



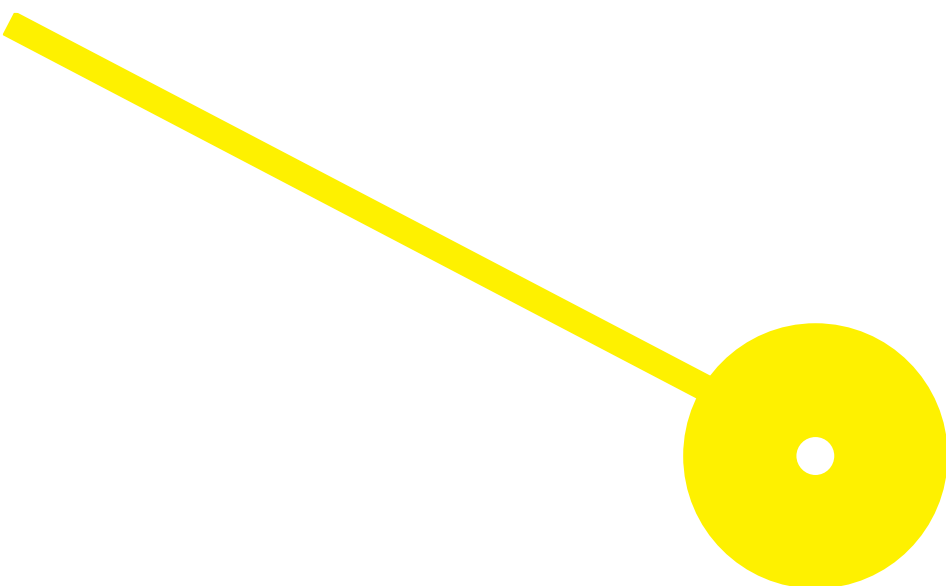
MESTRADO

GESTÃO DAS ORGANIZAÇÕES - RAMO DE UNIDADES DE SAÚDE

Implementação de um sistema de gestão do risco num serviço de urgência básica – Estudo de caso

José Mário Coelho Macedo

12/2020





**ESCOLA
SUPERIOR
DE SAÚDE**

**Implementação de um sistema de gestão do risco num serviço de urgência básica –
Estudo de caso**

Autor

José Mário Coelho Macedo

Orientador(es)

Prof.^ª Doutora Pilar Baylina Machado/ESS

Prof.^º Doutor Rúben Fernandes/ESS

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em **Gestão das Organizações – Ramo Gestão de Unidades de Saúde** pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto.

Dedicatória

A todos os que, utentes ou profissionais, têm sofrido algum dano evitável nas unidades prestadoras de cuidados de saúde.

Agradecimentos

Primeiramente a Deus – sem Ele, esta vida não valeria o risco.

Aos meus mestres e amigos Pilar Baylina e Rúben Fernandes – sem o seu incentivo, os ensinamentos, as chamadas de atenção, o apoio e o manterem a crença quando já eu mesmo duvidava, o que seria deste trabalho?

À minha esposa, Maria Edite – amiga e companheira nas horas boas e más, no ânimo e no desânimo, na alegria e na tristeza. Com que paciência suportou as agruras desta caminhada!

Aos meus filhos João Filipe e Filipe Miguel – quer na proximidade, quer à distância, na observação do pai a caminhar paralelamente com eles os trilhos das actividades académicas, sempre mostraram o seu apoio, nunca duvidaram.

Aos amigos Valentyn, Iryna, Ulyana e Ivanna Horbatyuk – uma extensão da família no apoio e incentivo.

Ao Dr. António Alves, Director-Executivo do ACeS Feira-Arouca – o entusiasmo com que recebeu a minha proposta para a realização deste trabalho e a levou à consideração do Conselho Clínico e da Saúde para o seu parecer, foi uma das forças motivadoras para o mesmo.

À assistente técnica Ana Cristina Bacelo e ao enfermeiro João Vaz Pinto, do Serviço Básico de Arouca – as críticas pertinazes, as sugestões de melhoria, o apoio na motivação dos restantes colegas à participação no projecto, foram importantes na obtenção dos resultados.

Resumo

Constitui preocupação de cada instituição de saúde a prestação de melhores e mais avançados serviços que contribuam para o prolongar a vida das pessoas que a elas recorrem, para além de contribuírem para uma melhor qualidade de vida, enquanto ela durar.

Também os seus utentes, bem como os profissionais que nelas trabalham, têm necessidade de se sentir protegidos contra efeitos adversos que os venham a afetar física, mental ou socialmente.

Por tal, quer a nível nacional quer a nível internacional, pelas entidades tutelares da saúde têm sido tomadas decisões e implementadas medidas tendentes a diminuir o risco de efeitos adversos para os utentes que as frequentam.

Objetivo: Desenvolver e implementar um sistema de gestão do risco num Serviço de Urgência Básica no sentido de promover a segurança do doente e a segurança dos profissionais de saúde.

Metodologia: Estudo de caso prospetivo, explanatório e descritivo aplicado a um Serviço de Urgência Básica, recorrendo à ISO 31000 – Gestão do Risco nas Organizações, e à ferramenta de suporte Healthcare Failure Mode and Effects Analysis (HFMEA).

Resultados: Foram estudadas possíveis falhas, suas causas e seus efeitos, em vários processos de trabalho no Serviço de Urgência Básica de Arouca, tendo-se encontrado 57 possíveis falhas associadas a 88 diferentes efeitos, com magnitudes de risco classificadas entre grave (1 caso), muito grave (18 casos) e inaceitável (38 casos). As falhas cujos efeitos se repercutem nos utentes foram mencionadas 2,6 vezes mais dos que as que atingem primariamente os profissionais.

Conclusão: O projecto de Gestão de Risco no SUB de Arouca, permitiu identificar diferentes falhas em alguns dos seus processos de trabalho, para as quais foram determinadas medidas correctivas a realizar pela equipa e pelas entidades que tutelam o serviço, a aplicar no mais curto espaço de tempo possível, para garantir uma maior segurança nos seus serviços.

Palavras-chave: Gestão de risco, Segurança do utente, Riscos profissionais, HFMEA, Serviço de Urgência Básica.

Abstract

One of the primary concerns of health institutions is to provide their patients with the best and most advanced services that may prolong their lives, in addition to contributing to a better quality of life – for how long it may last.

Furthermore, both the patients and the personnel of said institutions need to feel protected against any adverse effects that may affect them, either physically, mentally or socially.

For this reason, both national and international health authorities have made decisions and implemented measures that are intended to diminish the risk of adverse health effects in their patients and personnel.

Objective: To develop and to implement a risk management system in a Basic Emergency Service in order to promote patient safety as well as the safety of health professionals.

Methodology: A prospective, explanatory and descriptive case study applied to a Basic Emergency Service, using the ISO 31000 – Risk Management in Organizations norm, as well as other support tools such as the Failure Mode and Effects Analysis (FMEA) and the Healthcare Failure Mode and Effects Analysis (HFMEA).

Results: Possible failures, their causes and their effects, were studied in various work processes in the Arouca Basic Emergency Service. Fifty-seven possible failures associated with 88 different effects, with risk magnitudes classified as severe (1 case) , very severe (18 cases) and unacceptable (38 cases) were identified. Failures which might have repercussions on patients were identified 2.6 times more than those caused primarily by professionals.

Conclusion: The Risk Management project at SUB de Arouca, allowed to identify different failure in some of its work processes, for which corrective measures were determined to be carried out by the team and by the entities that oversee the service, to be applied in the shortest time possible to ensure greater security in their services.

Keywords: Risk management, Patient safety, Professional risks, HFMEA, Basic Emergency Service.

Índice

Índice de Figuras.....	VIII
Índice de Tabelas.....	IX
Lista de Abreviaturas.....	XI
1. Introdução.....	1
1.1. Motivação.....	1
1.2. Objectivos.....	2
1.3. Estrutura da Tese.....	2
2. Métodos.....	4
2.1. Metodologia aplicada ao Capítulo “Estado-da-Arte”.....	4
2.2. Metodologia aplicada ao Capítulo “Resultados”.....	6
2.2.1. Tipo de Estudo.....	6
2.2.2. População alvo e Amostra.....	6
2.2.3. Instrumentos de recolha de dados.....	6
2.2.4. Tratamento dos dados.....	7
3. Estado da Arte.....	8
3.1. Enquadramento.....	8
3.2. A Segurança do Doente.....	9
3.3. A Segurança do Doente em Portugal.....	14
3.4. A Segurança dos Profissionais de Saúde.....	15
3.5. A Gestão do Risco.....	17
3.6. A Gestão do Risco na Saúde.....	18
3.7. O Processo de Gestão do Risco.....	18
4. Resultados.....	22
4.1. Apresentação da Instituição e do SUB.....	22
4.2. Descrição da HFMEA.....	23
4.3. Aplicação da HFMEA.....	27

4.3.1. Reuniões iniciais	27
4.3.2. Inquéritos.....	29
4.3.3. Análise final e plano de acção	31
4.4. Apresentação dos resultados da aplicação da HFMEA	32
4.4.1. Fase 1	32
4.4.2. Fase 2.....	35
4.5. Plano de Acção.....	39
5. Discussão dos Resultados.....	42
6. Conclusão.....	47
6.1. Considerações Gerais.....	47
6.2. Análise SWOT	48
7. Referências Bibliográficas.....	50
Anexos.....	56
Anexo A HFMEA – SUB Arouca: Inquérito 1 (Identificação de possíveis falhas, seus modos e efeitos) 1	
Anexo B HFMEA–SUB_Arouca: Inquérito 2 (Gradação de Probabilidade e Gravidade de Falhas e Efeitos).....	3

Índice de Figuras

Figura 1– Modelo da Norma ISO 31000:2009 (Fonte: ISO 2009).....	19
Figura 2 – Localização do ACeS Feira-Arouca na área geográfica da ARSNorte.....	22
Figura 3 – Árvore de decisão	27

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Termos chave usados na revisão da literatura.....	4
Tabela 2 – Sites nacionais e internacionais pesquisados.....	4
Tabela 3 – Critérios de inclusão e exclusão utilizados na revisão da literatura.....	5
Tabela 4 – Níveis de aceitação de risco estimado.....	24
Tabela 5– Graduação de probabilidade de ocorrência de falha.....	25
Tabela 6 – Severidade da lesão/dano.....	25
Tabela 7 – Graduação da magnitude de risco.....	26
Tabela 8 – Acções a tomar e respectivos prazos de execução.....	26
Tabela 9 – Critérios de graduação de severidade a utilizar neste projecto do SUB de Arouca.....	28
Tabela 10 – Número de reportes obtidos, por grupo profissional.....	33
Tabela 11 – Número de reportes de falhas, por processo.....	33
Tabela 12 – Distribuição de magnitudes de risco, por processo e grau.....	34
Tabela 13 – Distribuição de magnitudes de risco, por processo e grau.....	36
Tabela 14 – Diferentes tipo de riscos, quantificados por possíveis causas, possíveis efeitos e sua distribuição por vítimas-alvo.....	36
Tabela 15 – Distribuição de Tipos de Vítima-alvo por Magnitude e Processo.....	38
Tabela 16 – Plano de Acção: Medidas a tomar pela equipa do SUB.....	39
Tabela 17 – Plano de Acção: Sugestões a enviar ao ACeS para implementação por entidade responsável.....	40

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Falhas reportadas por grupo profissional e processo.....	34
Gráfico 2 – Distribuição relativa de vítimas-alvo.....	38

Lista de Abreviaturas

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

APA – *American Psychological Association*

APNOR – Associação de Politécnicos do Norte

CIPU – Comunicação/Interacção Profissional-Utente

DGS – Direcção Geral da Saúde

ECDC – *European Centre for Disease Prevention and Control*

ECG – Electrocardiograma

Enf. – Enfermeiro(a)

EUA – Estados Unidos da América

FMEA – *Failure Mode and Effects Analysis*

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IoM – *Institute of Medicine*

IPP – Instituto Politécnico do Porto

HFMEA – Healthcare Failure Mode and Effects Analysis

ISO – *International Organization for Standardization*

ISO/IEC – comité técnico conjunto da Organização Internacional de Normalização e da Comissão Eletrotécnica Internacional

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

Méd. – Médico(a)

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020

TSDT – Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica

RMA – Resistência antimicrobiana

SE_HSS – Serviço de Emergência do Hospital de São Sebastião

SST – Saúde e Segurança no Trabalho

SUB – Serviço de Urgência Básica

WHO – *World Health Organization*

1. Introdução

1.1. Motivação

Nos últimos anos a gestão do risco na saúde assume cada vez mais relevância na maioria dos países desenvolvidos. De uma forma geral as indústrias consideradas de maior risco, como a aeronáutica e a nuclear que investem muito e há muito tempo nesta área, possuem um grau de segurança muito superior ao actualmente evidenciado pelo sector da saúde. De facto, existe uma probabilidade de um para 1 000 000 de um passageiro sofrer danos físicos num avião mas, comparativamente, existe uma probabilidade de um para 300 do doente sofrer dano na prestação de cuidados de saúde. Embora recente, a preocupação com a gestão do risco na saúde é um dado adquirido, no sentido da implementação de uma abordagem proactiva de modo a identificar os riscos antes que ocorram os incidentes ou acidentes (World Health Organization, 2019a, 2019b).

Desde a publicação, em 1999, do documento “To Err is Human: building a safer health system” que a segurança do doente, bem como a implementação de uma cultura de segurança nas instituições de saúde tem vindo a adquirir cada vez mais importância (Khon, Corrigan, & Donaldson, 2000).

Assim, a inclusão da gestão do risco nas políticas de saúde desenvolvidas a nível governamental é hoje uma tendência crescente mundial, e exemplos relevantes podem ser notados na aplicação de ferramentas e metodologias de gestão do risco nos prestadores de cuidados de saúde.

O trabalho efetuado no âmbito do Mestrado de Gestão das Organizações está enquadrado na temática da Gestão do Risco, direccionado à segurança do doente e dos profissionais numa unidade de cuidados primários, mais especificamente num Serviço de Urgência Básico (SUB).

A exiguidade de recursos humanos dos ACeS é condicionante para algumas das actividades desta entidade o que, aliado a outros factores, faz com que a implementação de metodologias de gestão de risco nas suas unidades tenha sido, até à data, incipiente. Por tal, sendo que o autor integra o quadro de médicos do respetivo ACeS Entre Douro e Vouga I – Feira e Arouca, de que foi simultaneamente Presidente do Conselho Clínico e da Saúde, considerou uma mais valia para a instituição a elaboração deste trabalho como tese de mestrado.

Considerou ainda útil incluir neste trabalho a avaliação dos riscos a que estão sujeitos os profissionais de saúde, porque não poderá haver segurança para os utilizadores dos serviços de saúde se aqueles profissionais, eles mesmos, estiverem sujeitos a eventos que os coloquem em

risco, cerceando-os na sua capacidade de cuidarem adequadamente dos que procuram os seus serviços.

1.2. Objectivos

O objectivo geral deste projecto é a promoção da cultura de segurança dentro da instituição de saúde através da implementação de metodologias de gestão do risco.

- Os objectivos específicos são:
- Implementação de um programa de Gestão de Risco com o intuito de diminuir os riscos a que utentes e profissionais da unidade de saúde se encontram sujeitos, através da sua identificação e categorização, de forma a permitir a tomada de decisões mais adequadas à correcção dos factores que, para eles, contribuem;
- Elaboração de um plano de acções que promova a diminuição e/ou eliminação dos riscos.

No que concerne a questões de investigação, as mesmas definem-se por:

- Q1: quais os riscos que mais afetam os utentes dos serviços do SUB.
- Q2: quais os riscos que mais afetam os profissionais dos serviços do SUB;
- Q3: quais as acções a implementar para tratar os riscos identificados.

1.3. Estrutura da Tese

Esta dissertação está dividida em 6 capítulos.

Neste primeiro capítulo, a Introdução, apresenta a motivação para a realização deste estudo, os objectivos pretendidos com o trabalho e a estrutura da tese.

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

No terceiro capítulo é apresentado o Estado da Arte com a revisão da literatura relacionada com o problema em estudo onde é abordada a problemática da segurança do doente. Esta análise será efectuada tendo em atenção o enquadramento internacional e nacional. Será também efectuada uma análise relacionada com a segurança dos profissionais, no sentido de conhecer o tipo de riscos a que estão sujeitos na sua atividade do dia-a-dia. Seguidamente é elaborada uma revisão referente à gestão do risco, modelos, ferramentas e melhores práticas utilizadas, em termos internacionais e nacionais, nos diferentes sectores de atividade e a sua aplicabilidade na saúde. Será efectuado um enfoque na análise do modelo de Gestão do Risco preconizado pela ISO 31000 assim como a ferramenta HFMEA.

No capítulo 4 são apresentados os resultados obtidos tendo em vista o cumprimento dos objectivos propostos inicialmente.

A discussão dos resultados obtidos apresenta-se no capítulo 5.

A conclusão integra o 6º e último capítulo deste trabalho.

Quanto a referências bibliográficas, estas incluem a listagem das obras e publicações consultadas ao longo de todo o documento.

Na secção relativa a anexos, estão dispostos os documentos considerados pertinentes e que complementam esta dissertação.

2. Métodos

Para o desenvolvimento do presente trabalho foi efectuado um estudo de caso prospectivo, explanatório e descritivo, tendo em atenção vários aspectos, descritos posteriormente (página 6):

No capítulo “Estado-da-Arte” foi aplicada uma metodologia exploratória descritiva (seguidamente é apresentada com mais detalhe).

No capítulo Resultados, foi aplicada a metodologia de estudo de caso prospectivo, explanatório e descritivo (seguidamente é apresentada com mais detalhe).

Nos capítulos Discussão e Conclusão foi utilizada uma metodologia explanatória descritiva.

2.1. Metodologia aplicada ao Capítulo “Estado-da-Arte”

Neste capítulo foi utilizada uma metodologia exploratória, suportada numa revisão da literatura realizada através da utilização de um conjunto de termos-chave (Tabela 1) nas bases de dados científicas *B-On*, *Pubmed*, *Google Scholar* e *Science Direct*.

Tabela 1 – Termos chave usados na revisão da literatura

Termos Chave (PT)	Keywords (EN)
Segurança do doente	<i>Patient Safety</i>
Saúde e Segurança do Profissional de Saúde	<i>Healthcare worker's Health and Safety</i>
Gestão do Risco	<i>Risk management</i>
Prevenção	<i>Prevention</i>
Cuidados primários	<i>Primary care</i>

PT – Português; EN – English

Foram também pesquisados diversos sites, nacionais e internacionais, de entidades relevantes no sentido de melhor enquadrar a problemática em questão (Tabela 2).

Tabela 2 – Sites nacionais e internacionais pesquisados

Sites Nacionais	
Direção Geral da Saúde (DGS)	http://www.dgs.pt/
Governo Português (GP)	http://www.portugal.gov.pt/pt.aspx
Administração Central de Sistemas de Saúde (ACSS)	http://www.acss.min-saude.pt/

(continua)

Sites Nacionais (continuação)	
Portal da Saúde (ACSS)	http://www.portaldasaude.pt/portal
Entidade Reguladora da Saúde (ERS)	https://www.ers.pt/
Administração Regional do Saúde – Norte (ARS-Norte)	http://www.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte
Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (PNS)	http://pns.dgs.pt/?cpp=1
Sites Internacionais	
Legix	http://www.legix.pt/
Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)	http://www.ahrq.gov/
Department of Health, UK (DH)	https://www.gov.uk/government/organisations/department-of-health
European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)	http://www.ecdc.europa.eu/en/Pages/home.aspx
European Union (EU)	http://europa.eu/
Health Protection Agency (HPA)	http://www.hpa.org.uk/HPAwebHome/
International Organization for Standardization (ISO)	https://www.iso.org/home.html
International Labor Organization (ILO)	https://www.ilo.org/global/lang-en/index.htm
Joint Commission (JC)	http://www.jointcommission.org/
National Healthcare Safety Network (NHSN)	http://www.cdc.gov/nhsn/
National Healthcare Service, UK (NHS)	http://www.nhs.uk/Pages/HomePage.aspx
Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)	http://www.oecd.org/
Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA)	http://www.shea-online.org/
World Health Organisation (WHO)	http://www.who.int/en/
VA National Center for Patient Safety	https://www.patientsafety.va.gov/professionals/onthejob/hfmea.asp

Numa primeira fase a revisão da literatura foi suportada na metodologia “snowball”. Posteriormente, e no sentido de enriquecer a referida revisão, efetuou-se uma revisão mais seletiva da literatura tendo em atenção alguns critérios de inclusão e exclusão (Tabela 3) para melhor enquadrar a temática em análise e limitar a quantidade de artigos sugeridos pelas buscas nas referidas bases de dados científicas.

Tabela 3 – Critérios de inclusão e exclusão utilizados na revisão da literatura

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
<p>Os artigos devem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ser publicados e disponíveis no domínio público; • Ser relacionados com a segurança do doente; • Ser relacionados com a saúde e segurança do profissional de saúde; • Ser relacionados com a gestão do risco em Saúde, com foco nos cuidados de saúde primários; • Ter sido publicados entre 1996 e 2020; • Ter sido publicados em Inglês ou Português 	<p>Os artigos não devem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Focar em patologias específicas; • Focar apenas em questões financeiras • Apresentar estudos em países sub-desenvolvidos;

Como gestor de bibliografia foi utilizado o software *Mendeley Desktop*, version 1.19.4, que permitiu gerir, de forma eficaz, as citações e referências.

2.2. Metodologia aplicada ao Capítulo “Resultados”

2.2.1. Tipo de Estudo

Tendo em atenção os objectivos do presente trabalho, foi efectuado um estudo de caso prospectivo, explanatório e descritivo, tendo em atenção os seguintes aspectos:

O processo de gestão do risco foi suportado no modelo de gestão do risco preconizado pelo referencial normativo “ISO31000 – Gestão do Risco nas organizações” (ISO, 2018)

O processo de gestão foi aplicado tendo como base a metodologia HFMEA (DeRosier, Stalhandske, Bagian, & Nudell, 2002) (Stalhandske, DeRosier, Wilson, & Murphy, 2009)

Outras ferramentas foram tidas em atenção, de acordo com o preconizado pela ISO/IEC 31010:2009 (ISO/IEC, 2009).

O presente estudo foi autorizado pelo Conselho Executivo do ACeS e respectivo Conselho Clínico e da Saúde.

Foram também realizadas reuniões presenciais para a apresentação do projecto, entrega de material explicativo do mesmo, e esclarecimento de dúvidas sobre a metodologia a aplicar no processo de gestão do risco.

2.2.2. População alvo e Amostra

A população-alvo deste estudo inclui todos os utentes e profissionais de saúde do Serviço de Urgência Básica de Arouca. No entanto o presente trabalho foi desenvolvido com a participação ativa de 21 profissionais de saúde nas suas diferentes vertentes – médica, enfermagem, técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, assistentes técnicos e assistentes operacionais, que se encontravam ao serviço no período de Setembro de 2019 a Agosto de 2020.

2.2.3. Instrumentos de recolha de dados

A recolha de dados foi suportada em:

- Reuniões presenciais e via plataforma ZOOM;
- Troca de emails;
- Questionários elaborados na plataforma *Google Forms®* (ver anexos A e B);
- Ficheiros em formato *Excel®* e *Word®* para recolha e análise de dados;

- Colocação, no ambiente de trabalho de todos os computadores do SUB, do link de acesso rápido aos ficheiros de recolha de dados;
- Matriz HFMEA para a recolha dos riscos identificados pelos diferentes profissionais de saúde envolvidos neste estudo (adaptado do modelo disponibilizado pelo *Veteran Affairs National Center for Patient Safety* (VA National Center for Patient Safety, n.d., 2011, 2014).

2.2.4. Tratamento dos dados

A análise descritiva apresentada foi efetuada com o suporte do programa Microsoft Excel®.

A organização, análise e interpretação dos dados referentes à gestão do risco foi efetuada com o apoio da matriz HFMEA adaptada do modelo disponibilizado pelo *Veteran Affairs National Center for Patient Safety* (VA National Center for Patient Safety, n.d.) no sentido de efetuar:

- Descrição do contexto organizacional, incluindo a identificação dos processos envolvidos no estudo;
- Identificação e a análise exaustiva das falhas, suas causas e respetivos efeitos;
- Quantificação do risco através das matrizes de quantificação da severidade e probabilidade de ocorrência;
- Aplicação da árvore de decisão, de acordo com o estipulado pela metodologia HFMEA;
- Avaliação do risco e priorização da actuação tendo em atenção as matrizes apresentadas no capítulo de resultados (
- Tabela 4, Tabela 5, Tabela 6, e Tabela 7);
- Desenvolvimento de um plano de acções tendo em conta a metodologia dos 5W2H. (Veyrat, 2016).

3. Estado da Arte

“Errar é humano, mas quando a borracha se gasta mais do que o lápis, você está positivamente exagerando.”

J Jenkins

3.1. Enquadramento

O erro faz parte de toda a actividade humana. Diz-se que é errando que se aprende. Efectivamente, é por comparação com o erro que se consegue distinguir melhor o que é correcto. Pode-se considerar que os erros são oportunidades de aprendizagem. A questão é o que se faz com essas oportunidades. São aproveitadas para corrigir atitudes e procedimentos? Existe a humildade de reconhecer que se errou e perceber o porquê do erro, na busca de melhoria? O que se vai fazer para que o erro não se repita e se seja mais perfeito no que se faz?

Apesar de nem todos os erros resultarem em dano, geralmente, associado ao erro existe dano. Todos os erros que resultem em dano grave ou morte devem ser avaliados para ser possível avaliar a possibilidade de introduzir melhorias nos procedimentos, com o objectivo de reduzir a probabilidade de ocorrência de eventos similares no futuro, bem como diminuir a sua gravidade. E os que não resultam em danos graves ou morte também representam uma oportunidade importante para identificar possíveis melhorias do sistema, sempre no sentido da prevenção de eventos adversos. Prevenir erros significa actuar em todos os níveis do sistema para o tornar mais seguro. Ao invés de culpar os indivíduos por erros passados, é preferível focar na prevenção de erros futuros, tornando o sistema mais seguro (Fragata, 2010; Khon et al., 2000).

A problemática do erro médico e da segurança do doente na era moderna reporta o seu início aos anos 50 do séc. XX, quando na literatura médica começaram a surgir publicações respeitantes a esta temática. Contudo, a despeito das publicações regulares de danos e mortes de doentes, poucos foram os efeitos na melhoria da prática médica. Porque não dizê-lo, o erro médico e a segurança do doente eram temas votados ao ostracismo. Por exemplo, efectuaram-se muitas tonsilectomias desnecessárias, apesar de condenadas na literatura desde 1950. Apenas na década de 70, em consequência de escândalo público, elas se foram tornando, lentamente, menos comuns.(Millenson, 2002).

Constitui preocupação de cada instituição de saúde a oferta de melhores e mais avançados produtos e serviços que contribuam para o prolongar a vida das pessoas que a elas recorrem e lhes proporcionar a melhor qualidade de vida, no que à saúde respeita. Atualmente, em saúde

como em outras áreas de atividade, “melhor” significa não só maior qualidade, mas também maior rapidez de actuação e mais baixo custo sem prejuízo da segurança, cujo conceito deve estar sempre implícito. No actual contexto macroeconómico complexo e instável, a segurança/gestão de risco é um elemento de suporte fundamental para a gestão das instituições de saúde, no sentido de promover a diminuição de número de factores que constituem uma ameaça à estabilidade das mesmas.

Sendo os seus clientes/utentes e os seus profissionais dois dos melhores valores que as instituições possuem (entre outros), é crescente a preocupação das mesmas em garantir a sua segurança através do controlo e diminuição dos riscos a que eles estão expostos, e assim, crescentes são também os estudos de avaliação e os instrumentos de trabalho que visam diminuir os riscos a que ficam sujeitos, nas suas instalações e serviços, os que a elas recorrem.

3.2. A Segurança do Doente

Nos últimos anos, a segurança do doente tem adquirido maior significância na área da saúde, sendo reconhecida globalmente como um importante problema de saúde pública. Estima-se que, no mundo, a ocorrência de efeitos adversos resultantes da prestação de cuidados de saúde se situe entre as principais causas de morte ou incapacidade. Nos países desenvolvidos, um em cada dez pacientes sofrerá dano quando sujeito a cuidados hospitalares e nos países de baixo e médio rendimento, em cada ano, ocorrem 134 milhões de efeitos adversos nesses mesmos cuidados, resultando em 2,6 milhões de mortes. (World Health Organization, 2019b)

Os danos sofridos pelos doentes estão associados a eventos adversos que, de uma forma geral, se relacionam com a crescente complexidade dos múltiplos meios, sistemas e procedimentos envolvidos na prestação de cuidados de saúde, que propicia uma maior probabilidade de erro devido a factores organizacionais, a factores relacionados com os profissionais e até a factores relacionados com a doença. Esses danos, e os custos neles implicados, são de tal relevância que as principais organizações de saúde, tais como a Organização Mundial de Saúde e a Comissão de Saúde do Conselho Europeu, assim como diversas agências e organismos internacionais, desenvolveram nos últimos anos estratégias que, através de planos, acções e medidas legislativas, permitem um maior controlo sobre os eventos adversos evitáveis na prática clínica (Conselho da União Europeia, 2009b; DGS, 2015a; World Health Organization, 2019b).

A segurança do doente define-se, segundo a OMS (2009), como a ausência de danos evitáveis a um doente durante o processo de cuidados de saúde e a redução do risco de danos

desnecessários a um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se a noção colectiva em face do conhecimento actual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados, em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento. (OMS – Organização Mundial da Saúde (Tradução realizada pela Divisão de Segurança do Doente Departamento da Qualidade na Saúde – DGS), 2011; World Health Organization, 2020a).

A consciencialização de que a segurança do doente é uma importante questão na prestação de cuidados de saúde aumentou quando, no final do século XX, duas instituições prestigiadas no sector da saúde, o *Institute of Medicine* (IoM) dos Estados Unidos da América (EUA) e *Government's Chief Medical Officer* do Reino Unido, publicaram relatórios sobre erros clínicos e eventos adversos.

O relatório do IoM intitulado "*To Err is Human: building a safer health system*" apresentou números chocantes de danos associados a erros médicos e eventos adversos decorrentes da prática clínica em organizações de saúde devido à falta de segurança e qualidade. Este relatório também apontou que a taxa de erro em saúde era maior do que em outros sectores de atividade onde o desenvolvimento e implementação de sistemas de gestão de risco já é prática corrente e enraizada desde os anos 50 (Khon et al., 2000).

Por sua vez o relatório do *Government's Chief Medical Officer*, intitulado "*An Organisation with Memory*" publicou o que era conhecido sobre a escala e a natureza das falhas graves no sistema do Serviço Nacional de Saúde (NHS) do Reino Unido, apresentando também algumas considerações de como o NHS poderia aprender com essas falhas e recomendar métodos para minimizar as falhas futuras. As sugestões aqui apresentadas foram suportadas não apenas por evidências médicas, mas também pelo conhecimento e experiência de outras indústrias de alto risco, como a área aeroespacial. A análise exaustiva desencadeada por este relatório levou à introdução de melhorias no NHS e promoveu a modernização do processo de gestão do risco, abordando um conjunto-chave de objectivos para criar mecanismos notificação, apoiar uma cultura de aprendizagem aberta, garantir a adoção mais ampla e abordagem sistémica para minimizar o erro (Donaldson, 2000).

No seguimento do movimento desencadeado por estes dois relatórios, e dada a importância da sua temática, a 55.^a Assembleia Mundial de Saúde aprovou a Resolução WHA55.18, em Maio de 2002, que alertou os Estados-Membros para que prestassem mais atenção ao problema da segurança do doente e que estabelecessem e reforçassem a evidência científica necessária para melhorar a segurança do doente e a qualidade dos cuidados (World Health Assembly, 2002).

Também outras organizações se associaram a este “*momentum*” e novos programas e projectos foram desencadeados a nível internacional e nacional (Baylina & Moreira, 2012).

Em termos internacionais a Aliança Mundial para a Segurança do Doente instituída em 2004 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), juntamente com a Declaração do Luxemburgo sobre a Segurança do Doente, apresentada em 2005, reconheceram que o acesso a cuidados de saúde de alta qualidade é um direito humano fundamental a ser valorizado pela União Europeia, e levou a publicação em 2006, pelo Conselho de Ministros da Europa, de um conjunto de recomendações aos governos dos Estados-Membros para garantir a importância da segurança do doente na política de saúde, especialmente nas políticas de melhoria da qualidade. A necessidade de se estabelecer uma política de segurança do doente (que promova uma cultura de segurança em todos os níveis de cuidados de saúde), e adopção de uma abordagem prospectiva e preventiva (que destaca a importância de aprender com os incidentes já ocorridos e que visa a ausência de dano no doente) foram definidas como principais prioridades. Essas duas prioridades deveriam ser cumpridas com um conjunto de sistemas de apoio, tais como:

- Implementação de um sistema de comunicação e registo de incidentes (não punitivo, independente de outros processos regulatórios, projectado para estimular o processo de registo);
- Desenvolvimento de sistema de ensino-aprendizagem ajustado às necessidades dos profissionais de saúde e doentes;
- Desenvolvimento de um sistema de indicadores para monitorizar e avaliar a segurança do doente (capaz de identificar problemas de segurança, avaliar a eficácia das intervenções e facilitar comparações internacionais);
- Implementação de plataforma de benchmarking para promover a cooperação nacional e internacional e o intercâmbio de experiências (em todos os níveis, desde a concepção de sistemas, processos padronizados, registo e reporte, desenvolvimento de indicadores);
- Desenvolvimento de investigação aprofundada e inovação em segurança do doente.

Além do exposto, alguns pré-requisitos devem ser considerados:

- A segurança do doente deve ser reconhecida como a base da qualidade da saúde;
- A implementação de uma abordagem sistemática para garantir o desenho de estruturas e processos para obter os resultados esperados;
- A padronização/sistematização da linguagem relacionada à segurança do doente deve ser promovida;

- A gestão da qualidade e do risco deve ser incluída nos conteúdos dos cursos de ensino e formação de profissionais de saúde;
- O conhecimento do comportamento humano para promover a gestão de risco eficaz;
- A abordagem sistémica para melhorar a segurança do doente;
- A assunção da importância da gestão de qualidade e integração da gestão do risco;
- O estabelecimento de indicadores de qualidade para promover avaliação;
- O estabelecimento do enquadramento legal (Council of Europe, 2006; Perneger, 2008).

Seguindo essas recomendações, a Comissão Europeia publicou em 2007 o Livro Branco da Estratégia de Saúde, onde a segurança do doente foi considerada uma área prioritária de ação. Uma das acções previstas no segundo programa de acção comunitária no domínio da saúde (2008–2013) visava melhorar a segurança da saúde dos cidadãos através da promoção de medidas de melhoria da segurança do doente relacionadas com cuidados de saúde de qualidade, incluindo Resistência Antimicrobiana (RAM) e as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). Após este desenvolvimento a segurança do doente, incluindo a prevenção e o controle de IACS foi considerada questão estratégica para a Comissão Europeia a nível jurídico e incluída no programa de trabalhos de 2008 (Commission of the European Communities, 2007).

Em 2008, para promover o desenvolvimento do quadro jurídico da Segurança do Doente, o Conselho Europeu realizou uma consulta pública e uma avaliação para identificar a estratégia mais adequada em termos do seu possível impacto social, económico e ambiental. Foi decidido o desenvolvimento de uma Comunicação e de uma Recomendação do Conselho sobre a segurança do doente, incluindo a prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde. O objetivo geral da recomendação era prevenir e reduzir doenças e evitar fontes de perigo para a saúde humana (artigo 152 do Tratado). Numa perspetiva geral, esta iniciativa teve como objetivo estimular o desenvolvimento da Política de Segurança do Doente e de acções futuras nos Estados Membros e entre eles. Os objectivos (e indicadores) deveriam ser desenvolvidos a nível europeu e a nível dos Estados-Membros, de acordo com outras organizações internacionais e europeias, tais como ECDC, OCDE e OMS (Commission of the European Communities, 2008a, 2008b; Eurosurveillance Editorial team Collective, 2006).

Estas directivas desencadeadas pela União Europeia tiveram e têm como objectivo prioritário a criação de uma cultura de segurança dentro das instituições prestadoras de cuidados de saúde dos Estados membros (Conselho da União Europeia, 2009a).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) também se juntou a este movimento e lançou em 2004 o *First Global Patient Safety Challenge* que teve como ponto fulcral o projecto “*Clean care is a Safer Care*” que promove a higienização das mãos um pouco por todo o mundo. Com o mesmo intuito associado à segurança do Doente, em 2008 lançou o *Second Global Patient Safety Challenge* que tem como projeto base o “*Safe Surgery Saves Lives*” que promove a implementação de ferramentas de gestão da qualidade, sendo de destacar a “*Surgical Safety Checklist*” no sentido de diminuir os riscos associados aos actos cirúrgicos (World Alliance for patient safety, 2008; World Health Organization, 2009c, 2009b).

Em 2018–2019 surgiu um novo desafio Global, este agora com o foco na medicação segura. O *Third Global Patient Safety Challenge* intitulado “*Medication Without Harm*” tem como principal objectivo a diminuição de práticas inseguras e erros de medicação, consideradas estas uma das principais causas de lesões e danos evitáveis nos sistemas de saúde a nível mundial. As principais fontes associadas a este erro são os sistemas de medicação inadequados e/ou factores humanos, como fadiga, más condições ambientais ou falta de pessoal que podem por em risco as práticas de prescrição, transcrição, dispensa, administração e monitorização (World Health Organization, 2017a).

Em 2019, a 72ª Assembleia Mundial da Saúde adotou a resolução WHA 72.6 “Ação global sobre a segurança do Doente”. Esta resolução reconhece a segurança do doente como uma prioridade de saúde global e endossa o estabelecimento do Dia Mundial da Segurança do Doente, cumprido anualmente a 17 de setembro. Este dia foi criado com o intuito de apelar à solidariedade global e acção conjunta de todos os países e parceiros internacionais para melhorar a segurança do doente (World Alliance for patient safety, 2008; World Health Organization, 2009b, 2009a, 2017b).

Grandes avanços têm sido efetuados no que diz respeito à segurança do doente ao nível dos cuidados diferenciados/hospitalares, no entanto a segurança do doente nos cuidados primários é um campo emergente de investigação com uma base de evidências crescente, mas ainda insipiente (Lawati, Dennis, Short, & Abdulhadi, 2018; Verbakel, Langelaan, Verheij, Wagner, & Zwart, 2016).

Este ano, em 2020, com o surgimento da pandemia COVID-19, foram evidenciados os enormes desafios que os profissionais de saúde enfrentam globalmente. É um dado adquirido o facto dos profissionais de saúde enfrentarem um risco maior de infecções associadas à saúde, violência, acidentes, estigma, doença e morte. Além destes riscos evidentes, trabalhar em ambientes

stressantes como é a prática clínica, exacerba os riscos para a saúde física e mental e a segurança dos profissionais de saúde, tornando-os mais sujeitos a erros e potenciando assim o dano no doente. Neste sentido, o Dia Mundial da Segurança do Doente de 2020 foi dedicado à segurança dos profissionais, tendo como tema *“Health Worker Safety: A Priority for Patient Safety”* cujo slogan é *“Safe health workers, Safe patients”*. Além do aqui exposto a OMS propõe uma chamada à acção, *“Speak up for health worker safety!”* que solicita acções urgentes e sustentáveis de todas as partes interessadas para reconhecer e investir na segurança dos profissionais de saúde, como prioridade para a segurança do doente. (World Health Organization, n.d.-b, 2020c, 2020b). Independentemente do aqui apresentado, no terreno, a aplicação destas linhas de actuação, directrizes e boas práticas não é fácil e tem sido uma grande preocupação para os profissionais de saúde a selecção de metodologias e ferramentas que melhor potenciem a correcta identificação, medição e avaliação dos riscos potenciais de dano e quais as melhores estratégias para promover a segurança. Esta dificuldade tem sido transversal aos vários profissionais um pouco por todo o mundo, e a evidência científica tem aumentado, pouco a pouco, com o estudo da medição de pontos críticos e implementação de medidas correctivas (Hutchinson, McIntosh, Cox, & Gilbert, 2003; Ree, Johannessen, & Wiig, 2019; Samra, Bottle, & Aylin, 2015).

3.3. A Segurança do Doente em Portugal

As questões associadas à segurança do doente também são uma preocupação nacional desencadeada pelo movimento anteriormente exposto, com ênfase nas directivas comunitárias que, de alguma forma, criaram um quadro legal aplicável aos países membros. De acordo com o evidenciado em termos mundiais, também em Portugal se verifica a ligação directa entre as políticas da Qualidade na Saúde e a Segurança do Doente.

Neste seguimento a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde tem como principal objectivo assegurar que as funções de governação, coordenação e acção local devidamente centradas no doente, se encontram alinhadas com as dimensões da qualidade, sendo estas a efectividade, a eficiência, o acesso, a segurança, a equidade, a adequação, a oportunidade, e a continuidade e respeito pelo cidadão (DGS, 2015a).

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015–2020 aponta como principais prioridades no âmbito do sistema de saúde (Direcção Geral da Saúde, 2015), as seguintes:

- Prioridade 1. Melhoria da qualidade clínica e organizacional;
- Prioridade 2. Aumento da adesão a normas de orientação clínica;

- Prioridade 3. Reforço da segurança dos doentes;
- Prioridade 4. Monitorização permanente da qualidade e segurança;
- Prioridade 5. Reconhecimento da qualidade das unidades de saúde;
- Prioridade 6. Informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação.

Em 2015, e integrado na Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde, surge o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015–2020 (PNSD), criado pelo Despacho n.º 1400–A/2015, de 10 de Fevereiro de 2015. A elaboração deste plano teve em atenção as recomendações do Conselho da União Europeia sobre a segurança dos doentes publicadas em 2009, e visa a construção de uma política pública de prevenção de incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (DGS, 2011, 2015a, 2015b).

O PNSD foi elaborado no sentido de servir como instrumento de apoio aos profissionais de saúde, quer gestores ou clínicos, para a aplicação das melhores práticas de segurança e visa atingir os seguintes objetivos estratégicos:

- Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno;
- Aumentar a segurança da comunicação;
- Aumentar a segurança cirúrgica;
- Aumentar a segurança na utilização da medicação;
- Assegurar a identificação inequívoca dos doentes;
- Prevenir a ocorrência de quedas;
- Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão;
- Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes;
- Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos.

Tudo aqui apontado deverá ser analisado de forma integrada, tendo em atenção os vários factores contribuintes para a prestação de cuidados de saúde de qualidade, como por exemplo, a segurança dos profissionais de saúde.

3.4. A Segurança dos Profissionais de Saúde

Nos últimos anos, devido às muitas mudanças estruturais, o local de trabalho é agora considerado um determinante da saúde e do bem-estar do indivíduo. Dentre os inúmeros riscos encontrados no ambiente de trabalho, tais como factores ambientais, factores toxicológicos e factores físicos, os riscos psicossociais emergem como um grupo que se apresenta como um

desafio para a investigação em saúde ocupacional (European Commission, 2011; Giurgiu et al., 2015).

A segurança dos profissionais é um assunto premente nos países desenvolvidos tendo sido alvo do desenvolvimento de diversas linhas de orientação que a possam promover dentro das organizações (Stravoula & Aditya, 2010).

Internacionalmente, a implementação de ferramentas de gestão do risco direccionadas para a promoção da segurança dos profissionais é um dado adquirido. Assim, e no sentido da crescente pressão pela responsabilidade organizacional, um conjunto de organismos de certificação internacionais reuniu-se para desenvolver o referencial OHSAS 18001:2007, onde foram identificadas e apresentadas um conjunto de linhas de orientação para a gestão da Saúde e Segurança no Trabalho (SST), considerando a prevenção de acidentes, a redução de riscos e o bem-estar dos profissionais (British SI, 2007).

Também, e de forma a apoiar esta linha de actuação, a OMS adoptou métodos para o desenvolvimento de directrizes com respectivas recomendações, com o objectivo de apoiar as organizações na promoção da melhoria da segurança dos profissionais, redução dos riscos no local de trabalho e criação de condições de trabalho melhores e mais seguras em todo o mundo (Gonzales, 1989; Papkalla & Collison, 2017).

Há, actualmente, a consciência e a evidência de que há uma relação causa-efeito entre a Saúde e Segurança do Profissional de saúde e a Segurança do Doente. Relatórios como o "*To Err is Human*" e muitos outros projetos internacionais associados à segurança do doente alertaram para esta realidade (Baylina & Moreira, 2011; Khon et al., 2000; Loeppke et al., 2017; Yassi & Hancock, 2005).

Diversos esforços são desenvolvidos em todo o mundo para identificar e compreender as causas subjacentes de erros e eventos adversos que causam dano ao doente, levando, muitas vezes, à sua morte. Neste seguimento diversos estudos mostraram que as causas comuns de erros que geram eventos adversos estão relacionadas com factores organizacionais, sendo de destacar a falta/falha de comunicação, a carga excessiva de trabalho, o número reduzido de profissionais, as boas práticas implementadas de forma inconsistente, a supervisão inadequada, a falta de liderança, as equipas de carácter temporária, a falta de apoio ao nível operacional, a falta de sistemas de informação/qualidade dos sistemas de informação (Baylina & Moreira, 2012; Chen, Ng, & Li, 2012; K. Johnson, 2004).

Sabe-se também que muitos dos factores de risco, que afetam o profissional de saúde, também contribuem, directa e indirectamente, para eventos adversos nos doentes e alguns estudos apontam, fadiga, stress, burnout, saúde psicológica precária e altos níveis de ausência por doença de profissionais de saúde, baixa satisfação no trabalho, baixo suporte social, falta de participação na tomada de decisões, como alguns factores importantes na qualidade da prestação de cuidados. Embora esses factores estejam directamente relacionados com o bem-estar dos profissionais de saúde, eles devem ser considerados como causas-raiz de uma prestação de cuidados com qualidade e, conseqüentemente, com forte impacto na segurança do doente (Holden et al., 2010; James et al., 2009; S. J. Johnson, O'Connor, Jacobs, Hassell, & Ashcroft, 2014; Landrigan et al., 2004; Poghosyan, Clarke, Finlayson, & Aiken, 2010; Rogers, Hwang, Scott, Aiken, & Dinges, 2004; Shanafelt et al., 2010).

Como evidenciado no exposto, há a necessidade premente das instituições de saúde criarem uma cultura de segurança interna que salvaguarde a segurança de todas as partes interessadas, destacando a segurança dos profissionais de saúde e do doente, que deverá ser suportada numa adequada capacidade de gestão de risco.

3.5. A Gestão do Risco

A Gestão do risco é algo implícito ao ser humano desde sempre. Numa fase inicial da sua existência pode-se dizer que a gestão do risco tinha como foco principal a pura sobrevivência, tendo evoluído no tempo de acordo com a evolução das suas necessidades e do contexto em está inserido.

Em termos de gestão do risco pode-se dizer que as novas formas de gerir o risco, como são conhecidas actualmente, surgiram em meados da década de 1950 em diversos sectores de actividade (Banca, seguros, indústria automóvel, etc.), tendo a sua regulamentação internacional surgido na década de 1980. Nesta altura a gestão do risco tornou-se essencial e a gestão integrada de riscos foi introduzida em diversas áreas de actividade. Assim, outras áreas de actividade mais ou menos complexas como a aviação ou a indústria alimentar, já identificaram a necessidade de implementação de sistemas de gestão de risco efectivos suportados em ferramentas de gestão, como a *Failure Mode and Effects Analysis* (FMEA) ou o *Hazards Analysis and Critical Control Points* (HACCP) (Dionne, 2013).

3.6. A Gestão do Risco na Saúde

A implementação de sistemas de gestão do risco em saúde não tem sido um processo célere nem fácil, mesmo tendo um impacto tão grande no que diz respeito à satisfação do seu principal cliente: o doente. O relatório do IoM intitulado "*Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*" publicado em 2001 veio ajudar a responder a perguntas associadas com a dificuldade em criar cuidados de saúde mais seguros, apontando para o facto de que não bastar tentar mais, mas sim ser necessário uma mudança de paradigma dos sistemas de saúde em relação à gestão do risco (Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America, 2001).

A fragmentação e hierarquia da estrutura organizacional da maioria das organizações prestadoras de cuidados de saúde impede a evolução. Estas barreiras podem ser agravadas pelo facto de que a gestão de risco muitas vezes desempenha a sua função de uma maneira não integrada na estrutura da organização, fazendo com que as mudanças sejam esporádicas e focadas na unidade ou no incidente e não sustentada no todo organizacional.

O que agora está cada vez mais claro, e tem sido tema em muitas das discussões relacionadas com a segurança do doente, é que os erros são inerentes ao trabalho dos profissionais de saúde. Estes erros, na maioria das vezes, resultam de uma interação complexa de vários factores e apenas, raramente, são devidos ao descuido ou má conduta de um indivíduo. No entanto, no passado, em vez de uma abordagem sistémica ao erro as estratégias de prevenção eram baseadas quase exclusivamente no "potencial" descuido dos profissionais de saúde. Assim sendo, é preciso uma mudança na abordagem da gestão do risco na saúde.

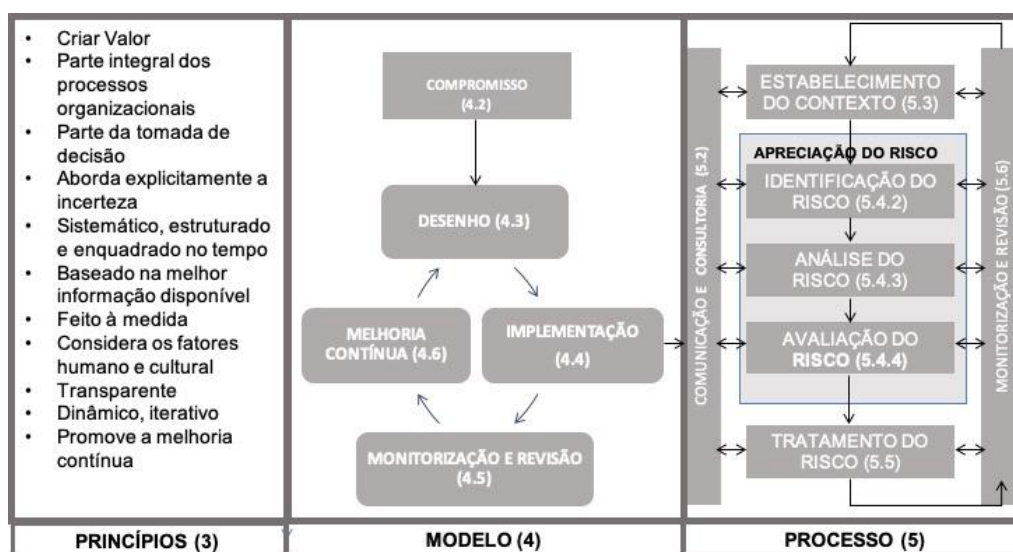
A gestão do risco em saúde deverá ser suportada numa análise da causa-raiz com uma abordagem sistémica das estruturas, dos processos e dos resultados, por forma a garantir a correcta gestão dos riscos, desde o nível operacional até ao nível estratégico (Twerski, 2007; Washburn, 2001).

Para tal deverá ser suportada em ferramentas e metodologias que permitam que o processo de gestão do risco cumpra com o preconizado pela ISO 31000, onde são apresentadas as linhas de orientação para a implementação de sistema de gestão do risco (ISO/IEC, 2009).

3.7. O Processo de Gestão do Risco

De acordo com o preconizado pela ISO 31000, onde são apresentadas linhas de orientação para a implementação de um sistema de gestão do risco, as organizações deverão implementar uma

estrutura de gestão do risco e operacionalizar através da implementação do processo de gestão do risco (Figura 1).



Legenda: Capítulo 3 – Princípios; Capítulo 4 – Modelo; Capítulo 5 – Processo de Gestão do Risco.

Figura 1– Modelo da Norma ISO 31000:2009 (Fonte: ISO 2009)

Este referencial normativo poderá ser utilizado pelas organizações de todos os tipos e dimensões para apoiar a enfrentarem factores externos e internos e influências que criam incerteza sobre a consecução dos seus objectivos. Neste sentido, e de acordo com a evidenciado na figura 1, a gestão do risco é interactiva e ajuda as organizações na definição da estratégia, na consecução dos objectivos e na tomada informada de decisões. No entanto, esta deverá ser parte integrante da governação e liderança, e de todas as actividades associadas a uma organização.

A gestão do risco deverá ter em atenção os contextos externo e interno da organização, incluindo o comportamento humano e os factores culturais, sendo baseada em princípios, estrutura e processo.

De acordo com o exposto neste modelo a gestão do risco deverá ser suportada no Ciclo PDCA (Plan-Do-Check-Act) e operacionalizada através do processo de gestão do risco. Este processo é constituído por 3 fases distintas fundamentais: o estabelecimento do contexto, a apreciação do risco e o tratamento do risco.

Por sua vez a apreciação do risco é constituída por 3 etapas (ISO/IEC, 2009):

- a Identificação do risco: análise qualitativa do risco,
- a análise do risco: análise quantitativa do risco;

- a avaliação do risco: decisão mediante o exposto nas fases anteriores e os critérios de avaliação do risco definidos na análise do contexto.

De uma forma geral, a gestão de risco inclui a aplicação de métodos lógicos e sistemáticos para:

- comunicação e consultoria ao longo deste processo;
- estabelecer o contexto para identificar, analisar, avaliar, tratar o risco associado a qualquer actividade, processo, função ou produto;
- monitorizar e rever riscos;
- reportar e registar os resultados de forma adequada.

A apreciação do risco é a parte da gestão de risco que fornece um processo estruturado para identificar como os objectivos podem ser afectados e analisa o risco em termos de consequências e suas probabilidades antes de decidir se o tratamento adicional é necessário.

A avaliação de risco tenta responder às seguintes questões fundamentais:

- o que pode acontecer e porquê (por identificação de risco)?
- quais são as consequências?
- qual é a probabilidade de sua ocorrência futura?
- existem factores que mitigam a consequência do risco ou que reduzem a probabilidade do risco?
- o nível de risco é tolerável ou aceitável e requer tratamento adicional?

Finalmente o tratamento do risco é a última etapa do processo de gestão do risco que deverá ser desencadeado em função da natureza dos riscos, suas causas e impacto dos seus efeitos, sempre suportada numa análise de custo-benefício para potenciar a implementação efetiva de acções preventivas.

Realça-se que a ISO 31000 é aplicável a qualquer tipo de organização, de modo que pode fornecer linhas de orientação para diferentes sectores e tipos de sistema. Pode haver normas mais específicas dentro de diversas indústrias que estabelecem metodologias preferenciais e níveis de avaliação para aplicações específicas.

Por sua vez a implementação do processo de gestão do risco preconizado pela ISO 31000 poderá, e deverá, ser suportado por diversas metodologias e ferramentas como as expostas, por exemplo, na ISO 31010: Gestão do Risco – Técnicas para a apreciação do risco (ISO/IEC, 2009. ISO/IEC. ISO/IEC 31010:2009 – Risk management – Risk assessment techniques. ISO; 2009. p. 92).

Como em qualquer área ou sector de actividade, na saúde há uma necessidade crescente de metodologias válidas e confiáveis para melhorar a segurança de forma proactiva, servindo de suporte para a correcta implementação de todas as fases do processo de gestão do risco que resultem na implementação de medidas que permitam a melhoria da qualidade construtiva e baseada na prática clínica. Uma das metodologias a utilizar é a análise do modo de falhas e seus efeitos nos cuidados de Saúde, um método de gestão do risco sistemático para avaliar prospectivamente processos de saúde complexos (Faiella et al., 2018).

A HFMEA (acrónimo de *Healthcare Failure Mode and Effects Analysis*), surgida no virar do milénio nos Estados Unidos da América, por iniciativa da *Veterans Association* numa adaptação para a saúde da ferramenta sua precursora FMEA (*Failure Mode and Effect Analysis*), é uma ferramenta de análise de risco não estatística, crítica, sistematizada, proactiva, prospectiva e contínua, que permite antecipar a possível ocorrência de riscos, conduzindo assim a alterações que permitam prevenir essa ocorrência (DeRosier et al., 2002).

A HFMEA tem-se identificado como uma metodologia muito relevante na melhoria dos procedimentos de segurança nos cuidados de saúde, mas a evidência tem sido focada nos cuidados de saúde hospitalares. Apesar do seu potencial, esta ferramenta não tem sido explorada nos cuidados de saúde primários (Goodrum & Varkey, 2017; Simsekler, Kaya, Ward, & Clarkson, 2019).

A HFMEA foi adaptada, a partir da FMEA, pelo *National Center for Patient Safety* (NCPS) especificamente para a área de saúde, apresentando uma simplificação nas etapas de análise de risco encontradas no processo tradicional de análise de efeito e modo de falha e combinando as etapas de detectabilidade e criticidade num algoritmo apresentado como uma "árvore de decisão". Ele também substitui o cálculo do número de prioridade de risco (RPN) utilizado na FMEA por uma pontuação de risco que é lida directamente numa matriz de avaliação do risco, matriz essa que foi desenvolvida pelo NCPS especificamente para esse fim (a matriz é apresentada no Capítulo Resultados) (VA National Center for Patient Safety, 2014).

4. Resultados

Tendo em conta o que acima ficou escrito e face à pouca experiência de utilização desta ferramenta de gestão de risco em Portugal, nomeadamente a nível dos Cuidados de Saúde Primários, decidiu-se proceder à sua aplicação na nesta área de intervenção profissional, a nível de uma das unidades funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde Entre Douro e Vouga I – Feira e Arouca, onde o autor desempenha as nossas funções de médico de família.

Foi considerado útil fazê-lo no Serviço de Urgência Básica de Arouca, pelas características do trabalho ali produzido (afinal é um serviço de urgência e limitado na sua capacidade de actuação) e também porque parte do seu quadro de pessoal trabalha em regime de prestação de serviços, com a volatilidade inerente a esse facto. São os resultados da aplicação desta metodologia de gestão do risco, que apresentamos neste capítulo.

4.1. Apresentação da Instituição e do SUB

O ACeS onde foi desenvolvido este estudo, ACeS Feira–Arouca, está localizado no extremo nordeste do distrito de Aveiro mas inserindo-se na área de jurisdição da Administração Regional de Saúde do Norte (Figura 2). Serve uma população maioritariamente residente nos concelhos de Santa Maria da Feira e de Arouca, num total de 153 680 utentes inscritos.



Figura 2 – Localização do ACeS Feira–Arouca na área geográfica da ARSNorte

O seu quadro de pessoal é composto de 92 médicos, 132 enfermeiros, 94 secretários clínicos, 52 internos e 70 outros profissionais, distribuídos por 11 Unidades de Saúde Familiar, 5 Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, 3 Unidades de Cuidados na Comunidade, 1 Unidade de Saúde Pública, 1 Serviço de Urgência Básica, 1 Centro de Diagnóstico Pneumológico e 1 Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (prestando serviço de Análises Clínicas, Cardio-

Pneumologia, Fisioterapia, Higiene Oral, Medicina Dentária, Nutrição, Psicologia Clínica, Radiologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional). É composto ainda por um Conselho Executivo, Conselho da Comunidade, Gabinete do Cidadão e Unidade de Apoio à Gestão.

O Serviço de Urgência Básica, localizado na cidade de Arouca, tem nos seus quadros 6 Assistentes Operacionais, 5 Assistentes Técnicos, 13 Enfermeiros, 14 Médicos e 5 Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica.

Os seus serviços são assegurados por equipas constituídas por dois médicos, dois enfermeiros, um técnico superior de imagiologia, uma assistente técnica e uma assistente operacional.

Entre 1 de Janeiro e 31 de Dezembro de 2019, foi utilizado 20 949 vezes por utentes – média de 57,4 utentes por dia – que a ele recorreram maioritariamente por situações de doença (em 99% dos casos), por quedas, acidentes de trabalho, escolares ou pessoais ou por outros motivos.

4.2. Descrição da HFMEA

No presente trabalho foi utilizada a HFMEA como metodologia para operacionalizar o processo de gestão do risco, conforme já evidenciado anteriormente. Assenta numa metodologia de “árvore de decisão” e supõe a concretização dos seguintes passos:

Passo 1 – Definição do tópico

Pressupõe uma definição clara do tópico a estudar, com prioridade para situações de maior risco ou maior vulnerabilidade.

Passo 2 – Constituição da equipa de avaliadores

Deve ser multidisciplinar, representativa dos vários sectores profissionais da equipa, proporcional ao tamanho da mesma e, se possível, integrando especialistas na área, conseguindo-se assim um leque de mais alargado e com conhecimento da matéria.

Passo 3 – Desenho do projecto e fluxograma

Desenvolvimento e verificação do fluxograma dos processos, sendo o mais específico possível a respeito destes; Numeração de cada processo e sub-processos identificados.

Passo 4 – Realização de análise dos perigos

Listagem de todas as potenciais falhas detectadas em cada um dos sub-processos;

Determinação da probabilidade do risco potencial e da severidade dos seus efeitos, e correspondente inscrição na folha de avaliação segundo os critérios apresentados nas tabelas 5 e 6. Por sua vez, estas determinações permitem-nos pontuar a magnitude do risco e enquadrá-la num dos níveis de aceitabilidade de risco.

Estes níveis estão estratificados em cinco patamares: aceitável, moderado, grave, muito grave e intolerável. Neste trabalho, para melhor leitura, estão representados em diferentes tonalidades de graduação de cor (Tabela 4).

Tabela 4 – Níveis de aceitação de risco estimado

Níveis de Aceitação de Risco Estimado	
Risco ACEITÁVEL	BRANCO
Risco MODERADO	CINZENTO CLARO
Risco GRAVE	CINZENTO MÉDIO
Risco MUITO GRAVE	CINZENTO ESCURO
Risco INTOLERÁVEL	PRETO

Para cada um destes níveis de aceitação de risco há um conjunto de acções a tomar, com um determinado período de tempo previsto para a sua execução (ver Tabela 8), a definir após aplicação dos critérios apresentados na “Árvore de Decisão” (Figura 3).

Passo 5 – Acções e Avaliação de Resultados

Para garantia de sucesso no controlo dos riscos, deve haver um trabalho multidisciplinar que permita 3 tipos de abordagem: técnica, organizacional e vigilância de saúde.

As acções a tomar devem ser definidas tendo em conta os critérios de gravidade, probabilidade e exequibilidade no contexto em que se insere a organização. Devem ser dirigidas às causas, específicas, concretas e determinadas temporalmente. Deve ser ainda realizada uma avaliação dos seus resultados e acompanhamento dos mesmos (DeRosier et al., 2002; Esmail et al., 2005; European Commission, 1996; Simões et al., 2010; Stalhandske et al., 2009).

Para que seja possível aquilatar a provável magnitude de risco, conceito fundamental, entre outros, para hierarquizar as medidas interventivas que venham a ser consideradas necessárias para prevenir as previsíveis falhas e, assim, minimizar os riscos, é necessário que cada uma dessas falhas seja objecto de uma classificação segundo a probabilidade da sua ocorrência e segundo a severidade dos seus efeitos, de acordo com os conceitos expressos nas tabelas abaixo.

A probabilidade de ocorrência classifica-se de pouco provável até muito provável de acordo com o intervalo de tempo em que possa ocorrer (Tabela 5).

Tabela 5– Graduação de probabilidade de ocorrência de falha

Probabilidade de ocorrência	
1. Pouco provável	Prevê-se que ocorra muito raramente (menos de 1 vez/ano – histórico).
2. Provável	Prevê-se que ocorra raramente (entre 1 a 4 vezes/ano).
3. Bastante provável	Prevê-se que ocorra em alguma ocasião (5 vezes/ano a 1 vez/mês).
4. Muito provável	Prevê-se que ocorra sempre ou quase sempre (mais de 1 vez/semana).

A gravidade de uma dada falha está directamente ligada à severidade dos seus respectivos efeitos, segundo a escala apresentada na Tabela 6. Inicia-se no valor 1 para os incidentes, pequenos danos não relevantes que não careçam de cuidados médicos ou primeiros socorros, sendo 4, a sua graduação mais elevada, atribuída a efeitos relacionados com danos irreversíveis, queimaduras de 3º grau) cancro profissional, doenças crónicas invalidantes, ou morte.

Tabela 6 – Severidade da lesão/dano

Severidade da lesão/dano	
1. Ligeira	Incidentes, pequenos danos não relevantes, sem cuidados médicos ou primeiros socorros
2. Pouco Grave	Danos superficiais, irritações (oculares, dérmicas), dores de cabeça, desconforto e pequenos corte, queimaduras (1º grau), contusão e incapacidade menores (sem dias de baixa ou menos de 3 dias de baixa)
3. Grave	Picadas com risco biológico, fracturas, lesões múltiplas, intoxicações, queimaduras (2º grau), de 3 dias de baixa a um mês
4. Muito Grave	Danos irreversíveis, queimaduras (3º grau), cancro profissional, doenças crónicas invalidantes (invalidez permanente total ou parcial), morte

Atribuídas as graduações de probabilidade e de severidade, torna-se possível estimar a magnitude do risco, com pontuações entre os valores de 1 e de 16, resultantes da multiplicação do valor de probabilidade de ocorrência da falha pelo valor da severidade do seu efeito, como demonstrado na Tabela 7.

Tabela 7 – Graduação da magnitude de risco

		Severidade da lesão			
		1. <i>Ligeiro</i>	2. <i>Pouco Grave</i>	3. <i>Grave</i>	4. <i>Muito Grave</i>
Probabilidade da lesão	1. <i>Pouco provável</i>	1. Aceitável	2. Aceitável	3. Moderado	4. Grave
	2. <i>Provável</i>	2. Aceitável	4. Moderado	6. Grave	8. Muito Grave
	3. <i>Bastante provável</i>	3. Moderado	6. Grave	9. Muito Grave	12. Inaceitável
	4. <i>Muito provável</i>	4. Grave	8. Muito Grave	12. Inaceitável	16. Inaceitável

Observando atentamente esta tabela, nota-se que à mesma pontuação “quatro”, na magnitude de risco, correspondem dois diferentes níveis de aceitabilidade de risco – moderado e grave. Resulta esta diferença do facto de se considerar como moderados os casos em que o risco deriva de uma falha “provável” e “pouco grave”, e como graves os que têm na sua génese uma falha de ocorrência “muito provável” ou cujo efeito é “muito grave”.

Como se induz pela leitura da anterior tabela e sua distribuição de tonalidades, esta graduação da magnitude de risco é útil para nos ajudar a perceber qual o nível de aceitabilidade do risco em causa.

A cada um destes níveis de aceitabilidade corresponde diferente tipo de acções, a tomar com uma temporização adequada a cada caso, para uma prevenção eficaz no modo e no tempo (

Tabela 8).

Tabela 8 – Acções a tomar e respectivos prazos de execução.

RISCO	ACÇÃO E TEMPORIZAÇÃO
Aceitável	Não requer acção específica
Moderado	Nesta situação, deverá realizar-se uma análise de custo-benefício das soluções ou medidas de controlo propostas
Grave	Deve se estabelecido um plano com as medidas para reduzir o risco, determinando as alterações necessárias. As medidas para reduzir o risco devem ser implementadas num período determinado. Quando o risco grave já está associado com consequências muito graves ou morte, será necessária uma acção posterior para estabelecer, com maior precisão, a probabilidade de ocorrência da lesão, como base para determinar a necessidade de melhoria das medidas de controlo.
Muito Grave	O trabalho não deve ser iniciado até que o risco seja reduzido. Quando o risco corresponde a um trabalho que está a ser realizado, deve resolver-se o problema num tempo inferior ao dos riscos graves sendo dada formação e informação aos trabalhadores sobre os riscos a que estão expostos

RISCO	ACÇÃO E TEMPORIZAÇÃO
Intolerável	O trabalho não deve ser iniciado nem continuado até que se reduza o risco. Se não for possível reduzir o risco, inclusive com recursos ilimitados, deve proibir-se o trabalho.

Agora, com a informação assim acumulada, é o momento de recorrer à chamada árvore de decisão (Figura 3) para, com base na sua criticidade das falhas, na possibilidade de medidas efectivas de controlo das mesmas e na sua maior ou menor detectabilidade, determinar se se justifica ou não a tomada de acções de prevenção e controlo do risco.

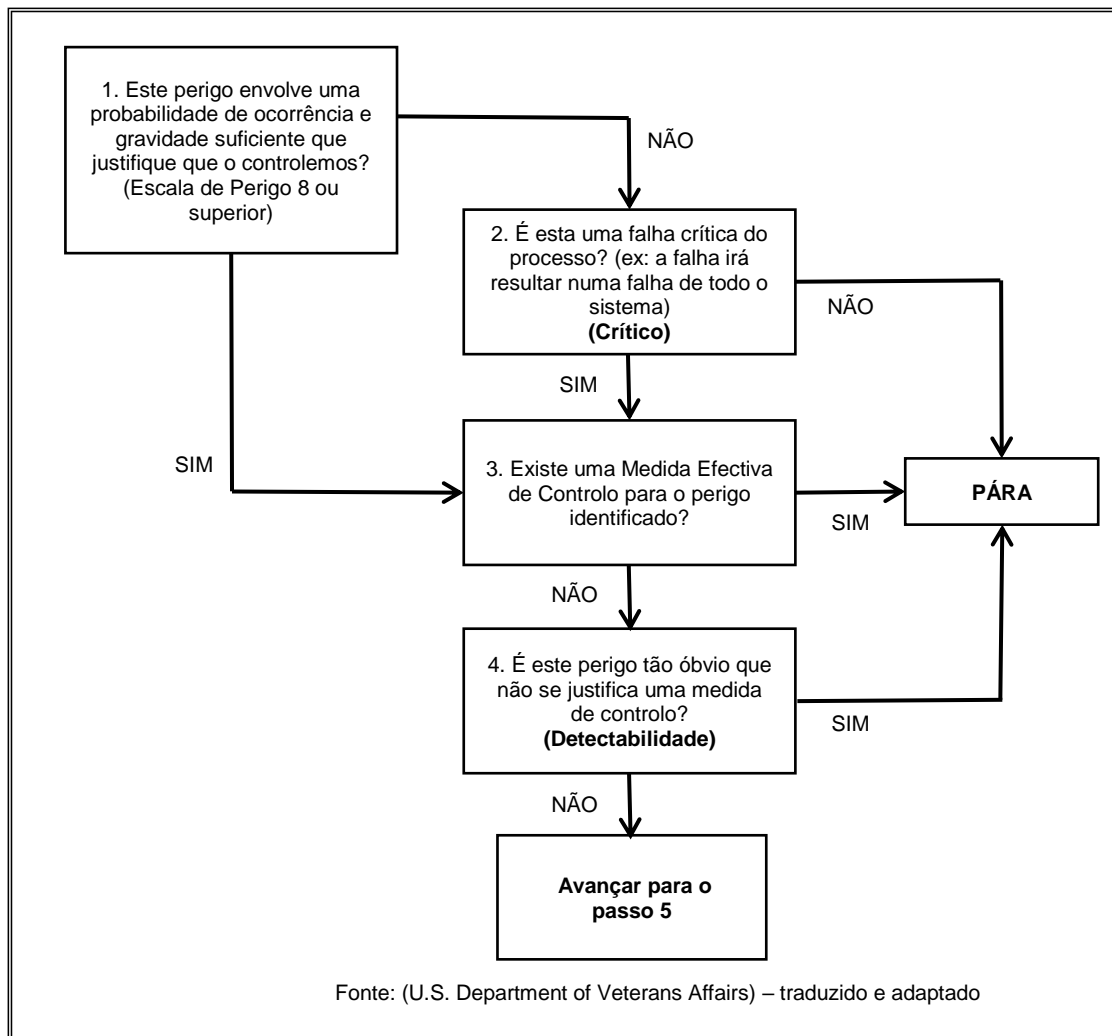


Figura 3 – Árvore de decisão

4.3. Aplicação da HFMEA

Numa fase inicial, mais teórica, recorreu-se à revisão da literatura para melhor enquadramento da temática e das ferramentas a utilizar em fases seguintes.

4.3.1. Reuniões iniciais

Para início do processo, agendou-se uma reunião com o Director-Executivo do ACeS Entre Douro e Vouga I – Feira e Arouca, que revelou bastante interesse na realização do projecto no Serviço

de Urgência Básica de Arouca e que, após parecer favorável do Conselho Clínico e da Saúde, autorizou a sua realização.

Agendou-se então uma primeira reunião com elementos profissionais desse serviço para apresentação do projecto e sua metodologia. Nessa reunião procedeu-se à entrega de algum material de apresentação conceptual e explicativo das ferramentas de análise de risco que iriam ser utilizadas. Houve também oportunidade de esclarecer as dúvidas que ali surgiram.

Depois esta, realizaram-se ainda mais duas reuniões onde estiveram alguns elementos e onde foi possível esclarecer dúvidas ainda restantes e, em grupo, tomar decisões quanto a estratégias a utilizar no restante do trabalhos, e começar a iniciar a recolha de algumas menções de possíveis falhas, suas causas e seus efeitos.

Logo no início dos trabalhos conjuntos, alguns elementos sugeriram que na escala de severidade fossem alterados os critérios de graduação originais para outros que se ajustariam mais à realidade desta unidade de saúde. Esta proposta foi aceite pelo grupo e, assim, a graduação da severidade da lesão/dano passou a apresentar os critérios expressos na Tabela 9.

Tabela 9 – Critérios de graduação de severidade a utilizar neste projecto do SUB de Arouca

Severidade da lesão/dano	
1. Ligeira	Incidentes com danos leves, de fácil resolução ou controlados rapidamente (lesões sem necessidade de cuidados médicos ou primeiros socorros, correção imediata de erros identificados ou resolvidos pelos próprios).
2. Pouco Grave	Incidentes com erros que necessitam de apoio para a resolução ou danos superficiais que necessitam de cuidados de saúde de curto prazo (sem incapacidade laboral ou até 3 dias de baixa) como irritações oculares / dérmicas, cefaleias, lesões superficiais da pele, patologias com incapacidades menores.
3. Grave	Incidentes com erros reversíveis, mas que podem desencadear consequências a longo prazo ou danos profundos / extensos, que necessitam de cuidados de saúde prolongados (incapacidade de 3 a 30 dias ou consultas de vigilância / acompanhamento por mais de 30 dias), como picadas com risco biológico, fracturas, lesões múltiplas, intoxicações, queimaduras de 2º grau.
4. Muito Grave	Incidentes com erros irreversíveis ou danos permanentes / invalidantes (invalidez permanente total ou parcial) como queimaduras de 3º grau, doenças crónicas, cancro ou morte.

Nestas reuniões foi ganhando forma a noção de que, devido às escalas de serviço dos vários profissionais envolvidos, assim como devido às suas participações em outras actividades relacionadas com as suas funções e/ou promovidas pelo ACeS, iria ser muito difícil, senão

impossível, ter os mesmos elementos sempre presentes. O processo de implementação da gestão de risco no SUB de Arouca seria assim dificultado, realizado com demora significativa. Em consequência, decidiu-se criar uma ferramenta online para se responder a estes desafios, permitindo um acompanhamento de continuidade por parte não só dos elementos que, desde o início, se mostraram mais participativos, mas também dos restantes, alargando assim a participação a outros profissionais.

4.3.2. Inquéritos

Fase 1

Assim, com recurso ao aplicativo *Google Forms*®, concebeu-se um inquérito online, referido neste trabalho como inquérito de "Fase 1" (Anexo A), onde, para além da identificação (nome e endereço electrónico facultativos, mas grupo profissional requerido), cada elemento poderia reportar qualquer hipotética falha, sua causa e seu efeito, de entre os seguintes processos de trabalho do SUB, predeterminados nas reuniões de trabalho havidas até então e aqui listados:

- Administração de Produtos Farmacêuticos (APF) – Neste processo incluíam-se os sub-processos Medicação, Oxigenoterapia, Vapor, Aspiração Clínica, etc.);
- Comunicação/Interacção Profissional-Utente (CIPU) – Neste processo estavam incluídos os sub-processos Identificação do utente, Chamada, colheita e registo de História Clínica, etc.);
- Instalações e Equipamentos (IE) – Aqui incluíam-se os sub-processos relativos ao Edifício e ao Equipamento Geral, ou seja, que não tenha a ver com actos diagnósticos ou terapêuticos;
- Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) – Neste incluíam-se a Imagiologia, as Análises Clínicas o ECG e outros afins;
- Observação Médica/Enfermagem (OME) – Aqui incluíam-se o Ambiente da Consulta e os Dispositivos Médicos, específicos destas áreas;
- Transferência de Utentes (TU) – Este processo dizia respeito a transferência de utentes do SUB para outra(s) unidades.
- Outro Processo (OP) – esta alínea destinava-se a qualquer comunicação que não se enquadrasse nas anteriores. Neste caso, o seu autor deveria identificar o processo onde ela se enquadrasse.

No inquérito foi ainda solicitado que cada profissional atribuísse um valor de graduação da probabilidade de ocorrência da falha e da severidade do(s) seus(s) efeito(s).

Com a informação de que a participação individual era voluntária, o link para este inquérito foi enviado por correio electrónico a cada um dos profissionais e, ainda, colocado no ambiente de trabalho de cada um dos computadores do serviço. Apesar deste facto, o número de respostas a este inquérito ficou aquém das expectativas iniciais, que apontavam para uma maior participação dos vários profissionais do SUB de Arouca.

Optou-se, então, pela adopção de uma estratégia diferente, para atingir os objectivos previamente definidos.

Tendo em conta que estes profissionais trabalham por turnos, em equipas e horários variáveis, foi decidido realizar múltiplas visitas regulares ao SUB, em dias e horários diversos. Desse modo, ao contrário do que estava a ser conseguido até então, foi possível contactar com um maior número de profissionais, que todas as classes tenham estado representadas, e por mais que um elemento. Nesses encontros, foram esclarecidas dúvidas, ouvidas sugestões e mencionadas possíveis falhas, causas e efeitos em maior número e variedade do que previamente. Em resumo, a participação foi o mais alargada possível.

Obteve-se um total de 79 respostas, provindas de, pelo menos, vinte e um diferentes profissionais. Esta incerteza quanto ao número de profissionais participantes deve-se ao facto de ter sido dada a possibilidade de cada um o fazer sob anonimato, para que ninguém se sentisse inibido de participar.

Dessas respostas, 14 houve que foram eliminadas por erros processuais variados, tais como duplicação do registo de propostas individuais, apresentação da mesma falha por profissionais diferentes, formulação incompleta das mesmas ou inexistência de relação com os processos próprios do SUB.

Restaram então 65 respostas demonstrativas da importância que cada proponente atribuiu às possíveis falhas, representada pela probabilidade de ocorrência, severidade dos seus efeitos e consequente magnitude do risco por elas apresentado. Estes dados destinaram-se a ser objecto de análise, reestruturação e reorganização para graduação da probabilidade de ocorrência e severidade dos efeitos a realizar por um grupo mais restrito de elementos, mas com representatividade de todos os grupos profissionais do serviço e que incluiu os elementos que se mostraram mais participativos e interessados em prosseguir o trabalho.

Fase 2

Em consequência da análise, reestruturação e reorganização das respostas ao inquérito 1 e tendo-se procedido à aglutinação das que, entre si, eram similares e/ou complementares, restaram 57 falhas para avaliar.

Quando se estava nesta fase, os trabalhos tiveram que ser interrompidos devido às contingências que a COVID19 veio criar na vida de todos os participantes, com alterações de índole variada nas suas actividades profissionais, acrescidas ainda das restrições impostas às deslocações e reuniões presenciais.

Perante esta suspensão dos trabalhos tal como estavam planeados, e que se prolongou no tempo, tornou-se necessária uma readaptação de métodos.

Assim, nesta fase, a que se decidiu chamar de "Fase 2", construiu-se um segundo inquérito on-line no aplicativo *Google Forms*® (Anexo B), cujo link foi também disponibilizado por via electrónica a todos os profissionais do SUB de Arouca.

Centrado nos possíveis riscos relativos às possíveis falhas e tendo em conta que a cada falha pode corresponder um ou mais efeitos, nele foi pedido que fosse graduada a probabilidade de ocorrência de cada uma dessas 57 falhas e a severidade de cada um dos 88 efeitos delas resultantes.

Como já afirmado atrás, em virtude de sugestões apresentadas nas reuniões que foi possível realizar na fase anterior, procedeu-se também a ligeiras alterações dos critérios para graduação da severidade dos efeitos, no sentido de tornar possível uma melhor compreensão dos mesmos por toda a equipa, e ainda permitir a sua aplicação aos variados processos do Serviço e suas possíveis falhas. Utilizou-se então a graduação de severidade com os critérios apresentados na Tabela 9.

4.3.3. Análise final e plano de acção

A ocorrência de uma dada falha pode ter como vítimas primárias os utentes e/ou os profissionais. Por este motivo, decidiu-se considerar que tipo de vítima correria o risco de sofrer os efeitos de cada uma das falhas reportadas.

Abstraindo do facto de que cada falha pode atingir não somente a vítima primária (vítima directa) mas também, em segunda instância, outra vítima (vítima indirecta), neste nosso trabalho foi decidido considerar apenas aquela que, de um ponto de vista directo, numa dada ocorrência

poderá ser considerada a 'primeira vítima' (ou vítima-alvo, como lhe chamaremos): o utente, o profissional ou ambos.

No sentido de contribuir para atribuir prioridades nas áreas de intervenção, e tendo em conta o primordial interesse na diminuição de riscos para utentes e profissionais, analisou-se a tipologia das vítimas, tendo em vista os riscos, suas causas e efeitos e respectivas magnitudes.

No seguimento das actividades, foi então estabelecido o plano de acção para que sejam implementadas as medidas consideradas necessárias à diminuição dos riscos a que utentes e profissionais estão sujeitos no Serviço de Urgência Básica de Arouca, de acordo com a análise realizada.

4.4. Apresentação dos resultados da aplicação da HFMEA

Para melhor compreensão, os resultados da aplicação da ferramenta HFMEA no SUB de Arouca vão ser apresentados com a seguinte distribuição:

Fase 1

Distribuição de notificações por Grupo Profissional e Processos
Magnitude de Risco Inicial

Fase 2

Magnitude de Risco Final
Possíveis vítimas

Plano de Acção

4.4.1. Fase 1

Como acima referido, foram recebidas sessenta e cinco respostas válidas ao "inquérito da fase 1". O grupo profissional cuja participação resultou no maior número de reportes de possíveis falhas, suas causas e efeitos foi o dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica, seguindo-se o grupo dos Médicos; a participação dos restantes grupos profissionais foi francamente menor.

Distribuição de Reportes por Grupo Profissional e Processos

A distribuição desses reportes, por grupo profissional, é a apresentada na Tabela 10.

Tabela 10 – Número de reportes obtidos, por grupo profissional.

Grupos Profissionais	Nº
Assistentes Operacionais	4
Assistentes Técnicos	3
Enfermeiros	6
Médicos	19
Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica	33

Os processos mencionados no maior número de reportes foram os relativos a “Instalações e Equipamentos” (28 vezes) e “Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica” (12 vezes). O processo com menor número foi o relativo a “Transferência de Doentes”. A distribuição das reportes, por processo, é a que se observa na Tabela 11.

Tabela 11 – Número de reportes de falhas, por processo.

Processos	Nº
Administração de Produtos Farmacêuticos	3
Comunicação/Interacção Profissional-Utente	9
Instalações e Equipamentos	28
Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica	12
Observação Médica/Enfermagem	7
Transferência de Utentes	2
Outro Processo*	4

* Em “Outro Processo” encontramos 4 menções, cada uma delas relativa a um processo diferente: “Transferência de Cadáver”, “Equipa de Segurança”, “Lixos” e, por último, um processo transversal a todos os outros – “Inexistência de Auditorias de Qualidade”

O Gráfico 1 permite ver a distribuição por grupos profissionais das respostas obtidas para cada processo. Realça-se que o processo “Instalações e Equipamentos” foi não só o mais referido nos reportes, como foi também o único mencionado por todos os grupos profissionais. Interessante é também notar que o processo “Administração de Produtos Farmacêuticos” foi referido apenas três vezes, e exclusivamente pelos médicos. As referências ao processo “Comunicação/Interacção Profissional-Utente” partiram apenas dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica, Enfermeiros e Médicos. Os assistentes operacionais apenas intervieram no processo “Instalações e Equipamentos”. O processo “Transferência de Utentes”

foi o menos referido, apenas mencionado em dois reportes, uma vez por Assistente Técnico e outra por Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica.

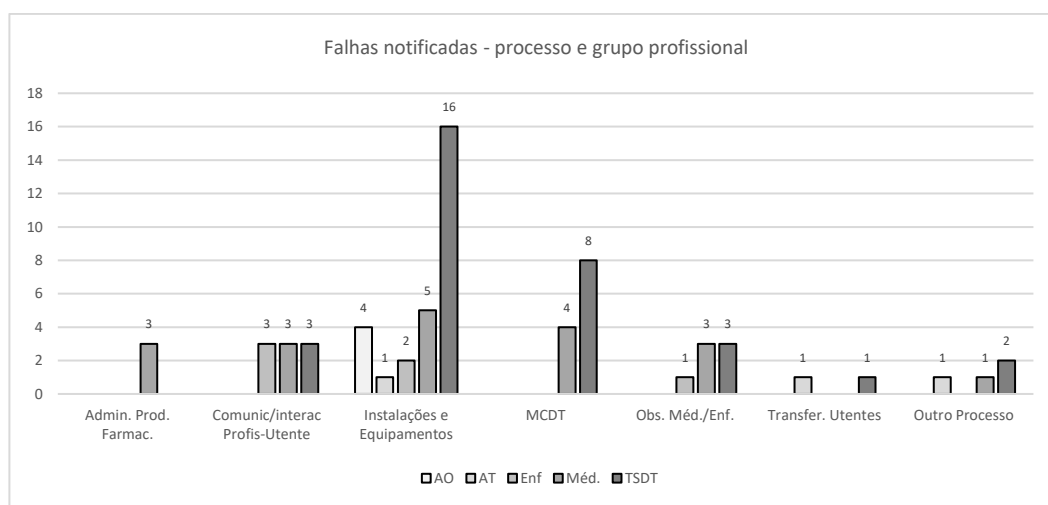


Gráfico 1 – Falhas reportadas por grupo profissional e processo.

Magnitude de Risco Inicial

Com base nas graduações atribuídas por cada profissional aos itens probabilidade de ocorrência e severidade de efeito, em cada falha por si mesmo reportada neste inquérito inicial, foi possível construir a Tabela 12 que permite observar a distribuição das diferentes graduações de risco pelos vários processos, no entendimento de quem realizou a respectiva notificação.

Tabela 12 – Distribuição de magnitudes de risco, por processo e grau

Processo	Magnitude*									Sub. totais
	1	2	3	4	6	8	9	12	16	
Admin. Prod. Farmacêut.					2			1		3
Com/Inter Profis-Utente			2	1	2		1	2	1	9
Instal. Equipamentos	1			4	3	8	3	6	1	26
MCDT			1	2	1	1	3	2	3	13
Obs. Médica/Enfermagem				2	1		1	3	1	8
Transfer. Utentes								2		2
Outro Processo					1		1		2	4
Sub-totais	1		3	9	10	9	9	16	8	Total 65

* segundo cálculos efectuados a partir da graduação de probabilidade de ocorrência da falha e gravidade de efeito, inscritas nas respostas individuais ao inquérito 1.

Observa-se que “Instalações e equipamentos” e “Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica” são os processos onde pode haver mais ocorrências. Neles também se encontra a maioria das ocorrências de magnitude mais elevada (igual ou superior a 8).

Obtidos estes resultados, avançou-se para a fase seguinte do projecto onde se procedeu a análise dos mesmos, tendo em vista determinação das medidas correctivas a implementar, tendo em conta a gravidade dos riscos exequibilidade das alterações a efectuar, numa perspectiva de “o quê, porquê, onde, quando, por quem, como, e qual o custo”.

4.4.2. Fase 2

Deste modo, para a prossecução dos trabalhos, foi considerado útil centrar a avaliação não propriamente nas falhas notificadas, mas nos riscos que elas comportam.

Então, a partir do inquérito anterior e aglutinando possíveis ocorrências com causas e efeitos similares entre si, foi criado um segundo inquérito contendo 57 possíveis causas e 88 possíveis efeitos com elas relacionados. Para cada risco mencionou-se a possível causa e solicitou-se a graduação da probabilidade de sua ocorrência e da severidade de seus possíveis efeitos. Como resultado final, obteve-se a graduação de magnitude dos riscos (Tabela 13).

Magnitude de Risco Final

Observa-se que, ao invés do apresentado no primeiro inquérito, este revela uma menor dispersão das graduações de magnitude de risco, concentrando-as nos graus “grave”, muito grave” e “inaceitável”, com grande predomínio destes dois últimos.

Tabela 13 – Distribuição de magnitudes de risco, por processo e grau

Processo	Magnitude*									Sub. totais
	1	2	3	4	6	8	9	12	16	
Admin. Prod. Farma								2	1	3
Com/Int ProUtente						1	3	3		7
Instal. Equip.						1	3	17	1	22
MCDT					1	2	2	3	3	11
Obs. Med/Enf						1	2	5		8
Transf. Utentes							1		1	2
Outro Processo							2	2		4
Sub-totais					1	5	13	32	6	Total 57

* Segundo cálculos efectuados a partir da graduação de probabilidade de ocorrência da falha e gravidade dos seus efeitos, inscritas nas respostas ao inquérito 2.

Possíveis vítimas

Na Tabela 14 encontra-se a descrição dos possíveis riscos mencionados, quantificando as suas possíveis causas, seus efeitos e o tipo de vítimas-alvo que poderão ser atingidas.

Quer pelo número de possíveis causas quer pelo número de possíveis efeitos, destacam-se dos restantes os riscos “deficiente assistência em situações particulares” (8 possíveis causas e 10 possíveis efeitos) , seguindo os “riscos microbiológicos” e “identificação trocada” (5 causas e 8 efeitos cada). Após estes encontram-se os riscos “diminuição da privacidade dos utentes” (4 possíveis causas e 6 efeitos) e “deficiente adequação de sala/gabinete” (3 possíveis causas e 6 possíveis efeitos).

Tabela 14 – Diferentes tipo de riscos, quantificados por possíveis causas, possíveis efeitos e sua distribuição por vítimas-alvo

Riscos, Causas, Efeitos e possíveis Vítimas					
Riscos	Causas	Efeitos	Vítimas		
			Utente	Profissional	Utente + Profissional
Totais	57	88	49	21	18
incómodos/traumas devido a cadáver. ^{g, i, p, q}	2	5	1	1	3
diminuição da privacidade dos utentes. ^e	4	6	6		
diminuição de privacidade/segurança dos profissionais. ^r	1	3		3	
cansaço dos profissionais. ^{q, r}	1	2			2
menor acuidade no exame físico. ^f	1	1	1		
menor acuidade nos exames imagiológicos. ^l	2	2			1
radiação ionizante. ^m	3	4	3	1	

(continua)

Riscos, Causas, Efeitos e possíveis Vítimas* (continuação)					
Riscos	Causas	Efeitos	Vítimas		
			Utente	Profissional	Utente + Profissional
Totais	57	88	49	21	18
menor qualidade de imagens raio X. ^l	1	2	2		
riscos ergonómicos. ^{p,q}	1	2	1	1	
degradação de equipamentos de observação. ⁿ	1	3	1	1	1
deficiente adequação de sala/gabinete. ^{f,i,n,p,r}	3	6	2	2	2
inalação de fumo de tabaco nas instalações do SUB. ^h	1	1			1
inadequada instalação de meios de combate a fogo. ^q	1	2	2		
trauma devido a material de higienização. ^q	1	1		1	
deficiente protecção em caso de agressões. ^q	1	1		1	
riscos microbiológicos. ⁱ	5	8		5	3
deficiente arquivamento de dados. ^j	1	2			2
contaminação ambiental. ^{i,s}	1	1			1
trauma psicológico. ^g	1	1	1		
identificação trocada. ^b	5	8	7	2	
inadequado dimensionamento de gabinetes. ^p	1	1		1	
inadequado equipamento de análises. ^{b,i,k,n}	1	5	5		
contaminação/contágio. ⁱ	1	1	1		
falta de medicação de urgência. ^o	3	3	3		
deficiente actuação em emergência. ^{d,n,o}	1	1	1		
deficiente comunicação utente-profissional. ^c	1	1	1		
trauma físico. ^{p,q}	2	2	1		1
deficiente assistência em situações particulares. ⁿ	8	10	7	2	1
menor qualidade no atendimento. ^d	1	1	1		
recurso por utentes com limitações. ^a	1	2	2		

* Nota explicativa: em letra pequena e elevada encontramos a correspondência dos riscos mencionados com a respectiva redistribuição e agrupamento nas tabelas 16 e 17, às propostas de acções a implementar para corrigir cada grupo de riscos considerados..

No universo de 88 possíveis efeitos das falhas reportadas, 49 podem ter como vítima-alvo os utentes, 21 podem atingir os profissionais; os restantes 18 podem vitimizar tanto os utentes quanto os profissionais (Gráfico 2).

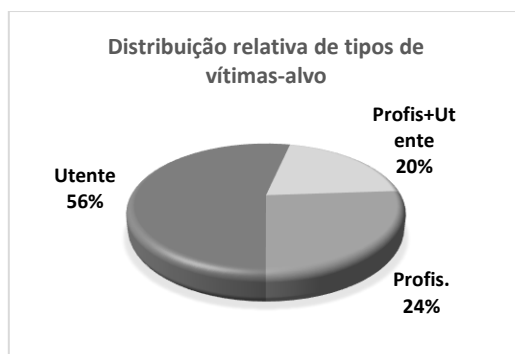


Gráfico 2 - Distribuição relativa de vítimas-alvo

Considerando a distribuição de vítimas-alvo pelo processo onde as falhas reportadas podem ocorrer, e pela magnitude dos respectivos riscos (

Tabela 15), observa-se que o maior número de vítimas se encontra em riscos de magnitude 12, 9 e 16, por esta ordem decrescente, sendo os processos "Instalações e Equipamentos" e "Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica" onde esse número é maior.

Tabela 15 – Distribuição de Tipos de Vítima-alvo por Magnitude e Processo.

Magnitude	Tipos de Vítima	Processos							Totais Tipos de Vítima / Magnitude
		Administ. Produtos Farmac.	Com/Integr. Profis.- Utente	Instal. e Equipa.	MCDT	Obs. Méd/Enf	Transfer. Utentes	Outro Processo	
6	Profis								
	Utente				1				1
	Prof+Utente								
8	Profis					1			1
	Utente				3	1			4
	Prof+Utente			1		1			2
9	Profis			3					3
	Utente		7	1	2	2	1	1	14
	Prof+Utente							3	3
12	Profis		2	12	2				16
	Utente	2	2	6	4	4		3	21
	Prof+Utente			10	1	1			12
16	Profis				1		2		3
	Utente	1			6				7
	Prof+Utente			1					1
Totais		3	11	34	20	10	3	7	88

Os resultados obtidos são valiosos para as decisões relativas a que acções implementar e quando, para se diminuir a probabilidade de ocorrência de falhas e a sua severidade, tornando assim a actividade do SUB mais segura para utentes e profissionais.

4.5. Plano de Acção

De acordo com aqueles resultados, elaborou-se o plano de acção, como apresentado na Tabela 16, para as acções a tomar isoladamente pela equipa de profissionais do SUB, e na Tabela 17 para as acções em que é necessária a intervenção de entidades externas a este serviço. Serão necessariamente de dois tipos:

- Um conjunto de medidas a serem implementadas pela equipa do SUB de Arouca, no âmbito das suas competências. Estas medidas devem ser o mais detalhadas possível, na forma e no tempo de concretização, que deve ser o mais curto possível, sem prejuízo da demora necessária para a adequada formação dos profissionais envolvidos, no sentido da maior eficácia nas alterações necessárias.
- Um conjunto de medidas que, ultrapassando as competências dos profissionais do SUB, sejam da responsabilidade do ACeS Feira-Arouca ou de entidades terceiras (ARSNorte, Câmara Municipal de Arouca, etc.) que este venha a considerar úteis. Estas medidas deverão ser acompanhadas pelas sugestões que a equipa do SUB, pelo seu conhecimento do “terreno”, julgue ser importante colocar à consideração de quem de direito.

Tabela 16 – Plano de Acção: Medidas a tomar pela equipa do SUB

Riscos	Medidas
a - Deficiente apoio a utentes com limitações	Assegurar que o utente tem acompanhamento adequado até ser possível a chegada de acompanhante legítimo.* ^{IN} Solicitar às entidades que enviam utentes sem acompanhantes, que tomem as medidas necessárias para alteração dos procedimentos.** ^{IN}
b - Identificação trocada	Por todos os meios ao seu alcance, os elementos da equipa devem confirmar a identidade do utente a ser avaliado no momento.* ^{IN}
c - Deficiente Comunicação Utente- Profissional	Em cada contacto, o profissional deve confirmar que compreendeu o que o doente transmitiu e assegurar-se que o inverso é verdadeiro.* ^{MG}
d - Menor qualidade no atendimento	Adopção de normas de orientação clínica adequadas à prática clínica do SUB, instauração de planos e protocolos de actuação em emergência e implementação de auditorias internas da qualidade.* ^{IN}

(continua)

Riscos (<i>continuação</i>)	Medidas (<i>continuação</i>)
e - Diminuição da privacidade do utente	Interdição da permanência de elemento de segurança junto da área da triagem, para além da eventual necessidade de apoio àquela no cumprimento das suas funções.* ^{IN} Interdição de entrada de profissionais terceiros, nos gabinetes onde estejam utentes a ser atendidos, se a sua presença não tiver a ver com prestação assistencial ao caso.* ^{MG}
f - Menor acuidade no exame físico	Relocalização, tanto quanto possível, do mobiliário e equipamento dos gabinetes médicos para obstar ao efeito de ofuscação.* ^{MG}
g - Trauma psicológico	Prestar aos familiares e acompanhantes dos utentes em observação/tratamento informação adequada e no tempo devido, assegurando que, em caso de transferência do utente para outra unidade aqueles recebem a respectiva informação atempadamente.* ^{MG} Providenciar o afastamento dos utentes que se encontrem no trajecto até à morgue, para áreas onde essa transferência não seja visualizável para terceiros.* ^{MG}
h - Inalação de fumo de tabaco	Não permitir a presença de fumadores nas no espaço imediatamente adjacente à porta de entrada no SUB.* ^{IN}
i - Riscos microbiológicos	Comprar no mercado atilhos adequados ao encerramento de sacos de lixo contaminado/de risco biológico e disponibilizá-los no SUB até ARS iniciar fornecimento dos mesmos.* ^{MG}

Nota explicativa: *Medidas a adoptar de imediato. **Medida a adoptar de imediato mas cuja efectivação depende de entidade terceira. ^{IN} – medida respeitante a risco inaceitável; ^{MG} – medida respeitante a risco muito grave.

Tabela 17 – Plano de Acção: Sugestões a enviar ao ACeS para implementação por entidade responsável

Riscos	Medidas
b - Identificação trocada	Dotar o SUB de: <ul style="list-style-type: none"> • sistema electrónico de chamada, sonoro e visual.^{IN} • mais eficiente equipamento informático dedicado a impressão de etiquetas identificadoras dos utentes. • sistema de pulseira identificadora. Atribuir a cada profissional (nomeadamente TSDT) credenciais de acesso a SClínico, e adaptar esta ferramenta para uso destes profissionais, para registo do seu trabalho, e ainda para requisição interna dos MCDT, por parte dos médicos. ^{IN}
e - Diminuição da privacidade dos utentes	Reconfiguração das instalações e equipamentos para garantir confidencialidade (substituição de vidros transparentes e cortina por barreiras que garantam ocultação visual e sonora). ^{IN} Instalação de sistema de ar condicionado eficiente (que dispense a abertura de janelas no Verão). ^{IN} relocalização de sistema de etiquetas de identificação de utentes no secretariado. ^{IN}

(continua)

Riscos (<i>continuação</i>)	Medidas (<i>continuação</i>)
i – Riscos microbiológicos	<p>Dotar o SUB de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sala de isolamento destinada a doentes portadores de doenças infecto-contagiosas.^{IN} • sistema de climatização eficaz em todos os gabinetes.^{IN} • sistema de lavagem de mãos na área de imagiologia.^{IN} • chuveiros adequados ao número e género dos profissionais.^{MG} • adequados atilhos para sacos de lixo contaminado/de risco biológico.^{MG} <p>Reparar as deficiências estruturais existentes nas saídas de ar condicionando.^{IN}</p>
j – Deficiente arquivamento de dados	Dotar o SUB de local e/ou sistema de arquivamento de dados de prescrição de MCDT e registo dos resultados. ^{IN}
k – Menor acuidade nos exames laboratoriais	Substituir equipamentos de análises clínicas por outros mais modernos; ^{IN} Informatizar o serviço de análises clínicas. ^{IN}
l – Menor acuidade nos exames imagiológicos	Dotar o serviço de imagiologia de: <ul style="list-style-type: none"> • sistema de blackout eficiente na sala de processamento de imagem.^{IN} • suporte de chassis de aquisição de imagem.^{MG} • Identificadores de lado, para colocação nos exames radiológicos.^{MG}
m – Radiação Ionizante	Dotar o serviço de imagiologia de dispositivos de protecção de órgãos sensíveis a radiação x, como tiróide e gónadas, sobretudo em crianças. ^{IN} Substituição de avental de chumbo. ^{IN} Reparar avaria do campo de radiação da ampola de RX. ^{IN}
n – Deficiente assistência em situações particulares	Alargar dimensões da sala de observação para conter cadeiras e macas em períodos de grande afluência. ^{IN} Substituir equipamentos muito degradados; reparar e calibrar os que forem passíveis dessas ações. ^{IN} Dotar o SUB de: <ul style="list-style-type: none"> • Kits de sutura de material resistente e indeformável.^{IN} • Kit de colheita de hemocultura,^{MG} • Braçadeiras pediátricas e de obesos para esfigmomanómetros;^{MG} • Equipamento de análise PCR;^{MG} • Material de punção (cvp) de boa qualidade;^{MG}
o – Inexistência de medicação na urgência	Dotar o SUB de: <ul style="list-style-type: none"> • Antihipertensores betabloqueantes;^{IN} • Ocitocina;^{IN} • Sulfato de Magnésio.^{IN}
p – Riscos ergonómicos	Dotar a serviço de imagiologia de uma mesa de aquisição de imagem regulável em altura. ^{IN} Alargar dimensionamento de sala de pós-processamento de imagem e dotá-la de sistema de ventilação adequado. ^{IN} Dotar secretariado de gabinete adequado às suas funções. ^{IN} Dotar as instalações de sistema de climatização eficaz em todos os gabinetes. ^{IN} Alargar dimensionamento da sala de espera pós-triagem. ^{IN} Relocalizar a morgue com trajecto que não passe junto de utentes em espera e ou observação e tenha a dimensão adequada. Dotar o local de ventilação adequada. ^{MG}

(continua)

Riscos (<i>continuação</i>)	Medidas (<i>continuação</i>)
q - Risco de quedas / traumas	Relocalizar extintores existentes na sala de espera dos utentes. ^{IN} Substituir carrinhos de limpeza, por outros mais resistentes e adequados. ^{IN} instalar adequado sistema de alarme/chamada de socorro nos gabinetes de observação clínica. ^{IN} Reparar as deficiências estruturais existentes nas saídas de ar condicionando. ^{IN} Substituir macas de observação dos doentes por outras de base mais estável. ^{IN} Substituir ou reparar macas de utentes danificadas/avariadas. ^{IN}
r - Diminuição da privacidade e Cansaço dos profissionais	Reconfiguração das áreas destinadas a refeições e descanso dos profissionais e ainda dos seus vestiários, adaptando-os adequadamente a essas funções, tendo em atenção as contingências de género. ^{IN}
s -Contaminação ambiental	Instalar ecoponto no espaço circundante ao SUB. ^{MG}

Nota explicativa: ^{IN} – medida respeitante a risco inaceitável; ^{MG} – medida respeitante a risco muito grave.

Deverá ser feito uma avaliação contínua da implementação das medidas correctivas e, seis meses após, deverá realizar-se uma avaliação dos resultados da sua aplicação, num processo de melhoria contínua dos serviços prestados, com especial incidência na segurança de utentes e profissionais.

5. Discussão dos Resultados

A segurança do doente nos cuidados primários é um campo emergente de investigação com uma base de evidências crescente, mas ainda insipiente (Lawati et al., 2018; Verbakel et al., 2016). A procura pela melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados à população que recorre ao Serviço Básico de Arouca foi a força impulsionadora desse ACeS Feira-Arouca para o desenvolvimento e implementação de uma ferramenta de gestão do risco. Esta postura encontra-se perfeitamente alinhada com o preconizado por instituições como OMS, Comissão Europeia, DGS e outras. Nos últimos anos, estes organismos têm-se preocupados com a minimização dos eventos adversos evitáveis ao nível da prestação de cuidados de saúde mediante diversas estratégias com o objectivo de reduzir os potenciais danos em utentes e profissionais (Baylina & Moreira, 2012; Conselho da União Europeia, 2009b; Council of Europe, 2006; DGS, 2015a; OMS – Organização Mundial da Saúde (Tradução realizada pela Divisão de Segurança do Doente Departamento da Qualidade na Saúde – DGS), 2011; World Health Organization, 2019b, 2020a).

Neste sentido, a grande preocupação dos profissionais de saúde encontra-se em como medir os incidentes de segurança e quais as melhores estratégias para melhorar a sua segurança. Esta

dificuldade tem sido transversal aos vários profissionais um pouco por todo o mundo, e a evidência científica tem aumentado, pouco a pouco, com o estudo da medição de pontos críticos e implementação de medidas corretivas (Hutchinson et al., 2003; Ree et al., 2019; Samra et al., 2015).

Há assim uma necessidade de metodologias válidas e confiáveis, para melhorar a segurança de forma proactiva, identificando os riscos e a implementação de medidas permitindo a melhoria da qualidade construtiva e baseada na prática clínica. Como resposta a essa necessidade, apresenta-se a análise do modo de falhas e seus efeitos nos cuidados de saúde (HFMEA), um método de avaliação de risco sistemático para avaliar prospectivamente processos de saúde complexos. A HFMEA tem-se muito mostrado como uma ferramenta muito relevante na melhoria dos procedimentos de segurança nos cuidados de saúde, mas a evidência tem sido focada no cuidados de saúde hospitalares. Apesar do seu potencial, esta ferramenta não tem sido explorada nos cuidados de saúde primários. O seu potencial foi, no entanto explorado, como estratégia de identificação de falhas nos cuidados de saúde primários no ACeS Feira-Arouca para melhoria dos seus serviços, constituindo uma estratégia original. (Faiella et al., 2018; Goodrum & Varkey, 2017; Simsekler et al., 2019).

A nível nacional, para o quinquénio 2015-2020, são objectivos estratégicos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, a segurança da comunicação, a segurança cirúrgica, a segurança na utilização da medicação e da identificação inequívoca dos doentes, prevenir a ocorrência de quedas, prevenir e controlar as infecções e as resistências aos antimicrobianas e assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes (DGS, 2015a).

Com a aplicação da HFMEA neste projecto de gestão de risco no SUB de Arouca, observa-se que, no seu conjunto, as potenciais falhas reportadas abordam esta temática. Veja-se:

As instalações e equipamentos, com 34 reportes, sendo a maior fonte de riscos e onde os riscos atingem maior magnitude, foram mencionadas por todos os grupos profissionais. No geral, mencionam riscos com danos físicos causados por objectos traumáticos ou por quedas, riscos de infecções, de menor acuidade diagnóstica, de cansaço dos profissionais e riscos psicossociais; Os meios complementares de diagnóstico e terapêutica, com 20 reportes, seguiram-se-lhes em número e gravidade das falhas que se relacionam com menor acuidade/erro de diagnóstico, efeitos de radiação X e, ainda, riscos psicossociais.

Segundo as recomendações de *VA National Center for Patient Safety*, apenas os riscos com uma magnitude igual ou superior a 8 justificam a tomada de medidas correctivas, o que, face às

gradações atribuídas aos riscos reportados neste nosso trabalho, equivale a dizer que apenas uma das falhas reportadas pode dispensar medida correctiva, já que todas as outras têm uma gradação superior. E a maioria possíveis falhas reportadas, – trinta e oito das cinquenta e sete – porque atingem gradações de 12 e 16 pontos, devem ser considerados como inaceitáveis (VA National Center for Patient Safety, 2014).

De acordo com este projecto efetuado no SUB de Arouca, os utentes constituem as vítimas-alvo, na grande maioria das falhas (em cerca de 56% dos casos isoladamente e a par dos profissionais em 20% das situações). Efectivamente, sendo para eles que existem os serviços de saúde, devem ser eles também o motivo maior de atenção na prevenção de falhas que lhe possam causar dano. A preocupação da equipa do SUB encontra-se em sintonia com as autoridades competentes e as diversas organizações de saúde que têm alertado para a necessidade de os serviços de saúde implementarem medidas que melhorem a segurança dos doentes. (Conselho da União Europeia, 2009b; Council of Europe, 2006; DGS, 2015a; OMS – Organização Mundial da Saúde (Tradução realizada pela Divisão de Segurança do Doente Departamento da Qualidade na Saúde – DGS), 2011; Perneger, 2008; World Health Organization, 2019b, 2020a)

Sem descuidar a segurança do doente – antes pelo contrário – é crescente a defesa de que se deve investir também na segurança do profissional de saúde. Os danos que o atingem reflectem-se, directa ou indirectamente na qualidade do serviço por ele prestado. Nos países desenvolvidos, a segurança dos profissionais tem ganho cada vez mais importância, originando o surgimento de linhas de orientação que a promovam nas organizações. Ainda no presente ano de 2020, o Dia Mundial da Segurança do Doente de 2020 foi dedicado à segurança dos profissionais. (Stravoula & Aditya, 2010; World Health Organization, n.d.-b, 2020c, 2020b).

Nesse sentido também apontam os resultados deste trabalho que revelam que em cerca de 44% as falhas reportadas, apresentavam como possíveis vítimas-alvo os profissionais (em 24% dos casos isoladamente e, em 20%, a par com os utentes), relacionando-se com factores ambientais, físicos, toxicológicos e psicossociais que são reconhecidos como desafiadores para a investigação em saúde ocupacional (European Commission, 2011; Giurgiu et al., 2015).

Neste projecto foram ainda encontradas potenciais falhas relacionadas com a identificação do doente e com a dotação de medicação para tratamento de situações particulares. O erro na identificação do doente, condicionará a realização de procedimentos médico-cirúrgicos, de meios complementares de diagnóstico e terapêutica e na administração de produtos farmacêuticos, à pessoa errada. Desse modo pode atingir, pelo menos, duas vítimas – o que é sujeito a

procedimento, exame complementar, ou medicação errada, e o que deixa de usufruir da medida diagnóstica ou terapêutica que, era esperado, o beneficiaria. Também na literatura internacional se encontram referências à necessidade de atenção para este tipo de falhas com implicação na qualidade dos cuidados de saúde prestados. (ECRI Institute, 2016; Riplinger, Piera-Jiménez, & Dooling, 2020; World Health Organization, n.d.-a).

A falta de identificação inequívoca do doente pode contribuir ainda para a possibilidade de erro na administração de produtos farmacêuticos, assim como a assinalada falta de alguns produtos farmacológicos inexistentes na dotação de farmácia do SUB de Arouca. Conjuntamente com o cansaço dos profissionais, por falta de algumas condições para o seu adequado repouso, essas falhas são causadoras de danos nos doentes. “A experiência de outras indústrias de alto risco e o trabalho de longa data da OMS com especialistas em segurança de saúde demonstram que os seres humanos raramente cometem erros por negligência, mas sim porque os sistemas, processos e procedimentos com que trabalham têm frequentes falhas ou são disfuncionais. Isso, inevitavelmente, dá origem a erros, e os danos da medicação não são excepção a essa regra. Todos os erros de medicação são potencialmente evitáveis” (World Health Organization, 2017a). O cansaço dos profissionais, as dificuldades de comunicação, a inexistência de um adequado sistema identificação inequívoca do doente, bem como um deficiente sistema de requisição e registo de meios complementares de diagnóstico, são algumas das preocupações da equipa do SUB, em claro alinhamento com algumas das reveladas na literatura especializada (Baylina & Moreira, 2012; Chen et al., 2012; Holden et al., 2010; James et al., 2009; K. Johnson, 2004; S. J. Johnson et al., 2014; Landrigan et al., 2004; Poghosyan et al., 2010; Rogers et al., 2004; Shanafelt et al., 2010).

Acredita-se que a correcta higienização das mãos possa facilmente eliminar os microorganismos mais associados à ocorrência de infecções possam ser facilmente eliminados pela lavagem das mãos. Contudo, esta prática regular tem encontrado algumas dificuldades, sendo uma das possíveis causas para a crescente preocupação com as infecções relacionadas com os cuidados de saúde. A aplicação da ferramenta HFMEA neste projecto de gestão de risco, permitiu encontrar algumas falhas transversais a este tema – elencadas no conjunto de falhas originadoras de riscos microbiológicos, e em geral devidas a deficiências detectadas em instalações e equipamentos – que necessitam de medidas correctivas, para a sua prevenção. Pretende-se diminuir o risco de infecções associadas aos cuidados prestados nesta unidade de saúde, preocupação actual e alvo de orientações e programas desenvolvidos por entidades

responsáveis. (Commission of the European Communities, 2008a, 2008b; Eurosurveillance Editorial team Collective, 2006; Oliveira, 2003; World Alliance for patient safety, 2008; World Health Organization, 2009c, 2009b).

A maioria das evidências sobre o risco oncológico induzido por radiação vem de 4 grupos: sobreviventes das bombas atômicas lançadas sobre o Japão, populações expostas em cuidados de saúde, grupos com exposição ocupacional e grupos com exposição ambiental.

Com o propósito de diminuir os seus efeitos nefastos na saúde, quer de doentes quer de profissionais, a Organização Mundial da Saúde desenvolveu a "Iniciativa Global sobre Segurança da Radiação em Ambientes de Saúde", onde se encontram inscritas medidas como a redução de exposição desnecessária à radiação na população em geral, especialmente em idade pediátrica, a promoção da protecção contra a exposição ocupacional à radiação e prevenção da exposição accidental à mesma, à semelhança da chamadas de atenção feitas nesse sentido no presente trabalho (Lin, 2010; World Health Organization, 2018).

As evidências actuais reforçam os ganhos em saúde conseguidos pela redução do hábito de fumar, e conseqüente redução do fumo passivo. Um dos temas abordados nos reportes efectuados respeitava ao fumo passivo que ocorre nas instalações do SUB, a partir de fumadores no exterior das instalações, nomeadamente na proximidade da porta de entrada do serviço. Os profissionais de saúde, na sua qualidade de influenciadores de comportamentos, têm um grande papel a desempenhar no contributo para a diminuição do problema do tabagismo. Convém assim que a este tema seja dada maior atenção por parta da equipa (Frazer et al., 2016; Rennan et al., 2014).

6. Conclusão

6.1. Considerações Gerais

Sendo os cuidados de saúde de primordial importância para as populações, a melhoria da sua qualidade é uma necessidade imperiosa. Considera-se assim importante que as organizações prestadoras desses cuidados implementem medidas que contribuam para essa melhoria e que, regularmente, avaliem a sua actividade.

Esta realidade serviu de base para a realização deste trabalho que, de uma forma geral, cumpriu com os objectivos a que se propunha, apesar das dificuldades que se lhe apresentaram e entre as quais se realça:

- A escassez de uma cultura de utilização regular de ferramentas de gestão do risco, sobretudo a nível dos cuidados de saúde primários, na realidade nacional. Este facto poderá ser considerado, no mínimo, propiciador de uma menor adesão dos profissionais ao projecto, por via de um menor reconhecimento da importância da utilização dessas ferramentas;
- A in experiência neste tipo de actividade, vivenciada pelos profissionais envolvidos no projecto;
- O conjunto de contingências devidas à COVID19 que veio impor limitações à realização de actividades necessárias ao normal fluir do projecto, criando a necessidade de se proceder a adaptações na metodologia utilizada e, finalmente, originando significativos atrasos na sua prossecução.

Os resultados obtidos revelaram que, no geral, a equipa de profissionais do Serviço de Urgência Básica de Arouca se encontra alinhada com os objectivos traçados para a melhoria da segurança nas unidades de saúde, pelas várias organizações nacionais e internacionais. Deve agora, no mais curto espaço de tempo (preferentemente no imediato), proceder à implementação das medidas que lhe competem e que estão descritas no plano de acção.

Outras medidas há que ultrapassam as competências desta equipa, sendo a sua implementação da responsabilidade de entidades externas ao SUB, nomeadamente nos casos relativos a instalações e equipamentos clínicos e não clínicos, incluindo os sistemas informáticos e produtos farmacêuticos para utilização na assistência médica própria de um serviço de urgência básica. A essas entidades competirá a resolução dos problemas detectados, no que isso tem de positivo e de negativo para o serviço, seus utentes e profissionais.

Com um cronograma adequado, deverão ser realizados trabalhos de acompanhamento e avaliação dos resultados das alterações processuais efectuadas, num processo de avaliação continua da qualidade dos serviços prestados e de gestão dos riscos que, sabemos, não se esgotou neste trabalho que consideramos pioneiro e de aprendizagem para a equipa de pessoas que no Serviço de Urgência Básica de Arouca realizam a sua actividade profissional.

Aqui, e para finalizar, apresenta-se a análise SWOT do projecto no sentido de melhor o resumir e apresentar os desafios aos quais está e estará sujeito:

6.2. Análise SWOT

Forças

Interesse de profissionais na mudança;

Aprendizagem da equipa em relação a ferramentas de gestão do risco;

Consciencialização e promoção da cultura de segurança dos utentes e dos profissionais;

Apoio da Direcção do ACeS Feira-Arouca;

Alinhamento demonstrado com as directivas nacionais e internacionais.

Fraquezas

Falta de cultura de regular gestão de risco – inexperiência da equipa neste tipo de actividades;

Baixa participação de profissionais;

Abordagem demasiado alargada no que a processos diz respeito;

Oportunidades

Existência de diversas ferramentas de gestão do risco passíveis de ser utilizadas e adaptadas para os cuidados de saúde primários;

Acesso a estado da arte referente à gestão do risco e cultura da segurança;

Existência de projetos nacionais e internacionais que promovam a gestão do risco e segurança do utente e profissionais;

Ameaças

Aparecimento da COVID que veio criar grandes limitações à realização de várias das actividades a realizar em grupo;

A existência de múltiplas falhas relacionadas com instalações e equipamentos, cuja resolução depende de entidades externas, fugindo assim ao controlo da equipa;
Limitação de recursos e burocracias que limitam a celeridade da implementação de medidas de gestão do risco.

Como nota final, fica a necessidade de mais estudos e projectos que contribuam para maior segurança nos cuidados de saúde, principalmente nos cuidados primários.

7. Referências Bibliográficas

- Baylina, P., & Moreira, P. (2011). Challenging healthcare-associated infections: a review of healthcare quality management issues. *Journal of Management & Marketing in Healthcare*, 4(4), 254–264. <https://doi.org/10.1179/175330311X13016677137770>
- Baylina, P., & Moreira, P. (2012). Healthcare-associated infections – on developing effective control systems under a renewed healthcare management debate. *International Journal of Healthcare Management*, 5(2), 74–84. <https://doi.org/10.1179/2047970012Z.00000000018>
- British S.I. (2007). OHSAS 18001: 2007 Occupational health and safety management systems–Requirements.
- Chen, I.-C., Ng, H.-F., & Li, H.-H. (2012). A multilevel model of patient safety culture: cross-level relationship between organizational culture and patient safety behavior in Taiwan's hospitals. *The International Journal of Health Planning and Management*, 27(1), e65–e82. <https://doi.org/10.1002/hpm.1095>
- Commission of the European Communities. (2007). *Together for Health – A Strategic Approach for the EU, 2008-2013*. Retrieved from <https://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2007/EN/1-2007-630-EN-F1-1.Pdf>
- Commission of the European Communities. (2008a). *COMMUNICATION FROM THE COMMISSION TO THE EUROPEAN PARLIAMENT AND THE COUNCIL on patient safety, including the prevention and control of healthcare-associated infections {COM(2008) 837 final}{SEC(2008) 3004}{SEC(2008) 3005} COMMUNICATION*. Retrieved from <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2008:0836:FIN:EN:PDF>
- Commission of the European Communities. (2008b). *Proposal for a COUNCIL RECOMMENDATION on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections – Impact Assessment*. Retrieved from <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-17427-2008-ADD-1/en/pdf>
- Conselho da União Europeia. (2009a). *Recomendação do Conselho, de 9 de Julho de 2009, sobre seguranças dos pacientes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde*.
- Conselho da União Europeia. (2009b). *RECOMENDACÃO DO CONSELHO de 9 de Junho de 2009 sobre a segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde*. *Official Journal of the European Union* (Vol. C). Retrieved from [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009H0703\(01\)&from=en](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009H0703(01)&from=en)
- Council of Europe. Recommendation Rec(2006)7 of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care (2006). Strasbourg Cedex. Retrieved from https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805ae8b5
- DeRosier, J., Stalhandske, E., Bagian, J. P., & Nudell, T. (2002). Using Health Care Failure Mode and Effect Analysis™: The VA National Center for Patient Safety's Prospective Risk Analysis System. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 28(5), 248–267. [https://doi.org/10.1016/S1070-3241\(02\)28025-6](https://doi.org/10.1016/S1070-3241(02)28025-6)
- DGS. Orientação 018/2011 (2011). Retrieved from <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/identificacao-doentes-orientacao-identificacao-inequivoca-de-doentes.aspx>
- DGS. (2015a). Plano nacional de saúde: Revisão e extensão a 2020. *Direção-Geral Da Saúde*, 38. Retrieved from <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

- DGS. (2015b). Plano Nacional para a Segurança do Doente. Portugal. Retrieved from <https://dre.pt/application/file/66457154>
- Dionne, G. (2013). Risk Management: History, Definition, and Critique. *Risk Management and Insurance Review*, 16(2), 147–166. <https://doi.org/10.1111/rmir.12016>
- Direcção Geral da Saúde. (2015). Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015–2020. Retrieved December 14, 2020, from <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/estrategia-nacional-para-a-qualidade-na-saude.aspx>
- Donaldson, L. (2000). *An Organisation with a Memory: Report of an Expert Group on Learning from Adverse Events in the NHS*. London – UK. Retrieved from https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130105144251/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4065086.pdf
- ECRI Institute. (2016). *Patient Identification: Executive Summary*. Welwyn Garden City, UK. Retrieved from <https://healthmanagement.org/c/healthmanagement/issuearticle/patient-identification-executive-summary>
- Esmail, R., Cummings, C., Dersch, D., Duchscherer, G., Glowa, J., Liggett, G., & Hulme, T. (2005). Using Healthcare Failure Mode and Effect Analysis tool to review the process of ordering and administering potassium chloride and potassium phosphate. *Healthcare Quarterly (Toronto, Ont.)*, 8 Spec No, 73–80. <https://doi.org/10.12927/hcq.2005.17668>
- European Commission. (1996). *Guidance on risk assessment at work (Directive 89/391/EEC) – Segurança e saúde no trabalho – EU-OSHA*. Retrieved from <https://osha.europa.eu/pt/legislation/guidelines/guidance-on-risk-assessment-at-work>
- European Commission. (2011). *Occupational health and safety risks in the healthcare sector: Guide to prevention and good practice*. (S. A. and I. Directorate-General for Employment, Ed.). Luxembourg: Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Eurosurveillance Editorial team Collective. (2006). Public consultation on strategies for improving patient safety by prevention and control of healthcare-associated infections. *Weekly Releases (1997–2007)*, 11(1), 2870. <https://doi.org/10.2807/esw.11.01.02870-en>
- Faiella, G., Parand, A., Franklin, B. D., Chana, P., Cesarelli, M., Stanton, N. A., & Sevdalis, N. (2018). Expanding healthcare failure mode and effect analysis: A composite proactive risk analysis approach. *Reliability Engineering and System Safety*, 169, 117–126. <https://doi.org/10.1016/j.res.2017.08.003>
- Fragata, J. I. G. (2010). Erro médico: A segurança dos doentes – Indicador de qualidade em saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26(6), 564–570. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v26i6.10799>
- Frazer, K., Callinan, J. E., Mchugh, J., van Baarsel, S., Clarke, A., Doherty, K., & Kelleher, C. (2016, February 4). Legislative smoking bans for reducing harms from secondhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005992.pub3>
- Giurgiu, D. I., Jeoffrion, C., Grasset, B., Dessomme, B. K., Moret, L., Roquelaure, Y., ... Tripodi, D. (2015). Psychosocial and occupational risk perception among health care workers: a Moroccan multicenter study. *BMC Research Notes*, 8(1), 408. <https://doi.org/10.1186/s13104-015-1326-2>

- Gonzales, M. C. (1989). Directiva do Conselho, de 12 de Junho de 1989, relativa à aplicação de medidas destinadas a promover a melhoria da segurança e da saúde dos trabalhadores no trabalho. *Jornal Oficial Das Comunidades Europeias, L 183*(DIRECTIVA DO CONSELHO), 1–8. Retrieved from <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:31989L0391&from=en>
- Goodrum, L., & Varkey, P. (2017, February 20). Prevention is better: The case of the underutilized failure mode effect analysis in patient safety. *Israel Journal of Health Policy Research*. BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s13584-016-0131-2>
- Holden, R. J., Patel, N. R., Scanlon, M. C., Shalaby, T. M., Arnold, J. M., & Karsh, B.-T. (2010). Effects of mental demands during dispensing on perceived medication safety and employee well-being: A study of workload in pediatric hospital pharmacies. *Research in Social and Administrative Pharmacy, 6*(4), 293–306. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2009.10.001>
- Hutchinson, A., McIntosh, A., Cox, S., & Gilbert, C. (2003). Towards efficient guidelines: How to monitor guideline use in primary care. *Health Technology Assessment, 7*(18). <https://doi.org/10.3310/hta7180>
- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. (2001). *Crossing the Quality Chasm*. Washington, D.C.: National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/10027>
- ISO/IEC. (2009). *ISO/IEC 31010:2009(en) Risk management – Risk assessment techniques*. Retrieved from <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iec:31010:ed-1:v1:en>
- ISO. (2018). NP ISO 31000 2018 – Gestão de Risco: linhas de orientação. Caparica: Instituto Português da Qualidade. Retrieved from http://qualitividade.pt/wp-content/uploads/2016/04/NPISO031000_2012.pdf
- James, K. L., Barlow, D., McCartney, R., Hiom, S., Roberts, D., & Whittlesea, C. (2009). Incidence, type and causes of dispensing errors: A review of the literature. *International Journal of Pharmacy Practice, 17*(1), 9–30. <https://doi.org/10.1211/ijpp.17.1.0004>
- Johnson, K. (2004). Keeping Patients Safe: An Analysis of Organizational Culture and Caregiver Training. *Journal of Healthcare Management, 49*(3), 171–178. <https://doi.org/10.1097/00115514-200405000-00006>
- Johnson, S. J., O'Connor, E. M., Jacobs, S., Hassell, K., & Ashcroft, D. M. (2014). The relationships among work stress, strain and self-reported errors in UK community pharmacy. *Research in Social and Administrative Pharmacy, 10*(6), 885–895. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2013.12.003>
- Khon, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (2000). *To Err Is Human – Building a Safer Health System*. (Committee on Quality of Health Care in America, Ed.), *Committee on Quality of Health Care in America*. Washington, D.C.: National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/9728>
- Landrigan, C. P., Rothschild, J. M., Cronin, J. W., Kaushal, R., Burdick, E., Katz, J. T., ... Czeisler, C. A. (2004). Effect of Reducing Interns' Work Hours on Serious Medical Errors in Intensive Care Units. *New England Journal of Medicine, 351*(18), 1838–1848. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa041406>
- Lawati, M. H. Al, Dennis, S., Short, S. D., & Abdulhadi, N. N. (2018). Patient safety and safety culture in primary health care: A systematic review. *BMC Family Practice, 19*(1). <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0793-7>
- Lin, E. C. (2010, December 1). Radiation risk from medical imaging. *Mayo Clinic Proceedings*. Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.4065/mcp.2010.0260>
- Loeppke, R., Boldrighini, J., Bowe, J., Braun, B., Eggins, E., Eisenberg, B. S., ... Yarbrough, M. (2017). Interaction of Health

- Care Worker Health and Safety and Patient Health and Safety in the US Health Care System. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 59(8), 803–813. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001100>
- Millenson, M. L. (2002). Pushing the profession: how the news media turned patient safety into a priority. *Quality and Safety in Health Care*, 11(1), 57–63. <https://doi.org/10.1136/qhc.11.1.57>
- Oliveira, A. C. de. (2003). Infecções hospitalares: repensando a importância da higienização das mãos no contexto da multirresistência. *REME Rev. Min. Enferm*, 140–144.
- OMS – Organização Mundial da Saúde (Tradução realizada pela Divisão de Segurança do Doente Departamento da Qualidade na Saúde – DGS). (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório técnico final*. Lisboa. Retrieved from <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>
- Papkalla, U., & Collison, J. (2017). *International minimum requirements for health protection in the workplace*. (World Health Organization, Ed.). <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2017.09.006>
- Perneger, T. (2008). The Council of Europe recommendation Rec(2006)7 on management of patient safety and prevention of adverse events in health care. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(5), 305–307. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn034>
- Poghosyan, L., Clarke, S. P., Finlayson, M., & Aiken, L. H. (2010). Nurse burnout and quality of care: Cross-national investigation in six countries. *Research in Nursing & Health*, 33(4), 288–298. <https://doi.org/10.1002/nur.20383>
- Ree, E., Johannessen, T., & Wiig, S. (2019). How do contextual factors influence quality and safety work in the Norwegian home care and nursing home settings? A qualitative study about managers' experiences. *BMJ Open*, 9(7). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025197>
- Rennen, E., Nagelhout, G. E., Van Den Putte, B., Janssen, E., Mons, U., Guignard, R., ... Willemsen, M. C. (2014). Associations between tobacco control policy awareness, social acceptability of smoking and smoking cessation. Findings from the International Tobacco Control (ITC) Europe Surveys. *Health Education Research*, 29(1), 72–82. <https://doi.org/10.1093/her/cyt073>
- Riplinger, L., Piera-Jiménez, J., & Dooling, J. P. (2020). Patient Identification Techniques—Approaches, Implications, and Findings. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1701984>
- Rogers, A. E., Hwang, W.-T., Scott, L. D., Aiken, L. H., & Dinges, D. F. (2004). The Working Hours Of Hospital Staff Nurses And Patient Safety. *Health Affairs*, 23(4), 202–212. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.23.4.202>
- Samra, R., Bottle, A., & Aylin, P. (2015). Monitoring patient safety in primary care: An exploratory study using in-depth semistructured interviews. *BMJ Open*, 5(9). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008128>
- Shanafelt, T. D., Balch, C. M., Bechamps, G., Russell, T., Dyrbye, L., Satele, D., ... Freischlag, J. (2010). Burnout and Medical Errors Among American Surgeons. *Annals of Surgery*, 251(6), 995–1000. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181bfdab3>
- Simões, G. V., Dias, A. C., Vicente, A. P., Matos, A., Madeira, C. P., Santos, C. S., ... Salvador, S. (2010). *Segurança e Saúde no Trabalho Gestão do Risco Profissional em Estabelecimentos de Saúde*. Lisboa. Retrieved from https://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/document/file/431/ARS_Manual_Gest_o_Risco_Profissional_pag_a_pag.pdf

- Simsekler, M. C. E., Kaya, G. K., Ward, J. R., & Clarkson, P. J. (2019). Evaluating inputs of failure modes and effects analysis in identifying patient safety risks. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 32(1), 191–207. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-12-2017-0233>
- Stalhandske, E., DeRosier, J., Wilson, R., & Murphy, J. (2009). Healthcare FMEA in the veterans health administration. *Patient Safety & Quality Healthcare*, (September/October), 30–33. Retrieved from <https://www.patientsafety.va.gov/docs/hfmea/PSQHarticle.pdf>
- Stravoula, L., & Aditya, J. (2010). *Health Impact of Psychosocial Hazards at Work: An Overview*. (U. of N. Institute of Work, Health & Organisations, Ed.). Geneva - Switzerland: World Health Organization 2010. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44428/9789241500272_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Twerski, R. A. J. (2007). Medical Errors: Focusing More on What and Why, Less on Who. *Journal of Oncology Practice*, 3(2), 66–70. <https://doi.org/10.1200/JOP.0723501>
- VA National Center for Patient Safety. (n.d.). Healthcare Failure Mode and Effect Analysis (HFMEA). Retrieved July 9, 2019, from <https://www.patientsafety.va.gov/professionals/onthejob/hfmea.asp>
- VA National Center for Patient Safety. (2011). *VHA Handbook*. Washington, D.C. Retrieved from <https://www.patientsafety.va.gov/professionals/onthejob/hfmea.asp>
- VA National Center for Patient Safety. (2014). *The Basics of Healthcare Failure Mode and Effect Analysis*. Washington, D.C. Retrieved from <https://www.patientsafety.va.gov/professionals/onthejob/hfmea.asp>
- Verbakel, N. J., Langelaan, M., Verheij, T. J. M., Wagner, C., & Zwart, D. L. M. (2016, August 23). Improving patient safety culture in primary care: A systematic review. *Journal of Patient Safety*. Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000075>
- Veyrat, P. (2016). Mapping Activities using the 5 Why's methodology. Retrieved November 20, 2019, from <https://www.heflo.com/blog/process-mapping/the-5-whys-methodology/>
- Washburn, E. R. (2001). Fast forward: a blueprint for the future from the Institute of Medicine. *Physician Executive*, 27(3), 8–14. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11387903/>
- World Alliance for patient safety. (2008). Surgical safety checklist: First edition. *WHO Surgical Safety Checklist and Implementation Manual*, 1. Retrieved from http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ss_checklist/en/
- World Health Assembly. (2002). *WHA55.18 - Quality of care: patient safety*. Retrieved from https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ewha5518.pdf?ua=1
- World Health Organization. (n.d.-a). *WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions Aide Memoire*. Retrieved from <https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution2.pdf>
- World Health Organization. (n.d.-b). World Patient Safety Day - 17 September 2020. Retrieved September 1, 2020, from <https://www.who.int/campaigns/world-patient-safety-day/2020>
- World Health Organization. (2009a). A Guide to the Implementation WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy. *Who*, 1–47. Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_IER_PSP_2009.02_eng.pdf
- World Health Organization. (2009b). *WHO Guidelines for Safe Surgery 2009 Safe Surgery Saves Lives*. Geneva - Switzerland: WHO Press. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_eng.pdf;jsessionid=19B84

DB73A39A97784E3B619BE830AD7?sequence=1

- World Health Organization. (2009c). *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care – First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care*. (W. H. Organization, Ed.). Geneva – Switzerland: WHO Press. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44102/9789241597906_eng.pdf?sequence=1
- World Health Organization. (2017a). *Medication Without Harm*. (World Health Organisation, Ed.), *World Health Organization*. Geneva – Switzerland. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255263/1/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf?ua=1&ua=1>
- World Health Organization. (2017b). *Patient Safety: Making health care safer*. (W. H. Organization, Ed.). Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/patient-safety-making-health-care-safer>
- World Health Organization. (2018). WHO Global Initiative on Radiation Safety in Health Care Settings. Retrieved December 27, 2020, from http://www.who.int/ionizing_radiation/medical_radiation_exposure/global-initiative/en/
- World Health Organization. (2019a). Patient Safety – 10 facts. Retrieved September 30, 2019, from <https://www.who.int/news-room/photo-story/photo-story-detail/10-facts-on-patient-safety>
- World Health Organization. (2019b). Patient Safety – Key facts. Retrieved September 30, 2019, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- World Health Organization. (2020a). Patient Safety. Retrieved December 1, 2020, from <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety>
- World Health Organization. (2020b). World Patient Safety Day 2020: Speak up for health worker safety! Retrieved July 1, 2020, from <https://www.paho.org/en/events/world-patient-safety-day-2020-speak-health-worker-safety>
- World Health Organization. (2020c). World Patient Safety Day 2020. Retrieved July 1, 2020, from <https://www.who.int/campaigns/world-patient-safety-day>
- Yassi, A., & Hancock, T. (2005). Patient Safety – Worker Safety: Building a Culture of Safety to Improve Healthcare Worker and Patient Well-Being. *Healthcare Quarterly*, 8(sp), 32–38. <https://doi.org/10.12927/hcq.17659>

Anexos

Anexo A HFMEA – SUB Arouca: Inquérito 1 (Identificação de possíveis falhas, seus modos e efeitos)

04/09/2020

HFMEA - SUB Arouca

HFMEA - SUB Arouca

A Análise dos Modos de Falha e seus Efeitos na Saúde (HFMEA) é um instrumento de análise que permite identificar potenciais falhas e avalia os seus efeitos sobre o utente e/ou profissional, identificando ainda as ações que poderiam eliminar ou reduzir a possibilidade de ocorrer a potencial falha.

O tempo previsto para o correto preenchimento deste questionário de é aproximadamente 2 minutos.

* Required

Identificação do profissional

O nome e o email são opcionais

1. Nome

2. Email

3. Categoria Profissional *

Mark only one oval.

- Assist. Operacional
- Assist. Técnico(a)
- Enfermeiro(a)
- Médico(a)
- Tec. Sup. Diag. e Terap.
- Outro(a)

Identificação de Riscos

4. Processo *

Mark only one oval.

- Instalações e equipamentos (Edifício e Mobiliário "administrativo")
- Comunicação/interação profissional/utente (Identificação, Chamada, Colheita de História Clínica, etc.)
- Observação Médica/Enfermagem (Dispositivos médicos, Ambiente de consulta)
- Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (Imagiologia, Análises Clínicas, etc.)
- Administração de produtos farmacêuticos (Medicação, Oxigenoterapia, Vapor, Aspiração Clínica, etc.)
- Transferência de utentes
- Outro processo

5. Se optou por "Outro processo", identifique qual

6. Descrição breve da falha ou evento *

7. Descrição breve dos possíveis efeitos *

Gradação da probabilidade e severidade da ocorrência

Por favor ter em atenção os critérios da pontuação a atribuir:

8. Probabilidade de ocorrência *

Mark only one oval.

1. Pouco provável - poderá ocorrer muito raramente (menos de 1vez/ano; histórico)
2. Provável - poderá ocorrer raramente (entre 1 a 4 vezes/ano)
3. Bastante Provável - poderá ocorrer em alguma ocasião (5 vezes ano a a 1 vez/mês)
4. Muito Provável - poderá ocorrer sempre ou quase sempre (mais de 1vez/semana)

9. Severidade da falha ou evento *

Mark only one oval.

1. Ligeira - Incidentes com danos leves, de fácil resolução ou controlados rapidamente (lesões sem necessidade de cuidados médicos ou primeiros socorros, correção imediata de erros identificados ou resolvidos pelos próprios)
2. Pouco grave - Incidentes com erros que necessitam de apoio para a resolução ou danos superficiais que necessitam de cuidados de saúde de curto prazo (sem incapacidade laboral ou até 3 dias de baixa) como irritações oculares / dérmicas, cefaleias, lesões superficiais da pele, patologias com incapacidades menores
3. Grave - Incidentes com erros reversíveis, mas que podem desencadear consequências a longo prazo ou danos profundos / extensos, que necessitam de cuidados de saúde prolongados (incapacidade de 3 a 30 dias ou consultas de vigilância / acompanhamento por mais de 30 dias), como picadas com risco biológico, fracturas, lesões múltiplas, intoxicações, queimaduras de 2º grau
4. Muito Grave - Incidentes com erros irreversíveis ou danos permanentes / invalidantes (invalidez permanente total ou parcial) como queimaduras de 3º grau, doenças crónicas, cancro ou morte

This content is neither created nor endorsed by Google.

Google Forms

Anexo B HFMEA-SUB_Arouca: Inquérito 2 (Gradação de Probabilidade e Gravidade de Falhas e Efeitos)

04/09/2020

HFMEA-SUB_Arouca (gradação de falhas e efeitos)_1

HFMEA-SUB_Arouca (gradação de falhas e efeitos)_1

Caros colegas:

Este inquérito é resultado das propostas de falhas e seus efeitos por vós propostos anteriormente.

Destina-se a graduar as suas importâncias relativas.

Solicitamos que pontuem cada item segundo as escalas apresentadas na secção 2.

Desde já agradecemos a vossa colaboração neste trabalho, que certamente contribuirá para minorar os riscos a que profissionais e utentes do SUB se encontram sujeitos

* Required

1. Email address *

Cada item deve ser graduado segundo os seguintes critérios:

PROBABILIDADE:

- 1 - Pouco Provável: poderá ocorrer muito raramente (menos de 1 vez/ano; histórico);
- 2 - Provável: poderá ocorrer raramente (entre 1 a 4 vezes/ano);
- 3 - Bastante Provável: poderá ocorrer em alguma ocasião (5 vezes/ano a 1 vez/mês);
- 4 - Muito Provável: poderá ocorrer sempre ou quase sempre (mais de 1 vez/semana).

SEVERIDADE:

- 1 - Ligeira: Incidentes com danos leves, de fácil resolução ou controlados rapidamente (lesões sem necessidade de cuidados médicos ou primeiros socorros; correcção imediata de erros identificados/resolvidos pelos próprios)
- 2 - Pouco Grave: Incidentes com erros que necessitam de apoio para resolução, ou danos superficiais que necessitam de cuidados de saúde de curto prazo (sem incapacidade laboral, ou até 3 dias de baixa), como irritações oculares/dérmicas, cefaleias, lesões superficiais da pele, patologias com incapacidades menores.
- 3 - Grave: Incidentes com erros reversíveis, mas que podem desencadear consequências a longo prazo ou danos profundos/extensos, que necessitam de cuidados de saúde prolongados (incapacidade de 3 a 30 dias, ou consulta de vigilância/acompanhamento por mais de 30 dias), como picadas com risco biológico, fracturas, lesões múltiplas, intoxicações, queimaduras de 2º grau.
- 4 - Muito Grave: Incidentes com erros irreversíveis ou danos permanentes/invalidantes (invalidez permanente total ou parcial), como queimaduras do 3º grau, doenças crónicas, cancro ou morte.

Riscos e suas gradações

2. 1 - RISCO: transferência de um cadáver para o depósito mortuário. CAUSA: necessidade de atravessamento da área de triagem. EFEITO 1: interrupção do processo de triagem com necessidade de isolar a área de trajecto; EFEITO 2: risco de lesões físicas (para quem efectua estas tarefas) e psicológicas (para os utentes em espera, que se apercebem/observam esse traslado); EFEITO 3: possíveis danos e mobiliário e equipamentos informáticos. *

DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL.

DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO 1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO 2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO 3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. 5 - RISCO: diminuição de privacidade dos utentes. CAUSA: presença física de pessoal de segurança na proximidade de áreas de triagem/observação/tratamento. EFEITO 1: inibição do utente em referir algumas queixas; EFEITO 2: não garantia de confidencialidade. *

DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL.
DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO 1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO 2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. 6 - RISCO: diminuição de privacidade dos utentes. CAUSA: frequentes entradas de funcionárias auxiliares na sala de imagiologia, sem a devida autorização, com ou sem pacientes na sala. EFEITO 1: inibição do utente em referir algumas queixas; EFEITO 2: não garantia de confidencialidade *

DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL.
DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO 1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO 2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. 7 - RISCO: diminuição de privacidade e segurança dos profissionais. CAUSA: gabinetes/vestiários/instalações sanitárias sem a adequada dimensão para o género dos profissionais, sem cacifos suficiente e sem adequado arrumo para batas já usadas. EFEITO 1: falta de privacidade de género; EFEITO 2: risco de roubos; EFEITO 3: possível contaminação de roupas *

DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL.
DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO 1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO 2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO 3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. 2 - RISCO: incómodos/traumas devido a cadáver. CAUSA: localização inadequada da morgue. EFEITO 1: espaço sujeito a sobreaquecimento e consequente aumento de velocidade de decomposição do cadáver; EFEITO 2: risco de lesões no transporte do cadáver para a morgue; *

DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL.
DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO 1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO 2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. 3 - RISCO: diminuição da privacidade dos utentes. CAUSA: deficiente climatização/renovação de ar das salas de observação/emergência/tratamento, levando à necessidade de as manter abertas. EFEITO: possibilidade de escuta das queixas dos utentes, por pessoas que se encontrem no exterior e, à noite, possibilidade de se ver as suas silhuetas corporais. *

DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL.
DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. 4 - RISCO: diminuição de privacidade dos utentes. CAUSA: portas da entrada contíguas a ponto de triagem de vidro transparente, apenas ocultadas por cortinas de correr. EFEITO: fácil visualização do utente e escuta das suas queixas, por terceiros pessoas. *

DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL.
DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. 8 - RISCO: cansaço dos profissionais CAUSA: inexistência de local adequado para descanso dos profissionais. EFEITO 1: menos acuidade no diagnóstico; EFEITO 2: maior probabilidade de conflitos inter-profissionais e entre estes e utentes *

DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL.
DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO 1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO 2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. 9 - RISCO: menor acuidade no exame físico. CAUSA: ofuscação da visão do profissional pelas janelas localizadas em plano posterior ao doente, nos gabinetes médicos. EFEITO: limitação na observação de orofaringe. *

DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL.
DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. 10 - RISCO: menor acuidade nos exames imagiológicos. CAUSA: inexistência de sistema de "blackout" na sala de pós-processamento de imagem. EFEITO: dificuldade de visualização dos monitores de trabalho, podendo incorrer em erros de diagnóstico, sobreaquecimento do espaço. *

DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL.
DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. 11 - RISCO: menor acuidade nos exames imagiológicos. CAUSA: inexistência de identificadores de lado para colocação nos exames radiológicos. EFEITO: exames invertidos e/ou troca de lados e consequentes erros de diagnóstico/procedimento terapêutico. *

DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL.
DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. 12 - RISCO: radiação ionizante. CAUSA: avental de chumbo com 19 anos de uso, com sinais de desgaste. EFEITO: deficitária protecção a radiação. *

DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL.
DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. 13 - RISCO: radiação ionizante. CAUSA: inexistência de protecção de chumbo para a tiróide e protecções gonadais pequenas/pediátricas. EFEITO: exposição a radiação desnecessária. *

DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL.
DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. 14 - RISCO: radiação ionizante. CAUSA: avaria do campo de radiação da ampola de raio X. EFEITO 1: desnecessária repetição de exames; EFEITO 2: sobre-exposição a radiação. *

DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL.
DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO 1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO 2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. 15 - RISCO: menor qualidade de imagens raio X. CAUSA: inexistência de suporte de chassis de aquisição de imagem, na radiologia. EFEITO 1: acondicionamento incorreto do equipamento sujeitando-o a maior degradação; EFEITO 2: pela acção prévia da radiação dispersa, diminuição da qualidade das imagens. *

DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL.
DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO 1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO 2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. 16 - RISCO: riscos ergonómicos. CAUSA: Mesa de aquisição de imagem (radiologia) não regulável em altura. EFEITO 1: risco de queda dos utentes (necessidade de utilizar degraus); EFEITO 2: risco de lesões e acidentes profissionais ao auxiliar os utentes a subir e descer. *

DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL.
DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO 1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO 2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. 17 - RISCO: degradação de equipamentos de observação. CAUSA: mau estado de conservação, deficientes monitorização e suporte técnico de alguns equipamentos de observação. EFEITO 1: deficiente precisão diagnóstica; EFEITO 2: possíveis lesões físicas nos profissionais; EFEITO 3: risco de contaminação/infecção. *

DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL.
DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO 1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO 2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO 3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. 18 - RISCO: deficiente adequação de sala/gabinete. CAUSA: sub-dimensionamento da sala de espera pós-triagem, com cadeiras "frente-a-frente". EFEITO: aumento do risco de transmissibilidade de doenças infecto-contagiosas. *

DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL.
DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. 19 - RISCO: deficiente adequação de sala/gabinete. CAUSA: sistema de climatização ineficaz nos gabinetes de observação médica/salas de imagiologia. EFEITO 1: dificuldade acrescida na observação de utentes em tempo frio; EFEITO 2: aumento de co-morbilidades para doenças do foro respiratório; EFEITO 3: aumento do desconforto/cansaço dos profissionais; EFEITO 4: sobreaquecimento dos equipamentos. *
- DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL.
DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO 1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO 2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO 3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO 4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. 20 - RISCO: deficiente adequação de sala/gabinete. CAUSA: espaço reduzido na sala de pós-processamento de imagem (radiologia) face à quantidade de equipamentos existentes e não ergonómico. EFEITO: sobressaturação de ar, sobreaquecimento dos equipamentos e do pessoal, e riscos de lesões e acidentes de trabalho. *
- DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL.
DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. 21 - RISCO: inalação de fumo de tabaco nas instalações do SUB. CAUSA: frequente presença de fumadores junto da porta do SUB. EFEITO: com o constante abrir e fechar da porta automática, entrada de fumo de tabaco para dentro das instalações e consequente contaminação do ar ambiente. *
- DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL.
DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. 22 - RISCO: inadequada instalação de meios de combate a fogo. CAUSA: deficiente colocação dos extintores na sala de espera dos utentes. EFEITO 1: possíveis ferimentos em utentes, sobretudo crianças; EFEITO 2: possível "disparo" em utilização inapropriada. *

DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL.
DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO 1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO 2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. 23 - RISCO: trauma devido a material de higienização. CAUSA: carrinhos de limpeza de instalações inadequados (por exemplo: a prensa não funciona bem e tem pouca resistência ao uso). EFEITO: possíveis quedas das funcionárias devido a material com deficiente resistência ao uso. *

DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL.
DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. 24 - RISCO: deficiente protecção em caso de agressões. CAUSA: inexistência de sistema de alarme/chamada de socorro para casos de ameaça/agressão, por parte de utentes, aos profissionais. EFEITO: existência de agressão sem socorro, com possível maior dano nas vítimas. *

DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL.
DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. 25 - RISCO: riscos microbiológicos. CAUSA: tectos do SUB com retalhos após intervenção de equipa de ar condicionado. Várias saídas de ar condicionado não correctamente fixas na parede, necessitando de fita cola para se manterem no lugar. EFEITO 1: possíveis quedas de material sobre funcionários e utentes; EFEITO 2: maior possibilidade de contaminação microbiana. *
- DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL.
DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO 1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO 2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. 26 - RISCO: riscos microbiológicos. CAUSA: ARS Norte não fornece atilhos para encerramento dos sacos de lixo contaminado de risco biológico. EFEITO 1: possível contágio/contaminação. *
- DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL.
DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO 1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28. 27 - RISCO: riscos microbiológicos. CAUSA: inexistência de lavatório de mãos em toda a área da radiologia. EFEITO: infecções cruzadas devido a falta de higienização. *
- DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL.
DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

29. 28 - RISCO: riscos microbiológicos. CAUSA: existência de apenas um chuveiro apto para duche dos profissionais, em todo o SUB. EFEITO: inadequada descontaminação dos profissionais em tempo útil. *
- DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL.
DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30. 29 - RISCO: riscos microbiológicos. CAUSA: copa serve de espaço de alimentação e descanso do pessoal; encontra-se mal estruturada, sem ar condicionado, e cheiro a saneamento básico. EFEITO 1: desconforto e falta de privacidade; EFEITO 2: sobreaquecimento do espaço/falta de climatização; EFEITO 3: risco de infecção. *

DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL.
DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO 1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO 2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO 3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

31. 30 - RISCO: deficiente arquivamento de dados. CAUSA: inexistência de local para arquivamento de requisições médicas/requisições em papel. EFEITO 1: perda de dados de prescrição de MCDT's; EFEITO 2: falhas ao nível da qualidade e de provas jurídicas. *

DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL.
DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO 1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO 2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

32. 31 - RISCO: contaminação ambiental. CAUSA: inexistência de um ecoponto para recolha selectiva de resíduos. EFEITO: armazenamento, recolha e descarte indevido de resíduos. *

DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL.
DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

33. 32 - RISCO: trauma psicológico. CAUSA: transferência de utentes sem aviso prévio a família/acompanhante, que só se apercebe da mesma quando o utente é visto a ser transportado pelos bombeiros. EFEITO: choque psicológico. *

DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL.
DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

34. 33 - RISCO: identificação trocada. CAUSA: troca de identificação aquando da chamada para a triagem / na triagem; inexistência de sistema electrónico de chamada. EFEITO: consulta / procedimento realizados a pessoa errada, que não tendo percebido bem o nome, se apresenta no lugar de outrem. *

DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL.
DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

35. 34 - RISCO: identificação trocada. CAUSA: requisições radiológicas e de análises clínicas em formato de papel; na maioria das vezes com o nome do utente colocado à mão e, frequentemente, incompleto. EFEITO: possível troca de identidade. *

DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL.
DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

36. 35 - RISCO: identificação trocada. CAUSA: falta de pulseira identificadora. EFEITO: procedimento realizado a pessoa errada. *

DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL.
DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

37. 36 - RISCO: identificação trocada. CAUSA: falta de equipamento informático dedicado a impressão de etiquetas identificadoras dos utentes, fora da área de triagem, nomeadamente no secretariado, aquando da inscrição destes. EFEITO 1: triagem a utente errado; EFEITO 2: interrupção da triagem em curso por profissionais de outras áreas geradora de confusão e possíveis erros neste processo; EFEITO 3: quebra de privacidade do utente a ser triado naquele momento. *

DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL
 DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO 1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO 2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO 3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

38. 37 - RISCO: identificação trocada. CAUSA: inexistência de credenciais de acesso ao SClinico para alguns profissionais (nomeadamente técnica de MCDT); EFEITO 1: impossibilidade de registar os seus actos no SClinico, sem recorrer a palavras-passe cedidas por outros profissionais (nomeadamente enfermeiros); EFEITO 2: possíveis consequências legais. *

DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL
 DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO 1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO 2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

39. 38 - RISCO: Inadequado dimensionamento de gabinetes. CAUSA: gabinete de secretariado exíguo para o equipamento; EFEITO: perda de ergonomia e possibilidade de traumas *

DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL
 DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

40. 39 - RISCO: inadequado equipamento de análises. CAUSA: serviço de análises clínicas não possui informatização do sistema e tem equipamentos obsoletos e/ou não calibrados; EFEITO 1: falha nos registos, EFEITO 2: erro de diagnóstico por falha técnica; EFEITO 3: troca de identidade de utentes; EFEITO 4: impossibilidade de registo de resultados no SER, para disponibilização nacional; EFEITO 5: discrepância de resultados analíticos obtidos no SUB com os obtidos no SE_HSS. *

DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL.
DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO 1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO 2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO 3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO 4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO 5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

41. 40 - RISCO: Contaminação/contágio. CAUSA: Inexistência de local adequado de isolamento.; EFEITO: probabilidade contágio de doenças infecciosas. *

DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL.
DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

42. 41 - RISCO: falta de medicação de urgência. CAUSA: inexistência de ocitocina; EFEITO: impossibilidade de intervenção rápida em casos de hemorragia pós-parto por hipotonia/atonia. *

DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL.
DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

43. 42 - RISCO: falta de medicação de urgência. CAUSA: inexistência de Sulfato de Magnésio em quantidade; EFEITO: insuficiente quantidade existente em stock, para tratamento de pré-eclâmpsia/eclâmpsia. *
- DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL.
DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

44. 43 - RISCO: falta de medicação de urgência. CAUSA: inexistência de antihipertensores betabloqueantes para uso em urgência geral e obstétrica. EFEITO: impossibilidade de tratamento adequado de crise hipertensiva/eclâmpsia/arritmia. *
- DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL.
DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

45. 44 - RISCO: deficiente actuação em emergência. CAUSA: inexistente instauração de planos/protocolos de emergência. EFEITO: demora na intervenção imediata em situações de ameaça de vida (dispneia grave, hipoglicemia, febre alta) - com risco de complicações/incidentes graves - pelo facto de os médicos estarem em observação de utentes no gabinete. *
- DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL.
DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

46. 45 - RISCO: deficiente comunicação utente-profissional. CAUSA: erros de comunicação verbal, nomeadamente na triagem. EFEITO: falsas expectativas no utente, dificuldade de compreensão de sintomas e de indicações terapêuticas/outras. *
- DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL.
DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

47. 46 - RISCO: trauma físico. CAUSA: maca de observação nos gabinetes médicos dotada de base pouco estável. EFEITO: desequilíbrio das mesmas com possíveis quedas/traumas. *

DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL.
DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

48. 47 - RISCO: trauma físico. CAUSA: macas de utentes avariadas, seguras por ligaduras EFEITO: traumas físicos em utentes e profissionais. *

DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL.
DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

49. 48 - RISCO: deficiente assistência em situações particulares. CAUSA: inexistência de maca adaptável a exame ginecológico/obstétrico. EFEITO: Impossibilidade de fazer tamponamento utero-vaginal em caso de metrorragias ou efectuar parto eminente, no SUB. *

DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL.
DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

50. 49 - RISCO: deficiente assistência em situações particulares. CAUSA: kit de sutura de plástico na sua totalidade e com bisturi de formato inadequado. EFEITO: dificuldade acrescida na suturas, já que que, quer pinça quer porta-agulhas não têm a resistência adequado ao trabalho que se lhe exige, dobrando muito frequentemente e partindo por vezes.. *

DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL.
DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

51. 50 - RISCO: deficiente assistência em situações particulares. CAUSA: baixa qualidade no material de punção (cvp). EFEITO 1: necessidade de várias picadas ao utente com o consequente desconforto, e possíveis lesões vasculares; EFEITO 2: má imagem do profissional; EFEITO 3: aumento do tempo necessário para o procedimento e consumo de material que, por vezes, fica inoperacional. *

DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL.
DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO 1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO 2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO 3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

52. 51 - RISCO: deficiente assistência em situações particulares. CAUSA: inexistência de braçadeiras de criança e de obesos para esfigmomanómetros. EFEITO: erro na avaliação de tensões arteriais, nestes grupos de pessoas. *

DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL.
DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

53. 52 - RISCO: deficiente assistência em situações particulares. CAUSA: inexistência de kit para colheita de hemocultura. EFEITO: em casos de choque séptico, impetuosidade de iniciar antibioticoterapia empírica, com possível erro de diagnóstico. *

DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL.
DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

54. 53 - RISCO: deficiente assistência em situações particulares. CAUSA: electrocardiógrafo obsoleto e avariado EFEITO: necessidade de recurso a electrocardiógrafo emprestado pela USF. *
- DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL.
DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

55. 54 - RISCO: deficiente assistência em situações particulares. CAUSA: reduzido espaço da sala de observação para conter as cadeiras e macas necessárias em períodos de grande afluência. EFEITO: incapacidade de tratar utentes no imediato, obrigando a espera até haver uma maca livre. *
- DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL.
DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

56. 55 - RISCO: deficiente assistência em situações particulares. CAUSA: falta de equipamento de análise PCR. EFEITO: impossibilidade de diagnóstico diferencial infecção/inflamação. *
- DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL.
DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

57. 56 - RISCO: menor qualidade no atendimento. CAUSA: inexistência de auditorias de qualidade. EFEITO: possível desatualização/adequação de procedimentos, face às normas em vigor. *
- DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL.
DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

58. 57 - RISCO: recurso por utentes com limitações. CAUSA: utentes incapacitados e sem autonomia transferidos do lar sem acompanhantes. EFEITO 1: possível erro de identificação; EFEITO 2: quedas/traumas *

DETERMINAÇÃO DA PROBABILIDADE: 1 - POUCO PROVÁVEL; 2 - PROVÁVEL; 3 - BASTANTE PROVÁVEL; 4 - MUITO PROVÁVEL.
DETERMINAÇÃO DA SEVERIDADE: 1 - LIGEIRA; 2 - POUCO GRAVE; 3 - GRAVE; 4 - MUITO GRAVE

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4
PROBABILIDADE (CAUSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO 1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEVERIDADE (EFEITO 2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

This content is neither created nor endorsed by Google.

Google Forms