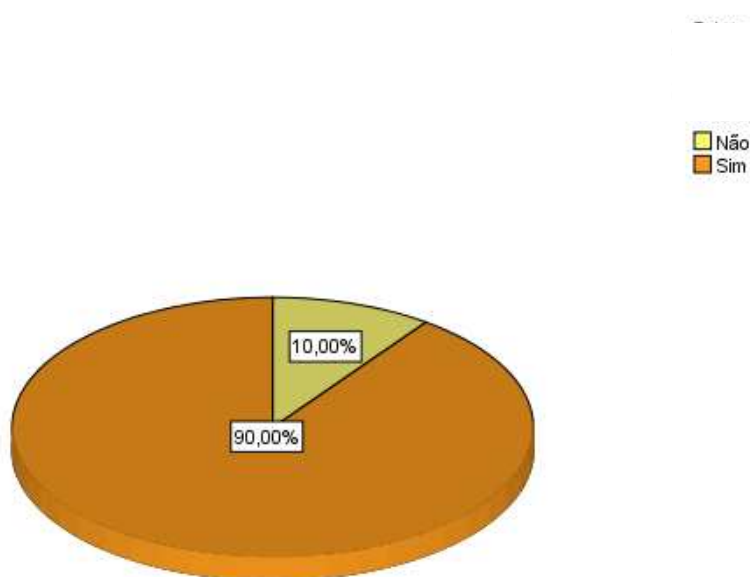


Figura 127 – Conhecimento do grau de perigosidade dos agentes biológicos por parte dos trabalhadores.

Ao nível da formação todos os trabalhadores dos Hospitais em estudo recebem formação adequada sobre os riscos a que estão expostos.

Todos os Hospitais em estudo possuem instalações sanitárias e locais de descanso suficientes.

Os Hospitais em estudo possuem um plano de ação em caso de acidentes que envolvam agentes biológicos.

No ano de 2011 os Hospitais em estudo tiveram 107 acidentes de trabalho com agentes biológicos.

No que concerne aos agentes biológicos que causaram acidentes de trabalho no ano de 2011 nos Hospitais em estudo as bactérias e afins foi a principal causa com 55,56% seguida dos vírus com 44,44% - Figura 128.

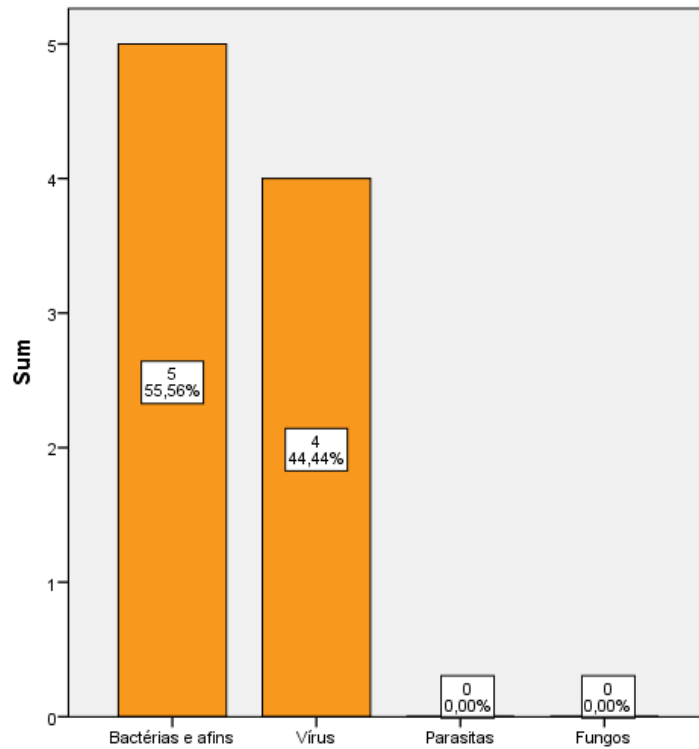


Figura 128 - Agentes biológicos causadores de acidentes de trabalho em 2011.

A Figura 129 mostra as vias de transmissão, de agentes biológicos, que mais causaram acidentes de trabalho em 2011 nos Hospitais inquiridos onde a exposição por contato é o meio de transmissão que mais contribuiu para os acidentes de trabalho com 50%.

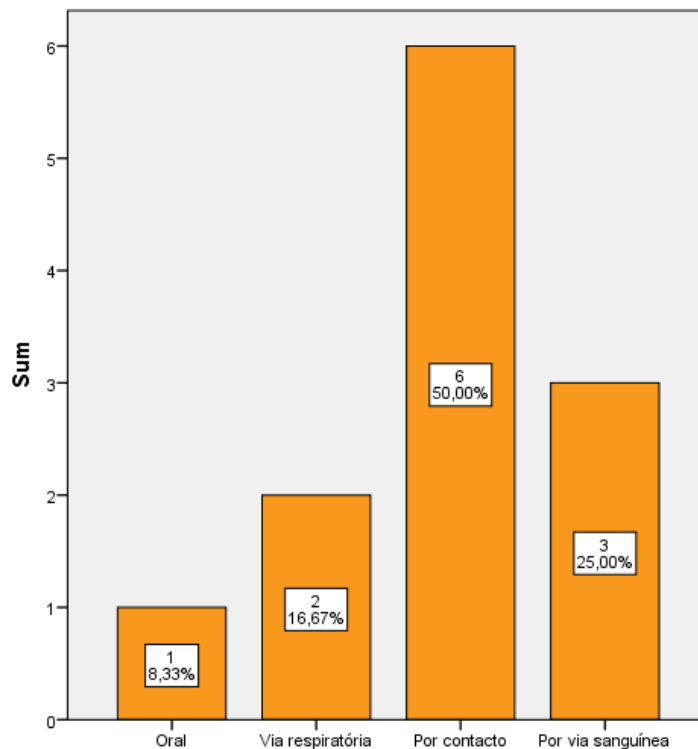


Figura 129 – Vias de transmissão de agentes biológicos que originaram acidentes de trabalho em 2011.

Já no que concerne a causa dos acidentes de trabalho de origem biológica a maioria dos Hospitais inquiridos respondeu que a manipulação de dispositivos cortante e/ou perfurantes foi a causa principal deste tipo acidentes de trabalho – Figura 130.

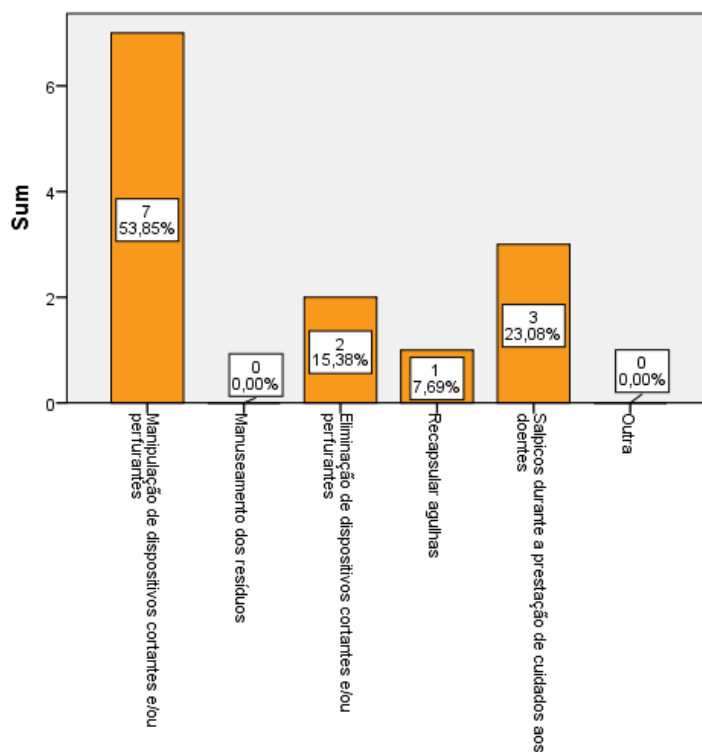


Figura 130 – Causa dos acidentes de trabalho de origem biológica.

A área do corpo mais afetada nos acidentes de trabalho com agentes biológicos no ano de 2011 nos Hospitais em estudo foi os dedos das mãos com 47,67% seguida de outra área corporal com 26,67% - Figura 131.

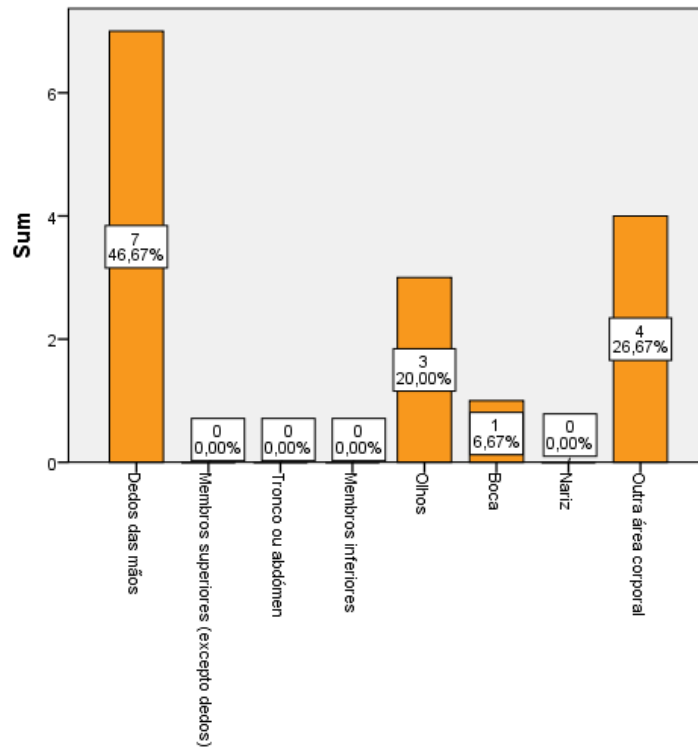


Figura 131 – Área corporal mais afetada nos acidentes de trabalho com agentes biológicos em 2011.

O grupo profissional mais afetado com os acidentes de trabalho de origem biológica nos Hospitais em estudo foram os enfermeiros com 42,86% e os auxiliares com 33,33% - Figura 132.

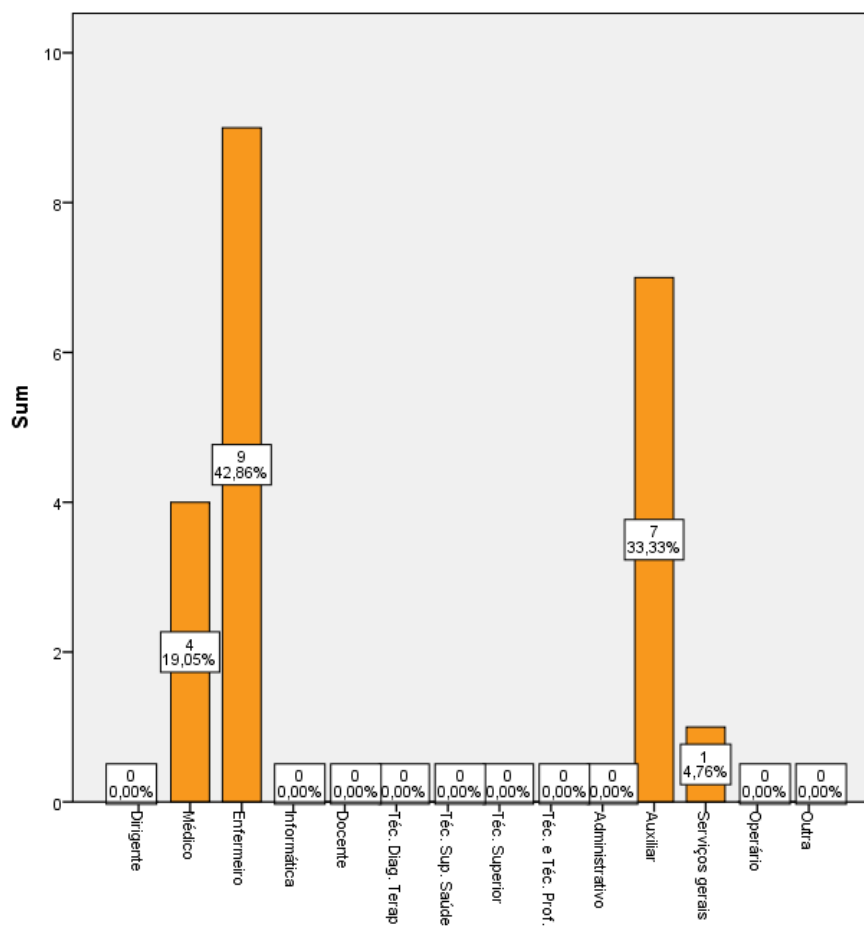


Figura 132 – Grupo profissional mais afetado com acidentes de trabalho de origem biológica.

A maioria dos Hospitais em estudo não possui alguma doença profissional caracterizada no âmbito da exposição a agentes biológicos enquanto 10% possui conjuntivite – Figura 133.

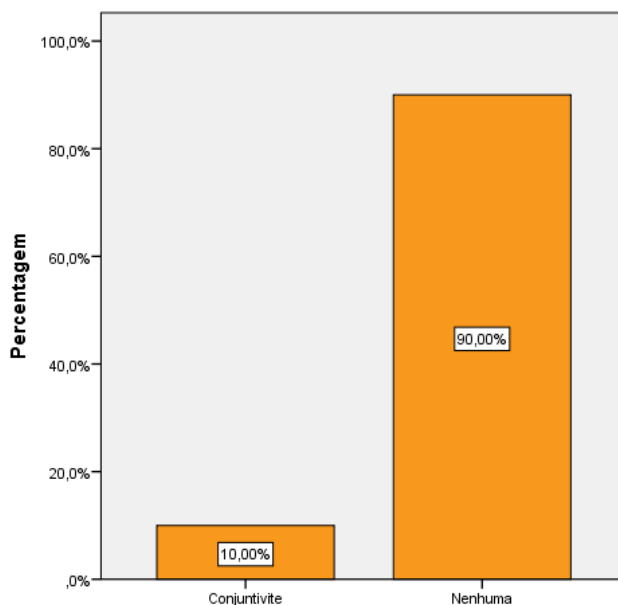


Figura 133 – Doença profissional devido a exposição a agentes biológicos.

15. Trabalho por Turnos

Todos os Hospitais envolvidos no estudo contemplam a realização de turnos e o calendário de turnos é planeado e comunicado aos trabalhadores com antecedência.

E todos os trabalhadores dos Hospitais em estudo realizam exames médicos antes da sua incorporação no sistema por turnos.

Nos Hospitais em estudo o trabalho implica a realização de turnos noturnos e o ciclo sono/vigília é respeitado.

Na maioria dos Hospitais em estudo a duração do turno é inferior a duas semanas e apenas 10% dos Hospitais não o fazem – Figura 134.

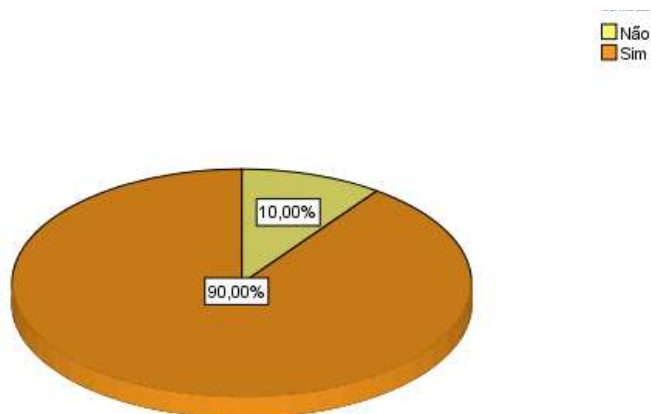


Figura 134 – Turno da noite tem duração inferior a duas semanas.

A carga de trabalho, a que os trabalhadores estão sujeitos, é inferior no turno da noite em 80% dos Hospitais em análise enquanto 20% a carga é superior – Figura 135.

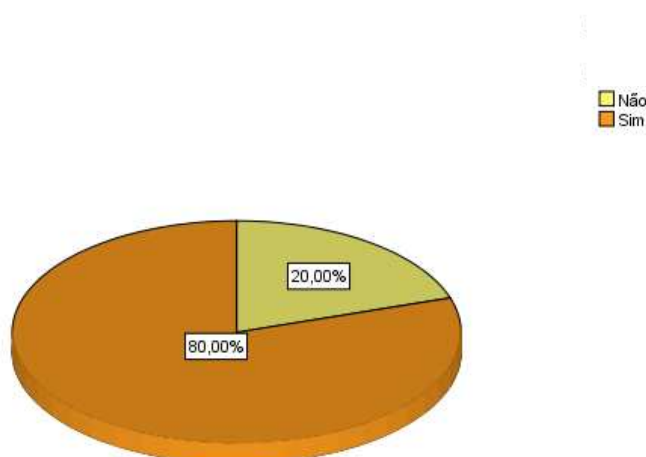


Figura 135 – Carga de trabalho dos trabalhadores é inferior no turno da noite.

Na maioria dos Hospitais em estudo o trabalho por turnos é evitado em trabalhadores que apresentem problemas de saúde relacionados com os mesmos – Figura 136.

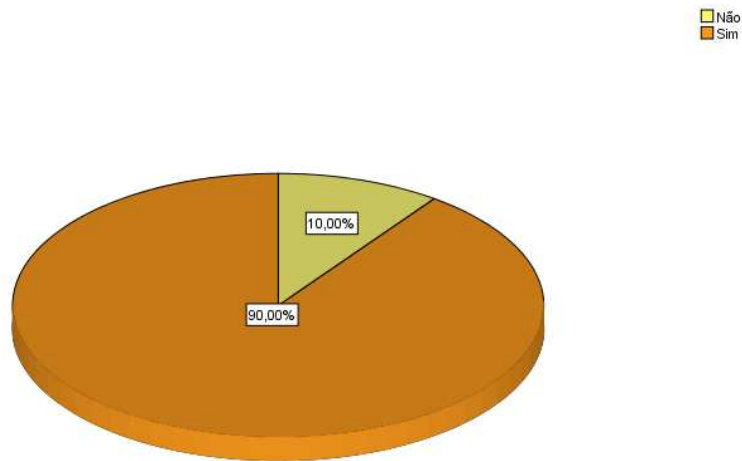


Figura 136 – Os trabalhadores realizam exames médicos antes da sua incorporação no trabalho por turnos.

Em 40% dos Hospitais em estudo o número de acidentes de trabalho é superior nos profissionais que realizam trabalho por turnos ou trabalho noturno – Figura 137.

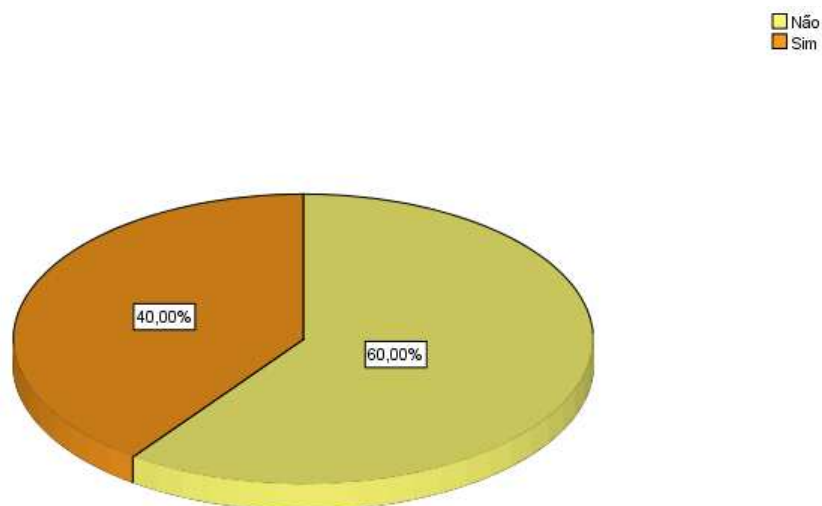


Figura 137 – Número de acidentes de trabalho é maior em trabalho por turnos ou noturno.

16. Informação e Formação dos Trabalhadores

Em relação as ações de formação profissional com duração inferior a 30 horas realizadas em sete dos Hospitais em estudo recorreram a formação interna para a maior parte das formações – Figura 138.

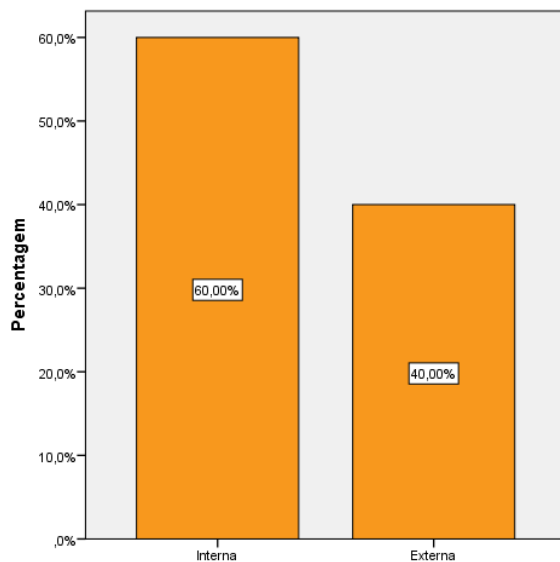


Figura 138 – Menos de 30 horas de formação.

Em relação as ações de formação profissional com duração de 30 a 59 horas realizadas em cinco dos Hospitais em estudo recorreram a formação externa para a maior parte das formações – Figura 139.

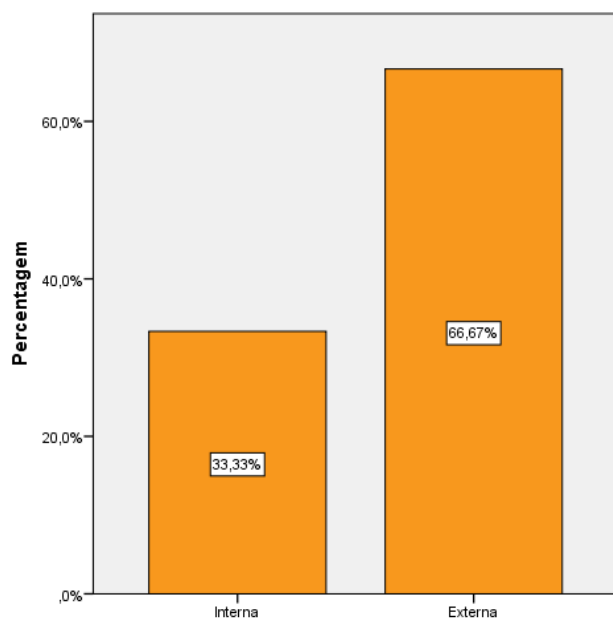


Figura 139 – De 30 a 59 horas de formação.

Em relação as ações de formação profissional com duração de 60 a 119 horas realizadas em dois dos Hospitais em estudo recorreram a formação externa para as formações.

Em relação as ações de formação profissional com duração de 120 ou mais horas realizadas em cinco dos Hospitais em estudo recorreram a formação externa para as formações.

No que concerne ao envolvimento das categorias profissionais no plano de formação os Hospitais em estudo as categorias dos auxiliares e enfermeiros são as mais envolvidas – Figura 140.

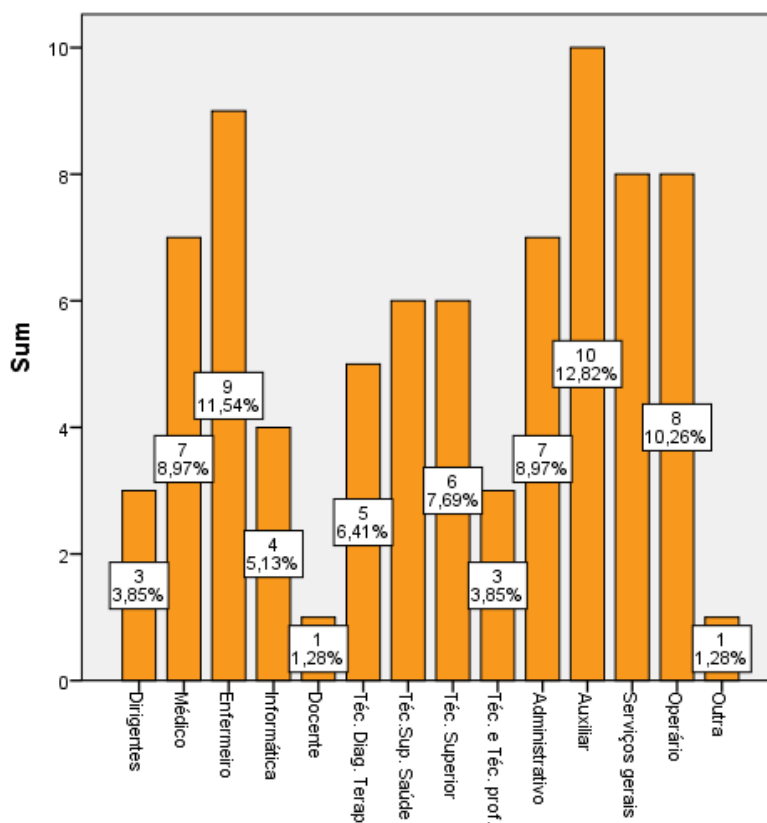


Figura 140 – Categorias profissionais envolvidas no plano de formação.

Em relação ao levantamento das necessidades de formação em matéria de Segurança, Saúde no Trabalho a maioria dos Hospitais em estudo realizou o levantamento em causa – Figura 141.

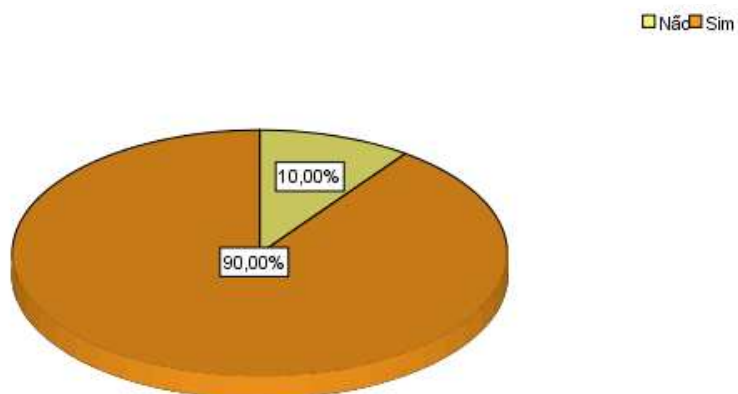


Figura 141 – É efetuado um levantamento das necessidades de formação em matéria de SST.

Em relação a existência de algum plano anual de formação dos trabalhadores em matéria de Segurança e Saúde no Trabalho só 30% dos Hospitais é que diz não possuir – Figura 142.

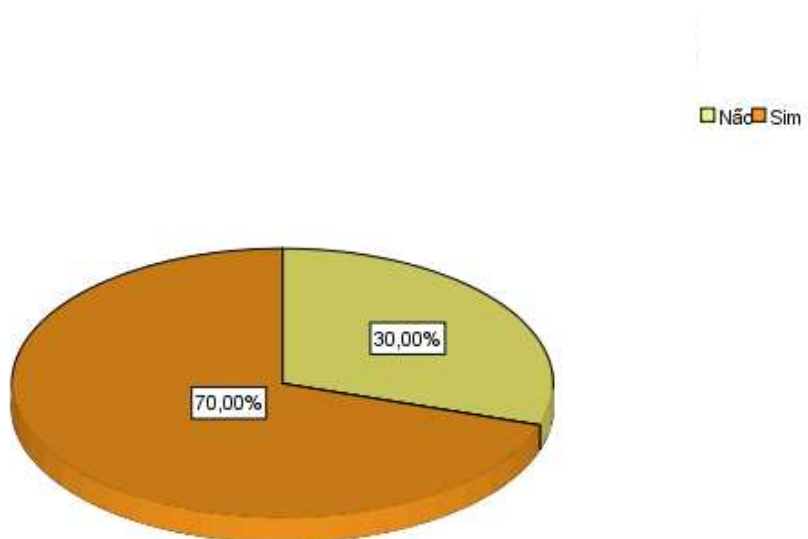


Figura 142 – Existência de plano anual de formação em SST.

A grande parte dos cursos contemplados no plano de formação em matéria de Segurança e Saúde no Trabalho dos Hospitais em estudo abordam, entre outros, os seguintes cursos:

- Noções Gerais de Segurança e Saúde no Trabalho;
- Gestão de Resíduos Hospitalares;
- Segurança Contra Incêndios;
- Manuseamento e armazenamento de produtos químicos;
- Ergonomia no posto de trabalho.

17. Regulamentos

Neste ponto do estudo destaca-se a efetiva presença de diversos regulamentos dos Hospitais.

Os Hospitais em estudo quando questionados se possuíam um Manual de Boas Práticas em Matéria de Segurança e Saúde no Trabalho 70% responderam que sim e 30% não possuem – Figura 143.

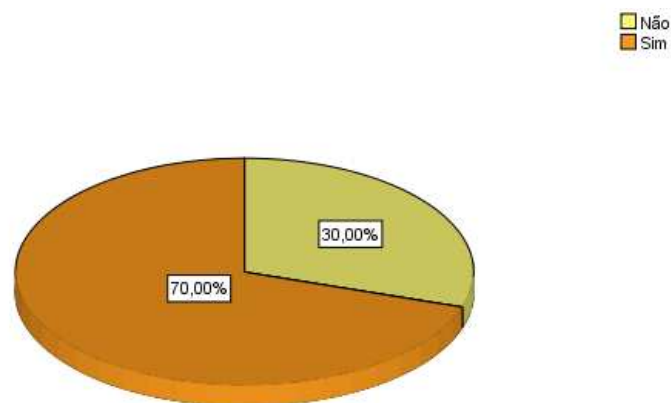


Figura 143 – Existência de Manual de Boas Práticas em matéria de SST.

É de destacar que a maioria dos Hospitais em estudo não possui um Manual de Biosegurança – Figura 144.

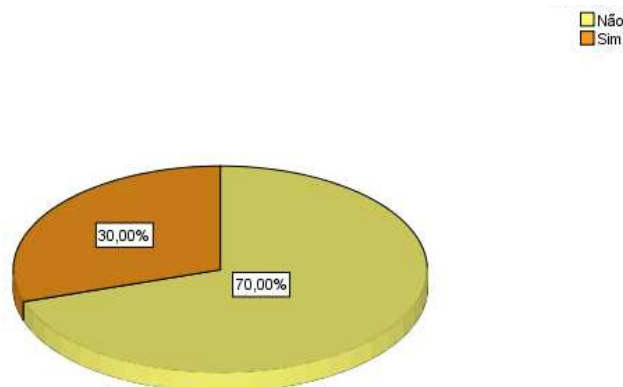


Figura 144 – Existência de Manual de Biosegurança.

Regista-se como elemento pró-ativo a circunstância de 70% dos Hospitais aderentes terem tido a preocupação de conceber Manual de Acolhimento/Integração para novos trabalhadores – Figura 145.

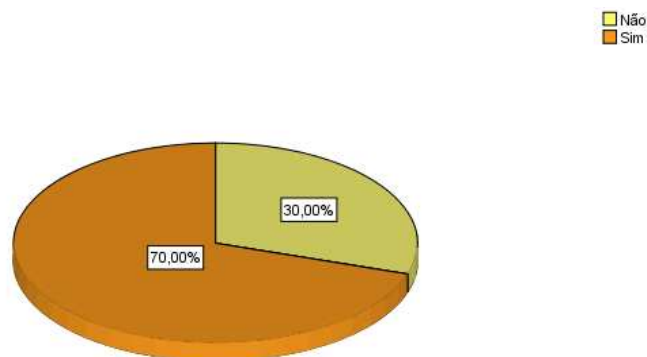


Figura 145 – Existência de Manual de Acolhimento/Integração.

Assim em 50% dos casos, este manual contempla também aspetos relacionados com a problemática da Segurança e Saúde no Trabalho, conforme se destaca na Figura seguinte.

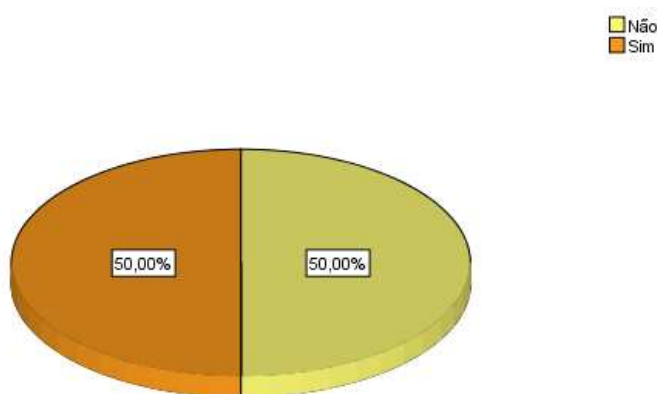


Figura 146 – O manual de acolhimento/integração possui aspetos relacionados com SST.

Na maioria dos Hospitais em estudo existe uma carta de riscos faltando a sua elaboração em 30% dos Hospitais – Figura 147.

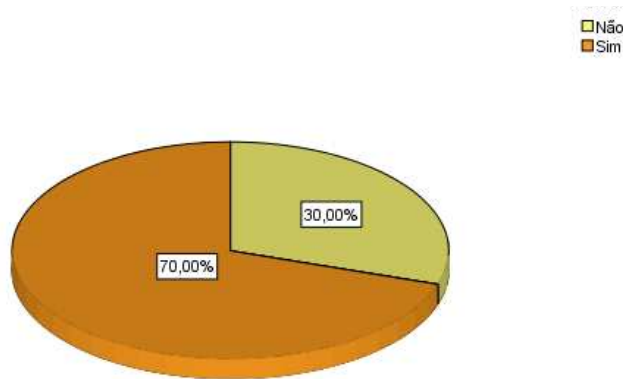


Figura 147 – Existência de carta de riscos.

Analisando-se a Figura 148 verifica-se então que na maioria dos Hospitais existem instruções de segurança, em pelo menos alguns dos seus postos de trabalho.

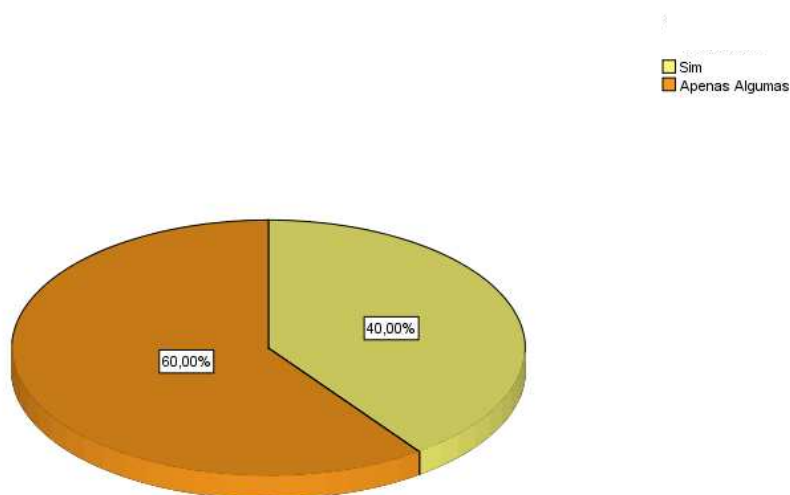


Figura 148 – Existência de instruções de segurança por cada tarefa ou posto de trabalho.

Já no que diz respeito à existência de procedimentos, de Segurança e Saúde no Trabalho e que contemplam entidades subcontratadas verifica-se que a maioria dos Hospitais, respetivamente 70% deles elaboraram procedimentos deste tipo conforme se releva na Figura 149.

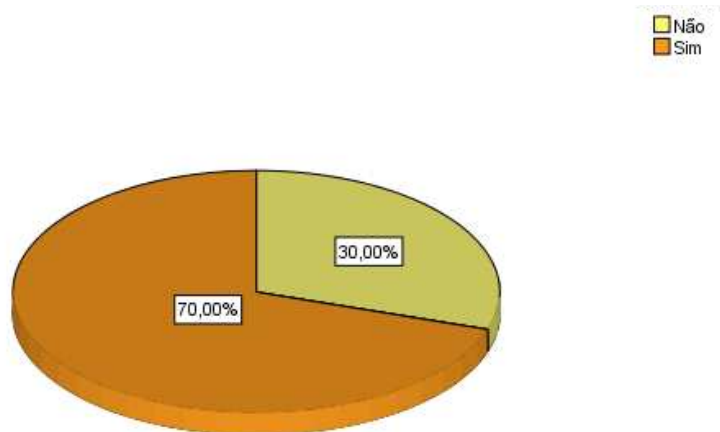


Figura 149 – Existência de procedimentos de SST para entidades subcontratadas.

A maioria dos Hospitais em estudo no caderno de encargos engloba questões de Segurança e Saúde no Trabalho – Figura 150.

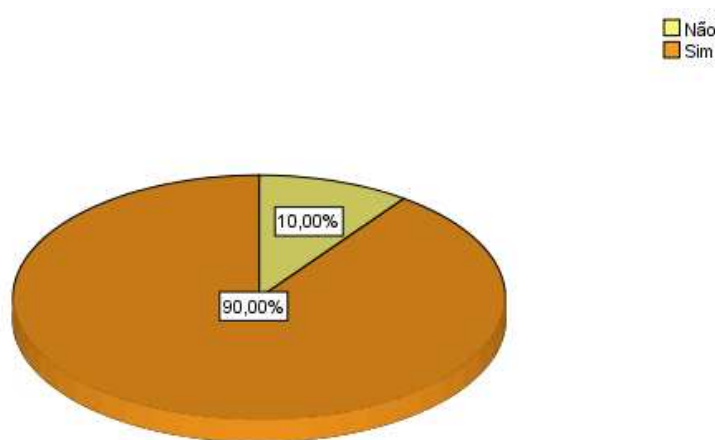


Figura 150 – Caderno de encargos engloba questões de SST.