

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA

Acidentes de trabalho nos Cuidados de Saúde
Primários - Análise das causas e intervenção

Aluno: Susana Margarida Figueiredo Salvador

Orientador: Doutora Paula Albuquerque

Júri: Doutora Carla Sofia Costa Viegas e Doutor Carlos Silva Santos

Mestrado em Segurança e Higiene no Trabalho 2019/2020

(esta versão incluiu as críticas e sugestões feitas pelo júri)

Lisboa, 2020

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA

Acidentes de trabalho nos Cuidados de Saúde
Primários - Análise das causas e intervenção

Aluno: Susana Margarida Figueiredo Salvador

Orientador: Doutora Paula Albuquerque

Júri: Doutora Carla Sofia Costa Viegas e Doutor Carlos Silva Santos

Mestrado em Segurança e Higiene no Trabalho 2019/2020

(esta versão incluiu as críticas e sugestões feitas pelo júri)

Lisboa, 2020

Direitos de autor

Acidentes de trabalho nos Cuidados de Saúde Primários - Análise das causas e intervenção

Copyright© 2020 - Todos os direitos reservados: a Susana Margarida Figueiredo Salvador; Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa.

A Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTeSL) tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicar esta dissertação de mestrado de obtenção de grau de Mestre em Segurança e Higiene do Trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, e de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

Trabalho aprovado pelo Conselho de Ética da ESTeSL, com a referência CE-ESTeSL-n.º 60-2020 - Susana Margarida Figueiredo Salvador.

Dedicatória e agradecimentos

Agradeço ao Professor Doutor Carlos Silva Santos, pelo incentivo na realização de um projeto inicial e a forma com me motivou para a sua conclusão.

Agradeço à Doutora Paula Albuquerque o acolhimento, a receptividade, a atenção e a disponibilidade em me orientar e acompanhar neste percurso final. Sinto que ganhei uma amiga.

Agradeço ao Diretor Executivo do ACeS Lezíria e à Equipa de Saúde Ocupacional da ARSLVT, IP que me apoiaram e a ajuda com a disponibilização dos dados para a realização deste trabalho.

Agradeço aos meus familiares, em especial aos meus filhos e pais, a compreensão pela ausência em alguns momentos importantes e o apoio nas horas difíceis.

Bem hajam todos!

Resumo

Todas as atividades acarretam riscos muito variados que podem conduzir a acidentes de trabalho e as atividades de saúde não são exceção. Fatores humanos, locais de trabalho e a própria organização do trabalho podem constituir fatores de risco para a ocorrência de acidentes com profissionais de saúde.

Tendo como finalidade aprofundar o conhecimento sobre as causas dos acidentes de trabalho que ocorrem com os profissionais de saúde, dos Cuidados de Saúde Primários, e contribuir para uma gestão do risco eficaz, é realizado um estudo aos acidentes de trabalho ocorridos num Agrupamento de Centros de Saúde da ARSLVT, IP..

Aplicando-se a metodologia utilizada pelo Serviço de Saúde Ocupacional, baseada no *ESAW* do Eurostat e no método de investigação *WAIT* desenvolvido por Jacinto (2011), obtiveram-se resultados relativos às características dos acidentes de trabalho, às causas mais imediatas, e também a identificação de causas latentes, como fatores individuais, de condições dos locais de trabalho e das condições organizacionais e de gestão, que influenciaram ou contribuíram para a ocorrência de acidentes. Por fim, é traçado um plano de ação com indicação de medidas, que visam a eliminação ou a redução dos fatores de risco para os profissionais de saúde.

As causas dos acidentes de trabalho devem ser assumidas por todos como forma de aprendizagem, e a segurança e saúde do trabalho é uma componente fundamental para a gestão do risco nas organizações.

Palavras-chave: Acidentes de trabalho; Cuidados de saúde primários; Fatores de risco; Profissionais de saúde; Segurança e Saúde do Trabalho.

Abstract

All activities entail varied risks that can lead to work accidents and health activities are no exception. Human factors, workplaces and the work organization itself may represent risk factors for accidents with health professionals.

In order to deepen the knowledge about the causes of work accidents that occur with health professionals in Primary Health Care and contribute to effective risk management, a study is conducted on work accidents that occurred in a Group of Health Centers of ARSLVT, IP..

Applying the methodology used by the Occupational Health Service, based on eurostat's *ESAW* and the *WAIT* research method developed by Jacinto (2011), results were obtained regarding the characteristics of work accidents, the most immediate causes, and also the identification of latent causes, such as a individual factors, the conditions of the workplaces and organizational and management conditions, which influenced the occurrence of accidents. Finally, an action plan is drawn up with indication of measures aimed at eliminating or reducing risk factors for health professionals.

The causes of accidents at work should be assumed by all as a form of learning, and occupational safety and health is a key component for risk management in organisations.

Keywords: Accidents at work; Primary health care; Risk factos; Health professionals; Safety and Health at Work.

Índice geral

Direitos de autor	i
Dedicatória e agradecimentos	ii
Resumo	iii
Abstract	iv
Índice de tabelas.....	vii
Índice de figuras	ix
Lista de abreviaturas.....	xi
Introdução.....	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
Capítulo 1 – Os cuidados de saúde primários.....	3
1.1. Estrutura e organização	3
1.2. A Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo	4
1.3. Os agrupamentos de centros de saúde e as unidades de saúde.....	4
1.4. Recursos humanos nos cuidados de saúde primários.....	6
1.4.1. Grupos profissionais na saúde	7
1.4.2. Atribuições dos profissionais de saúde.....	8
1.5. Regime de trabalho	10
Capítulo 2 – Segurança e saúde do trabalho	11
2.1. Segurança e saúde do trabalho nos cuidados de saúde primários	12
2.2. Gestão de riscos profissionais	13
2.2.1. Prevenção de riscos	14
2.2.2. Avaliação de riscos ocupacionais	15
2.2.3. Controlo do risco	16
2.2.4. Comunicação do risco	17
2.3. O Processo de avaliação de riscos da ARSLVT, IP	17
Capítulo 3 – Acidentes de trabalho	21
3.1. A causalidade dos acidentes de trabalho	22
3.1.1. Modelos de causalidade de acidentes de trabalho.....	22
3.1.1.1. Modelo sequencial	22
3.1.1.2. Modelo epidemiológico.....	23
3.1.1.3. Modelo sistémico	24
3.2. Conceito legal	25
3.2.1. Qualificação de acidente de trabalho	26
3.2.2. Reparação de danos	28
3.3. Informação sobre acidentes de trabalho.....	29
3.3.1. Acidentes de trabalho no sector da saúde da administração pública	31
3.4. Análise de acidentes de trabalho.....	31
3.4.1. Métodos de análise de acidentes de trabalho	32
3.4.2. Índices estatísticos de acidentes de trabalho.....	34
3.4.3. Análise de acidentes de trabalho da ARSLVT, IP	35
PARTE II – INVESTIGAÇÃO	39
Capítulo 4 – Estudo epidemiológico.....	39
4.1. Objetivo geral do estudo	39
4.1.4. Objetivos específicos.....	40
4.2. Universo.....	40
4.1.5. Amostra	40
4.3. Metodologia	40
4.4. Aplicação do método.....	41
Capítulo 5 – Resultados.....	43

5.1.	Caraterização de acidentes de trabalho	43
5.1.1.	Participações.....	43
5.1.2.	Trabalhadores	43
5.1.3.	Locais de ocorrência	44
5.1.4.	Desvio	46
5.1.5.	Agente material	46
5.1.6.	Modalidade da lesão	47
5.1.7.	Tipo de lesão.....	48
5.1.8.	Parte do corpo atingida	48
5.1.9.	Cuidados imediatos	49
5.1.10.	Consequências.....	50
5.1.11.	Dias perdidos	50
5.1.12.	Índices de sinistralidade	51
5.1.13.	Qualificação.....	51
5.2.	Análise de causas	52
5.2.1.	Fatores individuais.....	52
5.2.2.	Fatores do local ou ambiente de trabalho.....	53
5.2.3.	Fatores organizacionais ou de gestão	56
5.2.4.	Avaliações de risco anteriores.....	57
5.2.5.	Plano de ação	58
5.2.5.1.	Medidas de segurança e saúde	58
5.2.5.2.	Prioridade de intervenção	61
5.2.5.3.	Responsabilidade pela implementação	63
5.2.5.4.	Monitorização.....	63
	Capítulo 6 – Discussão	65
	Capítulo 7 – Conclusões.....	77
	Referências bibliográficas.....	79
	ANEXOS.....	87
	Anexo 1 - Método de Avaliação de Riscos a Edifícios e Modelo de Relatório SSO	88
	Anexo 2 - Metodologia de Análise de Acidentes de Trabalho do SSO	89
	Anexo 3 - Ficha de Participação e Qualificação de Acidente de Trabalho.....	90
	Anexo 4 - Boletim de Acompanhamento Médico.....	91
	Anexo 5 - Mapa de Recursos Humanos e ausências por acidente de trabalho do ACeS Lezíria.....	92
	Anexo 6 - Impresso de análise de acidente de trabalho/serviço do SSO.....	93
	Anexo 7 - Medidas de Segurança e Saúde (anexo D do relatório único MTSS) ..	94
	APÊNDICES	95
	Apêndice 1 - Conjunto de varáveis consideradas para o estudo	96
	Apêndice 2 – Caracterização de acidentes de trabalho.....	97
	Apêndice 3 – Análise de fatores influenciadores	98
	Apêndice 4 – Plano de ação – Medidas e Prioridades	99

Índice de tabelas

Tabela 3.3.1-1: Número de acidentes de trabalho/serviço ocorridos no MS no local de trabalho de 2012 a 2018 (exclui os de trajeto)	31
Tabela 5.1.11-2: Número de acidentes participados e respectivo número de dias perdidos por ITA em 2017, 2018 e 2019	50
Tabela 5.1.12-3: Resultados das Taxas de Frequência, Incidência e Gravidade dos Acidentes de Trabalho em 2017, 2018 e 2019.....	51
Tabela 5.2.1-4: Classificação de Fatores Individuais dos eventos ocorridos em 2017, 2018 e 2019.....	53
Tabela 5.2.2-5: Fatores do local e ambiente de trabalho identificados nos acidentes de 2017, 2018 e 2019	54
Tabela 5.2.2-6: Distribuição dos fatores do local ou ambiente de trabalho identificados pelos edifícios onde ocorreram os acidentes participados em 2017, 2018 e 2019.....	55
Tabela 5.2.3-7: Fatores organizacionais ou de gestão dos eventos ocorridos em 2017, 2018 e 2019.....	56
Tabela 5.2.4-8: Edifícios (codificados) onde ocorreram acidentes com avaliações de risco e respectivos fatores de risco e majoração do risco atribuída na avaliação à data efetuada.....	57
Tabela 5.2.5-9: Identificação de medidas para os fatores de risco individuais identificados na análise de causas de acidentes e incidentes em 2017, 2018 e 2019	59
Tabela 5.2.5-10: Identificação de medidas para os fatores de risco dos locais de trabalho/agentes físicos identificados na análise de causas de acidentes em 2017, 2018 e 2019	59
Tabela 5.2.5-11: Identificação de medidas para os fatores de risco dos locais de trabalho/agentes químicos identificados na análise de causas de acidentes em 2017, 2018 e 2019.....	59
Tabela 5.2.5-12: Identificação de medidas para os fatores de risco dos locais de trabalho/agentes biológicos identificados na análise de causas de acidentes em 2017, 2018 e 2019.....	60
Tabela 5.2.5-13: Identificação de medidas para os fatores de risco dos locais de trabalho/agentes relacionados com a atividade identificados na análise de causas de acidentes em 2017, 2018 e 2019.....	60
Tabela 5.2.5-14: Identificação de medidas para os fatores de risco organizacionais ou de gestão identificados na análise de causas de acidentes em 2017, 2018 e 2019....	61
Tabela 5.2.5-15 - Medidas prioritárias para prevenir acidentes de trabalho	62

Tabela 6.2.5-16: Outras medidas a desenvolver para prevenir acidentes	62
Tabela 5.2.5-17: Exemplo de plano de monitorização da implementação e desenvolvimento de medidas.....	64

Índice de figuras

Figura 1.4.1-1: Distribuição de recursos humanos de saúde por grupos profissionais nos cuidados de saúde primários da ARSLVT, IP em 2018. Fonte: adaptado de MS, 2019	8
Figura 5.1.2-2: Número de trabalhadores atingidos por grupo profissional em 2017, 2018 e 2019	43
Figura 5.1.2-3: Distribuição do número total de trabalhadores atingidos por unidade funcional de origem	44
Figura 5.1.3-4: Distribuição do número de acidentes de trabalho participados em 2017, 2018 e 2019 por locais de ocorrência.	45
Figura 5.1.3-5: Número total de acidentes de trabalho por edifício do ACeS Lezíria em 2017, 2018 e 2019.....	45
Figura 5.1.4-6: Número e tipo de desvios identificados nos eventos de 2017, 2018 e 2019.	46
Figura 5.1.5-7: Número de agentes materiais envolvidos nos acidentes de trabalho em 2017, 2018 e 2019.....	47
Figura 5.1.6-8: Distribuição das modalidades das lesões registadas nas participações em 2017, 2018 e 2019.....	47
Figura 5.1.7-9: Número e tipos de lesão originadas em 2017, 2018 e 2019.....	48
Figura 5.1.8-10: Número e partes do corpo afetadas em 2017, 2018 e 2019.....	49
Figura 5.1.9-11: Cuidados prestados após os eventos em 2017, 2018 e 2019	49
Figura 5.1.10-12: N.º de trabalhadores e respetivas consequências decorrentes dos acidentes participados em 2017, 2018 e 2019.....	50
Figura 5.1.13-13: Qualificações atribuídas aos acidentes ocorridos em 2017, 2018 e 2019	52
Figura 5.2.2-14: Fatores de risco identificados nos edifícios do ACeS Lezíria onde ocorreram acidentes	56

Lista de abreviaturas

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ARSLVT, IP – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Instituto Público

CAE Rev. 3 – Classificação de Atividade Económica, revisão 3

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

EU – European Union/ União Europeia

EU-OSHA – European Agency for Occupational Safety and Health at Work/ Agência Portuguesa para a Segurança e Saúde no Trabalho

ESAW – European Statistic on Accidents at Work/ Estatísticas Europeias de Acidentes de Trabalho

GEP – Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social

Iag – Índice de avaliação da gravidade

If - Índice de frequência

Ii - Índice de Incidência

Ig - Índice de gravidade

ILO / OIT – International Labour Organization/ Organização Internacional do Trabalho

LMERT – Lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho

LTFP – Lei do Trabalho em Funções Públicas

MS – Ministério da Saúde

MTSSS – Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social

NUTS – Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OMS – Organização Mundial da Saúde

OSHA – Occupational Safety and Health Administration/ Administração de Segurança e Saúde Ocupacional dos Estados Unidos da América

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SO – Saúde Ocupacional

SSO – Serviço de Saúde Ocupacional

SST – Segurança e Saúde do Trabalho

TSST – Técnico Superior de Segurança do Trabalho

USP – Unidade de Saúde Pública

USF – Unidade de Saúde Familiar

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UCC – Unidade de Cuidados de Saúde na Comunidade

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

WAIT – Work Accidents Investigation Technique/ Técnica de Investigação de Acidentes de Trabalho

Introdução

Por serem potencialmente fatais, incapacitantes e afetarem, em especial, pessoas jovens e em idade ativa, os acidentes acarretam grandes consequências sociais e económicas. Por este motivo, os acidentes de trabalho são considerados um problema de saúde pública em todo o mundo, nomeadamente ao nível da segurança e saúde do trabalho.

Segundo a Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho, o setor da saúde é considerado um dos setores de atividade de alto risco, com uma taxa de incidência de acidentes de trabalho 1,34 superior à média europeia (EU-OSHA, 2001 e 2003).

Em Portugal, os dados publicados no Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde de 2018, revelam que nesse ano ocorreram 6 339 acidentes de trabalho com trabalhadores da saúde, resultando em 82 500 dias de trabalho perdidos em consequência destes (MS, 2019).

Do ponto de vista da segurança e saúde do trabalho, os profissionais de saúde encontram-se expostos a uma diversidade de riscos provenientes da exposição a agentes químicos, físicos, biológicos e psicossociais, resultantes de questões estruturais, funcionais e organizacionais do trabalho (Uva e Faria, 1992). A gestão do risco profissional é um processo dinâmico que deve ser suportado técnico-cientificamente, visando a eliminação ou controlo dos fatores de risco e consequentemente a prevenção de acidentes e doenças profissionais (Uva, 2006).

Considerando que os cuidados de saúde primários da região de Lisboa e Vale do Tejo integram aproximadamente 31% do número de trabalhadores do Serviço Nacional de Saúde (MS, 2019) e que as unidades de saúde, pela natureza do seu funcionamento, apresentam múltiplos fatores de risco e ou outras circunstâncias que poderão constituir maior perigo para a saúde dos profissionais de saúde, importa conhecer com maior evidência as características e circunstâncias dos acidentes de trabalho que afetam os profissionais de saúde (Matos *et al.*, 2007).

Este estudo tem como finalidade aprofundar o conhecimento sobre as causas de acidentes de trabalho que ocorrem com profissionais de saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT, IP) e contribuir para uma gestão do risco eficaz nos cuidados de saúde primários, procurando identificar fatores de risco que podem contribuir para a ocorrência dos acidentes de trabalho e delinear um plano

de ação com indicação de medidas de segurança e saúde que eliminem ou minimizem a presença dos fatores e visem prevenir acidentes semelhantes.

São analisados os acidentes registados no Agrupamento de Centros de Saúde da Lezíria da ARSLVT, IP durante os anos de 2017, 2018 e 2019, aplicando a metodologia utilizada pelo Serviço de Saúde Ocupacional (SSO) da ARSLVT, IP, apoiada no método de investigação *Work Accidents Investigation Technique* (WAIT) desenvolvido por Jacinto (2011), que reúne o modelo de causalidade defendido por Reason (1990) e as variáveis das estatísticas europeias de acidentes de trabalho do Eurostat (ESAW) para a classificação dos acidentes de trabalho.

Inicialmente são analisadas as informações registadas nas participações de acidente de trabalho, para caracterizar as circunstâncias em que ocorreram e as consequências para os trabalhadores.

Numa segunda fase é realizada a investigação aos fatores de risco individuais, dos locais de trabalho e organizacionais ou de gestão que poderão ter contribuído para os acidentes de trabalho participados. São ainda observados os resultados das avaliações de risco realizadas pelo Serviço de Saúde Ocupacional da ARSLVT, IP, de modo a perceber se os fatores de risco identificados na análise dos acidentes teriam sido já assinalados em avaliações anteriores e que medidas foram aí recomendadas.

Para desenho do plano de ação são apontadas medidas para os fatores de risco identificados como causas de acidentes de trabalho, a prioridade para a sua implementação, responsabilização e monitorização.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo 1 – Os cuidados de saúde primários

1.1. Estrutura e organização

O Estado assegura o direito à proteção da saúde da população através do Serviço Nacional de Saúde (SNS), que abrange todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde (MS) (Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro).

O aparecimento dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) em Portugal, enquanto rede prestadora de cuidados de saúde, tem origem na reforma do sistema de saúde e da assistência delineada por Gonçalves Ferreira, Arnaldo Sampaio e Baltazar Rebelo de Sousa em 1971, antes da Declaração de Alma Ata, de 1978, e da constituição do Serviço Nacional de Saúde português (SNS) em 1979 (Miguel e Sá, 2010).

O SNS está organizado em diferentes níveis de complexidade para o atendimento da população, iniciando-se pelo nível primário constituído por Unidades de Saúde, que oferecem o atendimento básico, o nível secundário constituído por Unidades Complementares que, para além do atendimento básico, oferece algumas especialidades, tais como análises, radiologia e pequena cirurgia, e o nível terciário do qual fazem parte as Unidades Hospitalares que oferecem assistência de todas as especialidades e permite a realização de exames de diagnóstico na própria instituição.

Os CSP são compostos por unidades de saúde de nível primário e secundário. Estas unidades constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados como sejam as unidades hospitalares (Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de abril). Administrativamente, o SNS está dividido em cinco regiões de saúde que cobrem todo o território continental: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve.

As administrações regionais são responsáveis pela prestação de cuidados de saúde à população e execução regional do plano nacional de saúde (Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro).

1.2. A Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

A Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo é um instituto público (ARSLVT, IP) que tem por missão garantir à população o acesso à prestação de cuidados de saúde, adequando os recursos disponíveis às necessidades e cumprir e fazer cumprir as políticas e programas de saúde. Isto é assegurar os CSP na região de Lisboa e Vale do Tejo.

Em termos geográficos e demográficos, a ARSLVT, IP caracteriza-se como abrangendo uma área de 12.136 km², que equivale a 13,6% da área continental, com uma população de 3.637 273 habitantes, a que corresponde 37,1% da população do continente (ARSLVT, IP 2017).

A atual organização administrativa da ARSLVT, IP abrange 51 concelhos de Portugal continental distribuídos por 15 Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS).

1.3. Os agrupamentos de centros de saúde e as unidades de saúde

Os ACeS agrupam um ou mais centros de saúde caracterizados por uma estrutura organizacional assente em unidades funcionais de saúde que desenvolvem trabalho em equipa multiprofissional, com missões específicas, intercooperantes e complementares, organizadas em rede (Decreto-lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, e Portaria n.º 394-B/2012, de 29 de novembro).

A estrutura dos ACeS inclui ainda órgãos específicos dirigidos à gestão e decisão e outras unidades ou serviços que sejam consideradas como necessárias pela ARSLVT, IP.

As Unidades de Saúde (US) são unidades elementares dos CSP, na prestação de cuidados de saúde individuais e familiares à população de uma determinada área, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos cuidados prestados (Decreto-lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro). Nos ACeS existem:

- As Unidades de Saúde Familiares (USF) que consistem em pequenas unidades funcionais dotadas de equipas multiprofissionais, com autonomia funcional e técnica, que prestam cuidados de saúde primários personalizados, num quadro de contratualização interna, envolvendo objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade. Configuram-se num modelo organizacional leve e flexível, em rede com outras unidades funcionais do

centro de saúde.

- As Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) que prestam cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos.
- As Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) que prestam cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados.
- A Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) que presta serviços de consultoria e assistenciais às unidades funcionais referidas nos artigos anteriores e organiza ligações funcionais aos serviços hospitalares.
- A Unidade de Saúde Pública (USP) que funciona como observatório de saúde da população, dotada de uma organização flexível que, graças a uma maior concentração de recursos, os rentabiliza, permitindo uma detalhada caracterização da área geodemográfica e das necessidades de saúde da população sob sua dependência, em estreita e direta articulação com os serviços e instituições prestadoras de cuidados de Saúde. As atividades desenvolvidas centram-se no planeamento em saúde, na promoção e proteção da saúde, incluindo a avaliação do impacto em saúde, na prevenção da doença, na vigilância epidemiológica, na vigilância em saúde ambiental, na investigação em saúde e na gestão ou participação em programas de saúde pública.

Em regra, as US dos ACeS funcionam todos os dias úteis, entre as 8 e as 20 horas. Nos centros urbanos, nomeadamente em períodos sazonais, como por exemplo no inverno (por causa da gripe) funcionam também em horário alargado e em fins de semana. Alguns serviços, designadamente consultas específicas (como por exemplo planeamento familiar ou saúde infantil), cuidados específicos de enfermagem, tratamentos, cuidados domiciliários, colheitas de produtos biológicos, estão disponíveis em horários programados.

As instalações e equipamentos de saúde dos CSP definem-se por estruturas físicas dimensionadas e formadas considerando a população servida e a equipa multidisciplinar que a integra, e ainda o equipamento e dispositivos médicos e gerais

necessário ao seu funcionamento.

Os requisitos funcionais e técnicos destinados a instalações e equipamentos das unidades de saúde são definidos pela Direção-Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde do Ministério da Saúde, o serviço central com funções técnico-normativas e de estudo, projeto, fiscalização e prestação de apoio técnico nos domínios da construção e apetrechamento das unidades de saúde (MS, 2006).

Em termos funcionais os diferentes espaços podem caracterizar-se em áreas, definidas quantitativamente e estruturalmente em função da população servida e das atividades desenvolvidas, da seguinte forma (MS, 2006):

- Área de entrada que inclui a zona de receção e sala de espera para utentes;
- Área administrativa composta por gabinetes administrativos, salas de reuniões e/ou de formação e biblioteca;
- Área de prestação de cuidados de saúde, que engloba os gabinetes de consulta geral ou especializados (planeamento familiar, saúde oral) e de enfermagem e/ou de tratamentos e vacinação;
- Área de serviços de apoio que abrange serviços como os de lavandaria, esterilização, economato, farmácia, limpeza e resíduos, instalações sociais (copa, refeitório, instalações sanitárias, vestiários e balneários).

Tratando-se de edifícios ou instalações que recebem público, é ainda previsto que as unidades de saúde cumpram com os requisitos legalmente impostos no que respeita a questões construtivas e de funcionamento para pessoas com mobilidade condicionada.

1.4. Recursos humanos nos cuidados de saúde primários

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define como recursos humanos da saúde todas as pessoas envolvidas em atividades cujo principal objetivo é a promoção, proteção ou a melhoria da saúde das pessoas e das comunidades, fazendo parte de um meio intersetorial complexo e mantendo um compromisso com a saúde e com as populações a que servem. Inclui nesta designação pessoas de diferentes profissões e ocupações que se formaram e trabalham na área da saúde, como assalariados ou como voluntários nos setores público e privado, em horário integral ou em jornada parcial, seja prestando serviços de saúde, administrando os serviços do sistema ou abordando os determinantes sociais da saúde (OMS, 2006).

De acordo com o Balanço Social do Ministério da Saúde (MS, 2019), em 2018 a ARSLVT, IP integrava o maior número de trabalhadores com 48 476, seguindo-se as

Regiões de Saúde do Norte com 45 749, do Centro com 25 173, do Alentejo com 6 510 e do Algarve com 5.891 profissionais.

No que respeita aos recursos humanos integrados nos Agrupamentos de Centros de Saúde, em 2018a ARSLVT, IP contava com 9 531 profissionais de saúde distribuídos por diferentes grupos profissionais.

1.4.1. Grupos profissionais

Nos CSP, as unidades de saúde integram diferentes grupos profissionais com autonomia organizativa e técnica, responsáveis pela prestação de cuidados de saúde à população e garantindo a necessária intercooperação com as demais unidades funcionais do ACeS (Decreto-lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro).

Estes grupos profissionais estão submetidos às regras próprias da Administração Pública podendo apresentar-se na carreira geral e nos corpos especiais (carreiras específicas), sendo a estes alargado o regime laboral aplicável à lei do contrato individual de trabalho e à contratação coletiva de trabalho (Lei n.º 35/2014, de 20 de maio). Salienta-se a existência dos seguintes grupos profissionais:

- Técnico superior: Assistentes sociais, juristas, economistas e engenheiros;
- Técnico: Técnicos de contabilidade e engenheiros técnicos;
- Técnico profissional: Técnico de electromedicina, secretárias de unidade de saúde;
- Assistente técnico;
- Tesoureiro;
- Assistente operacional: Motorista de pesados, motorista de ligeiros, telefonista, operador de reprografia, auxiliar administrativo.
- Médico - Especialidades: clínica geral e familiar, saúde pública, epidemiologista;
- Enfermeiro - Especialidades: saúde materna e obstetria, médico-cirúrgica, reabilitação, saúde comunitária, saúde mental e psiquiatria, saúde infantil e pediatria;
- Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica - Áreas: análises clínicas e saúde pública, anatomia patológica, citológica e tanatológica, audiologia, cardiopneumologia, dietética, farmácia, higiene oral, fisioterapia, medicina nuclear, neurofisiologia, ortoprotesia, ortóptica, radiologia, radioterapia, saúde ambiental, terapia da fala, terapia ocupacional;
- Técnico Superior de Saúde - Áreas: engenharia sanitária, farmácia, física

hospitalar, genética, laboratório, nutrição, psicologia clínica;

- Administrador Hospitalar;
- Pessoal de serviços gerais - Áreas: ação médica, alimentação, tratamento de roupa, aprovisionamento e vigilância.

Em 2018, a ARSLVT, IP contava com 9 531 nos Agrupamentos de Centros de Saúde, distribuídos conforme indicado na figura 2.1-1 (MS, 2019):

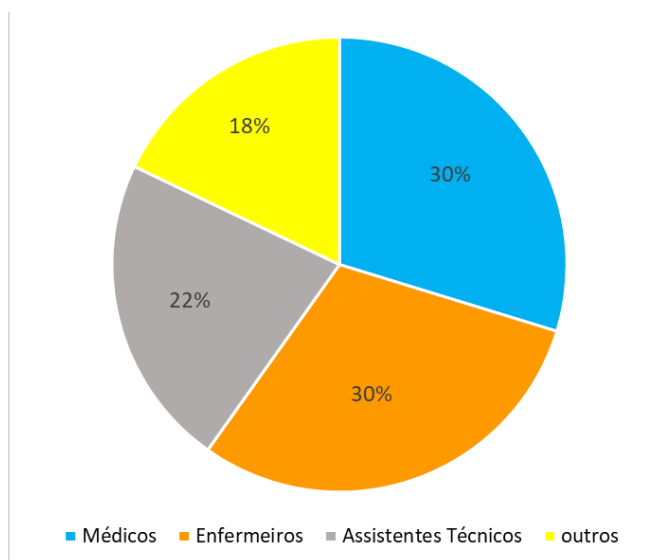


Figura 1.4.1-1: Distribuição de recursos humanos de saúde por grupos profissionais nos cuidados de saúde primários da ARSLVT, IP em 2018. Fonte: adaptado de MS, 2019

Na ARSLVT, IP os grupos profissionais que incluem mais trabalhadores são os médicos e enfermeiros que representam 30% cada, seguindo-se os Assistentes Técnicos com 22%, e outros com 18%. Estes enquadram os técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, técnicos Superiores, assistentes operacionais e outros.

1.4.2. Atribuições dos profissionais de saúde

Nos CSP as principais atribuições dos grupos profissionais são:

- O médico de clínica geral e familiar assegura a prestação de cuidados de saúde primária, exercida em termos de generalidade e continuidade dos cuidados, de personalização das relações com os assistidos e de informação sócio médica.
- O médico de saúde pública assegura as atividades de promoção de saúde e prevenção da doença na população em geral ou em determinados grupos populacionais ou da comunidade, bem como realizar atividades específicas de avaliação das condições sanitárias. Pode ainda exercer atividade em outras áreas específicas, como sejam: administração em saúde, epidemiologia, nutrição, saúde ocupacional, saúde ambiental, saúde escolar, ensino e

investigação;

- O enfermeiro presta cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária. Tem como objetivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social. Os enfermeiros têm uma atuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional. As suas intervenções são interdependentes (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de abril).
- O técnico superior de saúde é, também, uma carreira especial do sistema de saúde que inclui uma variedade de áreas como a engenharia sanitária, a farmácia, a física hospitalar, a genética, o laboratório, a medicina nuclear e radiações ionizantes, a nutrição e a psicologia clínica (Fórum Estudante, s.d.).
- O técnico de superior de diagnóstico e terapêutica atua em conformidade com a indicação clínica, pré-diagnóstico, diagnóstico e processo de investigação ou identificação, cabendo-lhe conceber, planejar, organizar, aplicar e avaliar o processo de trabalho no âmbito da respetiva profissão, com o objetivo da promoção da saúde, da prevenção, do diagnóstico do tratamento, da reabilitação e da reinserção (Decreto-Lei 110/2017 de 31 de agosto, e Decreto-lei n.º 261/93 de 24 de julho).
- O assistente técnico exerce funções de natureza executiva, de aplicação de métodos e processos, com base em diretivas bem definidas e instruções gerais, de grau médio de complexidade, nas áreas de atuação comuns e instrumentais e nos vários domínios de atuação dos órgãos e serviços. O assistente técnico atua, assim, em auxílio a outros profissionais ou com autonomia, cumprindo funções de acordo com uma área específica – administrativa, jurídica, finanças, tecnologias de informação ou outras (Fórum Estudante, s.d.).
- O assistente operacional auxilia na prestação de cuidados de saúde aos utentes, na recolha e transporte de amostras biológicas, na limpeza, higienização e transporte de roupas, materiais e equipamentos, na limpeza e higienização dos espaços e no apoio logístico e administrativo dos diferentes serviços (Portaria n.º 1041/2010, de 7 de outubro).

1.5. Regime de trabalho

O regime de trabalho aplicado aos profissionais de saúde dos CSP é o definido na Lei n.º 35/2014, de 20 de junho – Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas (LTFP), alterado pela Lei n.º 82/2019, de 2 de setembro. De acordo com este diploma, o trabalho em funções públicas pode ser prestado em duas modalidades: mediante vínculo de emprego público; e, mediante contrato de prestação de serviços.

O vínculo de emprego público caracteriza-se pela prestação de serviço público com subordinação hierárquica a um empregador público (artigo 6.º da LTFP); o contrato de prestação de serviços caracteriza-se pela prestação de serviço público em benefício de um empregador público sem subordinação à sua disciplina e hierarquia nem horário de trabalho (artigo 10.º da LTFP).

No que respeita à organização e tempo de trabalho, é aplicável aos trabalhadores com vínculo de emprego público o regime do Código do Trabalho, salvaguardando-se outras necessárias adaptações e sem prejuízo do disposto na LTFP.

Considera-se tempo de trabalho qualquer período durante o qual o trabalhador está a desempenhar a atividade ou permanece adstrito à realização da prestação, sendo ainda consideradas tempo de trabalho as interrupções na prestação de trabalho durante o período de presença obrigatória autorizadas pelo empregador público em casos excecionais e devidamente fundamentados.

O período normal de trabalho é de 7 horas por dia, exceto no caso de horários flexíveis e no caso de regimes especiais de duração de trabalho; e, 35 horas por semana, sem prejuízo da existência de regimes de duração semanal inferior previstos em diploma especial e no caso de regimes especiais de duração de trabalho.

O trabalho a tempo completo corresponde ao período normal de trabalho semanal e constitui o regime regra de trabalho dos trabalhadores integrados nas carreiras gerais, correspondendo-lhe as remunerações base mensais legalmente previstas.

As modalidades de horário de trabalho podem, em função da natureza das atividades desempenhadas, ser de horário flexível, rígido, desfasado, jornada contínua ou meia jornada e trabalho por turnos. Para além destes podem ainda ser fixados horários específicos de harmonia com o previsto na Lei do Trabalho em Funções Públicas.

Capítulo 2 – Segurança e saúde do trabalho

Desde 1950 que a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) sublinham o impacto negativo dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais na economia mundial, pelas consequências que provocam na qualidade de vida dos trabalhadores, na sua capacidade de trabalho e na sustentabilidade laboral, sendo nos dias de hoje aceite que o sucesso das organizações está intimamente relacionado com a qualidade das condições de trabalho que as entidades empregadoras providenciam aos seus trabalhadores.

Em junho de 1959, a Recomendação 112 da OIT, com o nome "Recomendação para os Serviços de Saúde Ocupacional, 1959", define a importância da existência de serviços médicos instalados num estabelecimento de trabalho, ou na sua proximidade, definidos como Serviços de Saúde Ocupacional. Estes serviços têm como objetivos:

- Proteger os trabalhadores contra qualquer risco à sua saúde, que possa decorrer do seu trabalho ou das condições em que este é realizado;
- Contribuir para o ajustamento físico e mental do trabalhador, obtido especialmente pela adaptação do trabalho aos trabalhadores, e pela colocação destes em atividades profissionais para as quais tenham aptidões;
- Contribuir para o estabelecimento e a manutenção do mais alto grau possível de bem-estar físico e mental dos trabalhadores.

Em Portugal, o direito dos trabalhadores à prestação do trabalho em condições de higiene, segurança e saúde de todos os cidadãos é salvaguardado na Constituição da República Portuguesa desde 1976 (artigo 64º e alínea c do artigo 59º) e reconhecido na Lei de Bases da Saúde (Lei 95/2019 de 4 de setembro) onde, na Base 14, afirma:

“Saúde ocupacional

“1 — Todos os trabalhadores têm o direito de beneficiar de medidas que lhes permitam proteger a saúde no âmbito da sua vida profissional.

2 — Devem ser tidos em conta, em especial, os riscos psicossociais dos trabalhadores particularmente vulneráveis, tais como trabalhadoras grávidas, puérperas e lactantes, trabalhadores menores e titulares de uma relação de trabalho a termo ou temporário.”

Efetivamente, a ratificação, em 1985, pelo governo Português (Decreto do Governo n.º 1/85 de 16 de janeiro), da Convenção 155 da OIT “Convenção sobre a Segurança e a Saúde dos Trabalhadores, 1981”, e em 1991 pela adoção da Diretiva 89/391/CEE (comumente designada como Diretiva-Quadro), através do Decreto-lei n.º 441/91 de 14 de novembro, relativo à aplicação de medidas destinadas a promover a

melhoria da segurança e da saúde no trabalho, constituem os grandes marcos do momento de viragem no reconhecimento da necessidade de uma nova visão para os riscos a que os trabalhadores nacionais se encontram expostos.

A implementação da segurança e saúde no trabalho e a respetiva conformidade com as exigências estabelecidas pela legislação e pela regulamentação nacionais são responsabilidade e dever do empregador, devendo este garantir a organização das atividades de segurança e saúde no trabalho, de modo a:

- Assegurar as condições de trabalho que salvaguardem a segurança e a saúde física e mental dos trabalhadores;
- Desenvolver as condições técnicas que assegurem a aplicação das medidas de prevenção de acidentes e doenças profissionais;
- Informar e formar os trabalhadores no domínio da segurança e saúde no trabalho;
- Informar e consultar os representantes dos trabalhadores para a segurança e saúde no trabalho ou, na sua falta, os próprios trabalhadores.

Só em 1999, com a publicação do Decreto-Lei n.º 488/99, de 17 de novembro, vieram a ser definidas as formas de aplicação do Decreto-Lei n.º 441/91, de 14 de novembro, à Administração Pública.

2.1. Segurança e saúde do trabalho nos cuidados de saúde primários

De acordo com a Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas, Lei n.º 35/2014 de 20 junho, a entidade empregadora pública é responsável pela definição e execução de uma política de segurança, higiene e saúde que abranja os seus trabalhadores, cabendo-lhe organizar os Serviços de Saúde e Segurança do Trabalho (SST), também denominados por Serviços de Saúde Ocupacional (SO), visando assegurar adequadas condições de trabalho que previnam os riscos profissionais e promovam a saúde, bem-estar e segurança de todos os trabalhadores da administração pública.

Em 2005, o Centro Regional de Saúde Pública de Lisboa e Vale do Tejo da ARSLVT.IP, sob coordenação do Dr. Mário Castro, lançou o Programa Regional de Saúde Ocupacional onde apresentava o modelo organizativo e orientações para a ação dos Centros de Saúde, tendo como objetivo assegurar os deveres do empregador para a segurança e saúde no trabalho dos profissionais de saúde com a criação de serviços próprios. Inicialmente, estes serviços, foram constituídos por equipas multidisciplinares

da saúde pública, que asseguravam a intervenção da Segurança e Saúde no Trabalho ou Saúde Ocupacional (como era denominada) nos Centros de Saúde, desenvolvendo um conjunto mínimo de atividades como a análise dos acidentes de trabalho/em serviço, a avaliação de riscos dos locais de trabalho e a vacinação dos profissionais de saúde.

Face às reestruturações do modelo organizativo dos CSP, em 2007, pelo Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de maio, e o novo regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho, Lei n.º 102/2009 de 10 de setembro, e alterações seguintes, o modelo organizativo e de funcionamento da Saúde Ocupacional na ARSLVT, IP foi reestruturado.

Em 2013, a ARSLVT, IP criou o serviço interno de segurança e saúde no trabalho, denominado de Serviço de Saúde Ocupacional (SSO), competindo-lhe a promoção e a proteção da segurança e saúde de todos os trabalhadores nos seus locais de trabalho, com vista à minimização dos riscos profissionais e à melhoria contínua da qualidade do ambiente e das condições de trabalho, nas vertentes de segurança e saúde. Este serviço dispõe, atualmente, de instalações e de recursos humanos, como médicos do trabalho, enfermeiros do trabalho e técnicos superiores de segurança do trabalho, que procuram assegurar as atividades de segurança e saúde no trabalho, previstas na Lei 102/2009.

2.2. Gestão de riscos profissionais

O risco profissional ou ocupacional é definido como toda a situação encontrada no ambiente de trabalho que representa perigo para a integridade física e ou mental dos trabalhadores (Vieira, 1996).

O objetivo essencial da segurança e saúde do trabalho é a gestão de riscos profissionais. Para o concretizar, a deteção de perigos e a avaliação de riscos são fundamentais, de modo a identificar o que pode afetar os trabalhadores e a propriedade, para que se possa desenvolver e implementar medidas de prevenção e de proteção adequadas.

Os conceitos de risco e fator de risco ou perigo bem como a relação entre ambos, podem facilmente levar a confusões. Para este trabalho importa consolidar a expressão adequada a cada um:

- Um **fator de risco** é a propriedade intrínseca ou potencial de um produto, de um processo ou de uma situação nociva, para provocar efeitos adversos na saúde e podendo também causar danos no ambiente ou materiais. Pode ter origem num agente biológico, químico ou físico, numa

situação de trabalho com utilização de equipamentos ou materiais (escadas, eletricidade, gases comprimidos ou, mais simplesmente, num chão escorregadio).

- **Risco** é a possibilidade ou a probabilidade de que uma pessoa fique ferida ou sofra efeitos adversos na sua saúde, ou que os bens se danifiquem ou se percam, quando exposta a um perigo ou fator de risco.

A exposição, imediata ou a longo prazo, é a ligação do perigo com o risco, assim, a relação entre perigo e exposição caracteriza o Risco, podendo esta ser ilustrada por uma equação simples: PERIGO x EXPOSIÇÃO = RISCO. (Veiga, 2008).

2.2.1.Prevenção de riscos

Os riscos para a saúde relacionados com o trabalho, também designados de riscos ocupacionais, dependem do tipo de atividade profissional e das condições em que a mesma é realizada.

Classicamente, e de acordo com Organização Internacional do Trabalho (OIT), os fatores de risco para a segurança e saúde dos trabalhadores, presentes ou relacionados ao trabalho podem ser classificados em cinco grandes grupos:

- Biológicos - microrganismos geralmente associados ao trabalho em hospitais, laboratórios e na agricultura e pecuária;
- Químicos - agentes e substâncias químicas, sob a forma líquida, gasosa ou de partículas e poeiras minerais e vegetais, comuns nos processos de trabalho;
- Físicos - agressões ou condições adversas de natureza ambiental que podem comprometer a saúde do trabalhador;
- Mecânicos - ligados à proteção das máquinas, arranjo físico, ordem e limpeza do ambiente de trabalho, sinalização, rotulagem de produtos e outros que podem levar a acidentes do trabalho;
- Relacionados com a atividade e psicossociais - que decorrem de fatores individuais e organizacionais do trabalho (OIT, 2011).

A prevenção de riscos profissionais ou ocupacionais é encarada como uma condição fundamental para que os trabalhadores tenham uma vida digna em sociedade e as empresas alcancem sucesso entre os seus competidores, num mercado global. Em consequência, é um conceito que abrange, de forma aberta, todas as valências que permitam eliminar ou reduzir uma multiplicidade de riscos com incidência técnica, social, médica, psicológica e económica (OIT, 2011).

Segundo a OIT, os princípios gerais da prevenção de riscos são:

- Eliminar os perigos;
- Avaliar os riscos não evitados;
- Combater os riscos na origem;
- Adaptar o trabalho ao homem;
- Atender ao estado de evolução da técnica;
- Substituir o que é perigoso pelo que é isento de perigo ou menos perigoso
- Integrar a prevenção num todo coerente (produção, organização do trabalho e relações sociais);
- Priorizar a proteção coletiva face à proteção individual;
- Formar e informar.

2.2.2. Avaliação de riscos ocupacionais

A avaliação de riscos ocupacionais constitui a base de uma gestão eficaz da segurança e da saúde e é fundamental para reduzir os acidentes de trabalho e as doenças profissionais. Se for bem realizada, esta avaliação pode melhorar a segurança e a saúde dos trabalhadores, bem como, de um modo geral, o desempenho das empresas (EU-OSHA, 2008).

É uma das principais atividades dos serviços de segurança e saúde do trabalho e compreende a análise estruturada dos aspetos inerentes ao trabalho, realizada através da identificação de fatores de risco, estimação e valoração dos riscos e indicação dos trabalhadores a eles expostos, definindo, em cada caso, as medidas de prevenção ou proteção adequadas, visando, em primeira linha, a eliminação dos riscos ou se tal não for viável, a redução das suas consequências (Freitas, 2008).

Para classificar o risco, a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA) adotou o conceito, segundo o qual o risco é a possibilidade, elevada ou reduzida, de alguém sofrer danos provocados pelo perigo. Neste sentido, o risco é a probabilidade de o trabalhador ser atingido nas condições e uso e ou de exposição a um fator de risco, bem como a possível gravidade do dano resultante desse uso ou exposição. Onde:

- A **probabilidade** é a identificação da “forma previsível” de manifestação do perigo sobre o agente recetor de dano seja este o homem, o património ou o ambiente;
- A **consequência** é a identificação do dano previsível (de uma queda ao mesmo nível podem resultar vários tipos de consequência, desde uma

simples escoriação, ou mesmo uma morte, deverá por isso considerar-se o que for mais previsível - escoriação), caso se concretize o potencial do perigo sobre o agente recetor de dano;

- O **Risco Ocupacional** (R), depende do efeito conjugado da probabilidade de ocorrência (P) e da sua gravidade ou consequência (G): $R = P \times G$.

Normalmente, para cálculo do risco ocupacional, são utilizadas escalas qualitativas que permitem caracterizar a gravidade e a probabilidade. Existem, contudo, outras escalas específicas de determinadas categorias de fatores de risco, como por exemplo para os agentes químicos. Estas são, na maioria, quantitativas e têm relevância para estudos de índole epidemiológica. As escalas utilizadas podem também variar de acordo com as características do trabalhador, as quais não podendo acarretar, em si mesmas, danos são suscetíveis de agravar os riscos, uma vez que coexistem com os fatores de risco, como por exemplo a idade do trabalhador.

A valoração ou magnitude do risco é um processo que compara os riscos estimados, qualitativa ou quantitativamente, com indicadores de referência contemplados, nomeadamente em legislação, normas, códigos de boas práticas e ou estatísticas de acidentes de trabalho e doenças profissionais, permitindo atribuir níveis de risco a partir dos desvios entre indicadores de referência e os valores estimados, aferindo a sua magnitude, e estabelecer prioridades de intervenção em função dos níveis de risco, do número de trabalhadores expostos e do tempo necessário à implementação de medidas (Miguel, 2005).

Os métodos de avaliação de riscos podem ser diretos ou indiretos:

- Diretos – quando se identificam fatores de risco antes da ocorrência do acidente – avaliação preventiva;
- Indiretos – quando se identificam os fatores de risco mediante a análise dos acidentes – avaliação corretiva.

2.2.3. Controlo do risco

Os resultados da avaliação do risco expõem o nível de aceitabilidade do risco, o que deve permitir obter indicações sobre a necessidade de medidas de intervenção e, especialmente, a sua priorização, na perspetiva de eliminar, reduzir e controlar o risco. As medidas, preventivas ou corretivas, devem ser definidas e direcionadas aos fatores de risco identificados. (Freitas, 2008)

O controlo de risco deve permitir conduzir o risco existente a níveis aceitáveis (sem dar origem a novos riscos) e promover a análise da necessidade e funcionalidade

das medidas implementadas. Todas as ações ou medidas de controlo deverão ser devidamente registadas e avaliadas com a finalidade de manter vivo o ciclo de melhoria da segurança (Freitas, 2008).

Atendendo à complexidade das situações concretas de trabalho, o controlo dos riscos profissionais pressupõe a articulação pluridisciplinar (segurança e saúde), devendo integrar os diferentes níveis de abordagem:

- Abordagem técnica, engloba a vigilância e análise dos diferentes fatores de risco, recorrendo à metodologia identificada ou outras;
- Abordagem organizacional, direcionada para a organização do trabalho, o clima organizacional, as tarefas, o conteúdo do trabalho e a informação e formação da comunidade laboral;
- Vigilância da Saúde consiste na monitorização da saúde dos trabalhadores, tendo em consideração o seu exercício profissional.

2.2.4. Comunicação do risco

A comunicação do risco é parte integrante de qualquer processo de gestão devendo estar envolvida em todas as fases do processo. A comunicação “é um processo interativo de troca de informação e opiniões entre indivíduos, grupos e instituições relativa a acontecimentos ou situações que ameaçam a saúde humana ou a segurança dos indivíduos ou das comunidades” (US 2002).

A OIT (2011) recomenda, no âmbito da segurança e saúde do trabalho, que as organizações devem estabelecer e manter procedimentos para receber, documentar e responder adequadamente às comunicações internas e externas. Devem, ainda, garantir a comunicação interna da informação entre os níveis e funções da organização e garantir que as preocupações, as ideias e os contributos dos trabalhadores sobre segurança e saúde do trabalho sejam recebidos, considerados e atendidos.

A comunicação dos resultados das avaliações de riscos e das respetivas medidas a todas as partes interessadas e a todos os níveis de hierarquia, pode favorecer a melhoria da segurança e a aprendizagem dos trabalhadores. Por tal, é importante que se divulguem as medidas e os seus resultados não apenas aos envolvidos, mas também aos restantes trabalhadores (Institute for Risk Research, s.d.).

2.3. O Processo de avaliação de riscos da ARSLVT, IP

A metodologia adotada pelo Serviço de Saúde Ocupacional da ARSLVT, IP, para avaliação do risco nas unidades de saúde, edifícios e postos de trabalho, é descrita no

manual “Segurança e Saúde no Trabalho – Gestão do Risco Profissional em estabelecimentos de saúde – Orientações Técnicas”, elaborado pela Equipa Regional de Saúde Ocupacional do Departamento de Saúde Pública e publicado pela ARSLVT, IP (Simões *et al.*, 2010). Resumidamente:

Para a avaliação de riscos são considerados os seguintes fatores de risco:

- Fator de risco biológico: inclui vírus, fungos e bactérias suscetíveis de causar doença, considerando as vias de transmissão definidas pela DGS (contacto direto, indireto, via aérea, ingestão e via percutânea).
- Fator de risco físico: inclui os fatores de natureza física como por exemplo: radiações, ruído, vibrações.
- Fator de risco químico: inclui os fatores de natureza química como por exemplo: formaldeído, citostático, produtos de higiene e limpeza, gases anestésicos.
- Fator de risco relacionado com o trabalho ou atividade: inclui os fatores relacionados com a postura e a atividade física.
- Fator de risco psicossocial: se forem mencionados ou identificados pelos profissionais.

Numa fase inicial procede-se a uma identificação e caracterização dos fatores de risco atendendo às observações alcançadas nas visitas técnicas às unidades de saúde:

- Ambiente de trabalho existente (exemplo: estado de conservação dos pavimentos e revestimentos, segurança dos equipamentos, iluminação, ventilação, climatização, ruído, resíduos);
 - Atividades realizadas no local de trabalho (observação do que realmente sucede durante a execução das atividades habituais, assim como nas atividades esporádicas e nas situações de emergência previsíveis) incluindo aquelas efetuadas por vários profissionais em simultâneo;
 - Atividades não rotineiras e intermitentes (exemplo: operações de manutenção, carregamento e descarregamento de objetos e materiais);
 - Organização de trabalho existente, assim como, procedimentos e normas de trabalho e muito particularmente as mudanças organizativas;
 - Fatores exteriores que podem afetar o trabalho (exemplo: transportes, acessos, acidentes, emergências). Para além deste tipo de questões observadas é importante considerar o relato verbal de incidentes por parte dos trabalhadores.
- A estimativa ou cálculo do risco implica a caracterização do mesmo em termos

de probabilidade de ocorrência de um evento adverso ou a frequência da exposição do trabalhador ao fator de risco, gravidade da lesão ou do dano resultante do contacto ou exposição ao fator de risco.

A probabilidade de ocorrência e a gravidade do dano são calculadas de forma qualitativa admitindo-se a subjetividade intrínseca sempre presente nos processos de valorização do risco.

Para os fatores de risco mensuráveis são considerados os valores limites de exposição (VLE), como por exemplo para os níveis de ruído, ou aqueles que possuem valores de referência de exposição reconhecidos internacionalmente pela comunidade científica, como por exemplo as normas europeias para os níveis de iluminação.

Para os fatores de risco não mensuráveis (sem valores de referência) é considerada uma graduação qualitativa para probabilidade de ocorrência da lesão ou dano (de pouco provável a bastante provável) e para a estimativa da gravidade da lesão (de ligeiro a muito grave). Para os riscos químicos a probabilidade é calculada atendendo às condições e duração da exposição e quantidade e apresentação da substância manipulada, e para cálculo da gravidade da lesão ou dano resultantes da exposição a substâncias ou produtos químicos, é considerada a informação toxicológica e o nível de exposição referidas nas fichas de segurança.

A magnitude do risco para o trabalhador ou unidade obtém-se com base nas apreciações obtidas das variáveis Probabilidade e Gravidade, sendo utilizada uma matriz de cruzamento de onde resulta a classificação do risco de ligeiro a muito grave. É com base no resultado do nível de risco que são definidas as ações a desenvolver e a sua prioridade de intervenção (Simões *et al.*, 201).

No anexo 1 apresenta-se o método de avaliação de riscos mais detalhado e respetivos suportes de informação que são utilizados pelo SSO da ARSLVT, IP.

Capítulo 3 – Acidentes de trabalho

O acidente de trabalho não é definido universalmente do mesmo modo. Várias definições podem ser encontradas na literatura, descritas por diferentes autores.

Backstrom (1996) sugere que o acidente é resultante de uma sequência de acontecimentos não intencionais, na qual o evento final ocorre subitamente e resulta numa lesão no ser humano. Acrescenta também, que um acidente acontece numa determinada sequência de tempo, apesar desta fronteira não estar muito bem definida. Ainda segundo este autor, alguns estudos referem o ponto de começo do acidente, como sendo o momento de ocorrência do distúrbio ou desvio, face ao qual o sistema foi incapaz de se adaptar ou recuperar. Todavia, e para propósitos preventivos, o autor considera também importante a inclusão de fatores que afetam o processo, antes de aparecer o desequilíbrio.

Segundo Raouf (1998), o acidente é uma sucessão de imprevistos ou ocorrências não planeadas, que originam lesões, mortes, perdas de produção e/ou danos em bens e propriedades.

Outros autores, definem que o acidente de trabalho ocorre, quando as crenças e normas organizacionais atingem um elevado grau de disfuncionalidade, numa perspectiva sociotécnica de causalidade dos acidentes, onde se pretende uma análise das interações entre o ser humano e o contexto organizacional em que se insere (Silva e Lima 2004)

Já para Vilela (2000), o acidente é definido como um fenómeno multicausal, socialmente determinado, previsível e objeto de prevenção.

Reason (1997), seguindo o mesmo entendimento, distingue acidentes individuais de acidentes organizacionais. Em relação a estes últimos refere serem produto dos tempos recentes, fruto das inovações tecnológicas que vieram alterar radicalmente a relação entre os sistemas e o elemento humano. A sua frequência é rara, têm múltiplas causas e envolvem todas as pessoas que operam aos vários níveis hierárquicos da organização. As suas consequências podem ainda abranger toda a população (envolvente à empresa) e o meio ambiente, sendo resultantes de eventos difíceis de compreender, de controlar e de prever (são exemplos: os acidentes de aviação, os ocorridos na indústria petroquímica, transporte marítimo e rodoviário, bancos e estádios). Já os acidentes individuais ocorrem em maior número, supõem a existência de um indivíduo ou grupo de indivíduos, simultaneamente vítimas e agentes do acidente e a sua natureza mantém-se inalterada ao longo do tempo.

3.1. A causalidade dos acidentes de trabalho

A causalidade é descrita como a relação entre um facto (a causa) e um evento (o efeito), sendo que o segundo é uma consequência do primeiro. Embora causa e efeito sejam em geral referidos a acontecimentos, também podem ser referidos a objetos, processos, situações, propriedades, variáveis, fatos ou estados de coisas. Num sentido mais amplo, a causalidade ou determinação de um acontecimento é a maneira específica na qual as causas e os efeitos se relacionam e surgem (Larousse, 2009).

3.1.1. Modelos de causalidade de acidentes de trabalho

3.1.1.1. Modelo sequencial

A literatura em segurança e saúde do trabalho mostra que, ainda hoje, a prática corrente na investigação das causas de acidentes continua fortemente ligada ao Modelo dos Dominós ou Teoria da Causalidade.

O modelo do dominó representa os fatores que culminam no acidente, as causas, valendo-se de uma representação através de fichas de dominó apresentadas de modo sequencial, e considera que a queda da primeira ficha pode conduzir à precipitação das demais. Um exemplo é o modelo de acidente proposto por Heinrich em 1931 que se baseia em uma sequência de dominó, e os acidentes são explicados à luz de uma cadeia de causas com ênfase no erro humano.

Heinrich (1931) propõe a seguinte definição de acidente: *“Um acidente é o resultado de um ato e/ou uma condição, sendo, os atos inseguros das pessoas, os responsáveis pela maioria dos acidentes”*.

Heinrich apresenta o erro humano como causa do acidente dando relevância às variáveis de personalidade do sujeito, como o temperamento e o nervosismo. Apresenta também fatores ambientais, como por exemplo, risco mecânico e outras condições que se podem manifestar no ambiente.

Em 1980, Heinrich e seus colaboradores apresentam dez axiomas acerca da segurança, e propõem novas adaptações ao modelo original. Os axiomas descrevem o acidente a partir de atos inseguros, envolvendo as pessoas como responsáveis pelos acidentes, bem como, a probabilidade de ocorrência do acidente, os aspetos metodológicos na prevenção do acidente e os aspetos relacionados ao papel de especialistas em segurança e incentivos organizacionais. A partir destes princípios, os autores reveem o conceito de acidente definindo-o como “um evento não planeado e incontrolado no qual a ação ou reação de um objeto, substância, pessoa ou radiação,

resulta numa lesão ou na sua probabilidade”. Neste conceito, podem-se observar alguns aspetos relacionados com os axiomas apresentados, como a insegurança, responsabilidade e a probabilidade do evento (citado em Meliá, Ricarte & Arnedo, 1998).

Bird em 1969 apresentou uma primeira adaptação da Teoria do Dominó, com ênfase na falta de controlo por parte da direção, considerando-a como a principal responsável pelo acidente. A definição de acidente proposta por Bird pode ser assim enunciada: “o acidente é um evento indesejado que tem como resultado um dano à propriedade ou uma lesão” (citado em Meliá, Ricarte & Arnedo, 1998).

Em 1971, Weaver apresentou uma nova adaptação à Teoria do Dominó centrando a causa do acidente no erro operacional da direção e supervisão. Segundo este, a conduta insegura, o risco físico ou mecânico, o acidente e a lesão são interpretados como sintomas do erro operacional (citado em Meliá, Ricarte e Arnedo, 1998)

Em 1976, Adams formou uma terceira adaptação da Teoria do Dominó ressaltando alguns dos axiomas preconizados por Heinrich e seus colaboradores, com ênfase na estrutura de direção. Segundo Adams a causa direta do acidente é atribuída a erros táticos representados pela conduta insegura do empregado e as condições inseguras de trabalho, todos decorrentes de erros operacionais da direção e supervisão (citado em Meliá, Ricarte & Arnedo, 1998).

3.1.1.2. Modelo epidemiológico

O modelo epidemiológico descreve o acidente por meio de uma analogia à saúde do sistema, em que os acidentes são gerados da mesma forma que a doença, e a um “queijo suíço”. Por esta analogia, entende-se que há barreiras ao longo das “camadas” do sistema que são continuamente rompidas por falhas ativas e latentes do sistema (Reason, 1995).

As falhas ativas são aquelas cometidas pelos operadores, geralmente situados no final da cadeia dos eventos. As repercussões e consequências deste tipo de falhas são imediatas.

Por sua vez, as falhas latentes são condições estruturais que, embora não tenham consequências imediatas, estão sempre presentes no sistema, aguardando um fator desencadeador para serem percebidas. Em geral, elas são consequências do projeto e da tecnologia do sistema, das decisões de alto nível de gestão da organização, das pressões internas e externas à organização e, até mesmo, das pré-condições que podem desencadear as ditas “ações inseguras”, tais como a fadiga ou cansaço (Reason,

1995).

Segundo Reason (1990), o maior diferencial do modelo epidemiológico em relação ao modelo sequencial consiste na ênfase dada aos fatores organizacionais na análise das causas do acidente.

Hollnagel (2004) classifica as barreiras sujeitas às falhas ativas e falhas latentes em quatro modalidades: físicas, funcionais, simbólicas e imateriais. De acordo com o mesmo autor, o conceito de barreiras pode ser utilizado tanto de maneira proactiva, como no projeto de novos sistemas, quanto reactivamente, na análise de sistemas já existentes. Hollnagel acrescenta, ainda, perguntas que conduzem a análise das barreiras: “Uma barreira que não estava presente poderia ter evitado o acidente ou ter minimizado as suas consequências? Em caso afirmativo, como explica a sua ausência? Alguma barreira existente falhou? Porquê?”.

A principal contribuição do modelo epidemiológico em relação ao sequencial consistiu na diferenciação entre as falhas ou fatores ativos e latentes. Isso é importante uma vez que indica quanto os esforços de prevenção devem ser direcionados aos fatores individuais ou ao projeto do trabalho. De outro lado, a análise de barreiras, segundo o ponto de vista do modelo epidemiológico, não trouxe novos fatores causais, mas possibilitou a análise do tipo de barreira e seu *status* no momento do acidente.

3.1.1.3. Modelo sistémico

Um terceiro modelo apresentado para a análise da causalidade dos acidentes é o Modelo Sistémico.

Este modelo procura descrever o desempenho característico ao nível do sistema como um todo, em vez de ao nível dos específicos "mecanismos de causa-efeito".

Exemplos de modelos sistémicos são encontrados em modelos baseados na Teoria de Controlo (Sheridan, 1992), que considera que as complexidades da interação homem/máquina pode levar a falhas de função.

A transição entre o modelo epidemiológico e o modelo sistémico regista-se nos finais da década de 90, sob proposta de Rasmussen (1997), introduzindo a dinâmica dos sistemas e no mapeamento do ambiente em zonas de trabalho.

Para explicar os acidentes, este modelo utiliza uma analogia com base nos termos “estocástico” e ressonância”. Hollnagel (2004) explica que a variabilidade de um sistema se comporta de acordo com um modelo estocástico, ou seja, a probabilidade de que estas variações se manifestem são aleatórias e imprecisas. Estas não são, por si sós, capazes de provocar um acidente, no entanto, pelo fenómeno da ressonância,

elas podem ampliar o risco de acidentes. Com estas analogias, compreende-se que os fatores causais que perturbam um sistema são múltiplos, não lineares e de atuação simultânea e desordenada.

Enquanto no modelo sequencial é recomendada a eliminação da variabilidade e das suas fontes (Binder, Almeida, Monteau, 1996), o modelo sistémico assume que variabilidade é normal e que a sua eliminação é, em geral, impossível, sobretudo em sistemas dinâmicos e complexos. Neste contexto, o modelo sistémico propõe que a ênfase das ações preventivas seja no controlo da variabilidade e no desenvolvimento da capacidade de adaptação as pressões organizacionais.

A principal vantagem dos modelos sistémicos é a sua ênfase na análise dos acidentes baseada na compreensão das características funcionais do sistema, e não em suposições ou hipóteses sobre a interação entre estruturas ou mecanismos internos, fornecido por representações padrão de, por exemplo, processamento de informações ou falha de percursos.

3.2. Conceito legal

Em Portugal, a primeira definição legal de acidente de trabalho surgiu em 1917, pela Lei n.º 83, de 24 de julho, que considera acidente de trabalho “...*toda a lesão externa ou interna e toda a perturbação nervosa ou psíquica, que resultem da ação duma violência exterior súbita, produzida durante o exercício profissional.*” e também “...*as intoxicações agudas produzidas durante e por causa do exercício profissional, e as inflamações das bolsas serosas profissionais.*” e institui o direito à assistência clínica, médica e indemnizações as vítimas de um acidente de trabalho sucedido por ocasião do serviço profissional e em virtude desse serviço.

Mais recentemente, a Lei n.º 98/2009, de 4 de setembro, define o acidente de trabalho como aquele que se verifique no local e no tempo de trabalho, produzindo direta ou indiretamente lesão corporal, perturbação funcional ou doença de que resulte redução na capacidade de trabalho, ou de ganho, ou a morte. Esta regulamentação aperfeiçoou o conceito de acidente de trabalho passando a abranger o acidente ocorrido fora do local de trabalho, quando no exercício do direito de reunião ou atividade de representantes dos trabalhadores, bem como o acidente ocorrido entre qualquer dos locais de trabalho, no caso de o trabalhador ter mais de um local de trabalho.

No âmbito da administração pública, o Decreto-lei n.º 503/99 de 20 de novembro, definia “*Acidente em serviço*” como “*o acidente de trabalho que se verifique no decurso da prestação de trabalho pelos trabalhadores da Administração Pública*”. No entanto,

por força das alterações introduzidas pela Lei n.º 59/2008, de 11 de setembro, o então denominado “*acidente em serviço*” passa a ser designado de acidente de trabalho.

O Decreto-lei n.º 503/99 de 20 de novembro, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 59/2008, de 11 de setembro, estabelece o regime jurídico dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais ocorridos ao serviço de entidades empregadoras públicas. Este regime é aplicável a todos os trabalhadores que exercem funções públicas, nas modalidades de nomeação ou de contrato de trabalho em funções públicas, nos serviços da administração direta e indireta do Estado, aos trabalhadores que exercem funções públicas nos serviços das administrações regionais e autárquicas e nos órgãos e serviços de apoio do Presidente da República, da Assembleia da República, dos tribunais e do Ministério Público e respetivos órgãos de gestão e de outros órgãos independentes. É ainda aplicável aos membros dos gabinetes de apoio quer dos membros do Governo quer dos titulares dos órgãos referidos anteriormente.

No que respeita a trabalhadores que exerçam funções em entidades públicas empresariais, segundo o mesmo decreto, as entidades empregadoras devem transferir a responsabilidade pela reparação dos danos emergentes de acidentes de trabalho para entidades legalmente autorizadas a realizar este seguro. Estas entidades devem participar às companhias de seguros a ocorrência do acidente, no prazo de vinte e quatro horas, a partir da data do conhecimento. Caso a responsabilidade não esteja transferida, o acidente deve ser participado ao tribunal competente (Lei n.º 98/2009 de 4 de setembro).

3.2.1. Qualificação de acidente de trabalho

Os acidentes de trabalho são qualificados em Acidente ou Incidente de Trabalho. Para qualificação como acidente de trabalho são consideradas as seguintes definições de local e tempo de trabalho (Lei n.º 98/2009 de 4 de setembro):

- Local de trabalho, todo o lugar em que o trabalhador se encontra ou deva dirigir -se em virtude do seu trabalho e em que esteja, direta ou indiretamente, sujeito ao controlo do empregador;
- Tempo de trabalho, além do período normal de trabalho, o que precede o seu início, em atos de preparação ou com ele relacionados, e o que se lhe segue, em atos também com ele relacionados, e ainda as interrupções normais ou forçadas de trabalho.

Para ser qualificado como acidente de trabalho, a sua ocorrência deve ainda atender às seguintes características:

- no trajeto, normalmente utilizado e durante o período ininterrupto habitualmente gasto, de ida e de regresso entre:
- o local de residência e o local de trabalho;
- quaisquer dos locais já referidos e o local de pagamento da retribuição, ou o local onde deva ser prestada assistência ou tratamento decorrente de acidente de trabalho;
- o local de trabalho e o de refeição;
- o local onde, por determinação da entidade empregadora, o trabalhador presta qualquer serviço relacionado com o seu trabalho e as instalações que constituem o seu local de trabalho habitual;
- quando o trajeto normal tenha sofrido interrupções ou desvios determinados pela satisfação de necessidades atendíveis do trabalhador, bem como por motivo de força maior ou caso fortuito;
- no local de trabalho, quando no exercício do direito de reunião ou de atividade de representação dos trabalhadores;
- fora do local ou tempo de trabalho, na execução de serviços determinados ou consentidos pela entidade empregadora;
- na execução de serviços espontaneamente prestados e de que possa resultar proveito económico para a entidade empregadora;
- no local de trabalho, quando em frequência de curso de formação profissional ou, fora, quando exista autorização da entidade empregadora;
- durante a procura de emprego nos casos de trabalhadores com processo de cessação de contrato de trabalho em curso;
- no local de pagamento da retribuição;
- no local onde deva ser prestada qualquer forma de assistência ou tratamento decorrente de acidente de trabalho.

No âmbito de aplicação do Decreto-Lei n.º 503/99, de 20 de novembro, é qualificado como acidente de trabalho todo o que ocorre nas circunstâncias em que se verifica o acidente de trabalho, nos termos da Lei n.º 98/2009 de 4 de setembro, incluindo o ocorrido no trajeto de ida e de regresso para e do local de trabalho.

O mesmo diploma prevê considerar-se ainda como acidente de trabalho o incidente ou o acontecimento perigoso do qual venha a resultar lesão corporal, perturbação funcional ou doença, em que se comprove a existência do respetivo um nexó de causalidade entre a lesão, perturbação ou doença (efeito) e as circunstâncias em que aquelas se verificaram (causa), distinguindo:

- Incidente como todo o evento que afeta determinado trabalhador, no decurso do trabalho ou com ele relacionado, de que não resultem lesões corporais diagnosticadas de imediato, ou em que estas só necessitem de primeiros socorros;
- Acontecimento perigoso como todo o evento que, sendo facilmente reconhecido, possa constituir risco de acidente ou de doença para os trabalhadores, no decurso do trabalho, ou para a população em geral.

A qualificação do acidente de trabalho é da responsabilidade do dirigente máximo/entidade empregadora que tem que se pronunciar no prazo de 30 dias consecutivos, contado a partir da data em que do mesmo teve conhecimento. Nos casos de incidente ou de acontecimento perigoso, de que venha a resultar lesão corporal, perturbação funcional ou doença, também tem que se pronunciar no prazo de 30 dias, a contar da data em que se comprovou a existência do respetivo nexo de causalidade (Decreto-Lei n.º 503/99 de 20 de novembro).

3.2.2. Reparação de danos

As entidades empregadoras são responsáveis pela reparação de danos e demais encargos decorrentes de um acidente de trabalho, bem como pela manutenção no posto de trabalho relativamente ao trabalhador ao seu serviço (Lei n.º 98/2009, de 4 de setembro e Decreto-Lei n.º 503/99, de 20 de novembro, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 59/2008 de 11 de setembro). A reparação pode ser em espécie e ou em dinheiro:

- A reparação em espécie engloba os mecanismos indispensáveis de assistência aos trabalhadores que sejam vítimas de acidente, incluindo os primeiros socorros e o acompanhamento médico, o transporte e estada para os cuidados necessários e a aquisição de ajudas técnicas, como sejam os aparelhos de prótese e ortose;
- A reparação em dinheiro compreende o direito à remuneração e outras regalias, o subsídio por assistência de terceira pessoa e as despesas de funeral e subsídio por morte.

No que respeita aos trabalhadores que exercem funções em entidades públicas empresariais, as respetivas entidades empregadoras devem transferir a responsabilidade pela reparação dos danos emergentes de acidentes de trabalho para entidades legalmente autorizadas a realizar este seguro (Lei n.º 98/2009 de 4 de setembro).

Para os trabalhadores abrangidos pelo Decreto-Lei n.º 503/99, de 20 de novembro, não existe obrigatoriedade de contratar empresas seguradoras, para seguro de acidentes de trabalho, cabendo ao serviço ou organismo da administração pública ao serviço do qual ocorreu o acidente ou foi contraída a doença profissional, o encargo com a reparação dos danos emergentes. A reparação nos casos de incapacidade permanente ou morte é assegurada pela Caixa Geral de Aposentações (Decreto-Lei n.º 503/99, de 20 de novembro, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 59/2008 de 11 de setembro).

3.3. Informação sobre acidentes de trabalho

A informação sobre acidentes de trabalho deve permitir a sua caracterização, de forma a contribuir para a realização de estudos epidemiológicos e possibilitar a adoção de metodologias e critérios apropriados à conceção de programas e medidas de prevenção de âmbito nacional e sectorial, bem como o controlo periódico dos resultados obtidos (Decreto-Lei n.º 362/93, de 15 de outubro).

Em 1998, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) estabeleceu normas adequadas à recolha e apresentação de informação estatística sobre lesões profissionais devidas a acidente de trabalho, no intuito de estas servirem de orientação aos países que pretendam rever os seus sistemas de estatísticas no domínio das lesões profissionais, ou estabelecer novos sistemas (ACT, 2013). O principal objetivo destas estatísticas é o de fornecer informações completas e atualizadas sobre as lesões profissionais, tendo em vista a sua prevenção. Na 16.ª Resolução, a OIT define a classificação estatística de acidentes de trabalho nas seguintes categorias (ACT, 2013):

a) dados sobre a empresa, o estabelecimento ou unidade local:

- i) localização;
- ii) atividade económica;
- iii) dimensão (número de trabalhadores).

b) dados sobre a pessoa lesionada:

- i) sexo;
- ii) idade;
- iii) profissão;
- iv) situação na profissão.

c) dados sobre a lesão:

- i) lesão mortal ou não mortal;
- ii) tipo de lesão;

iii) parte do corpo lesionada.

d) dados sobre o acidente e as suas circunstâncias:

i) tipo de local do acidente: por exemplo, local de trabalho habitual, outro local no estabelecimento, fora da área do estabelecimento, etc.;

ii) data e hora do acidente;

iii) origem da lesão: de que forma a pessoa foi lesionada por um contacto físico com o objeto ou agente que originou a lesão ou foi psicologicamente afetada por um acontecimento; se existirem várias lesões, deve ser registada a forma de contacto que causou a lesão mais grave;

iv) agente material que causou a lesão: a substância, o elemento, o objeto ou o produto associado à lesão, isto é, o equipamento, o objeto ou o elemento físico com o qual a vítima entrou em contacto e que lhe causou a lesão; se existirem várias lesões, deverá ser registado o agente material que causou a lesão mais grave.

Na Europa, o Eurostat é o instituto de estatística da União Europeia (UE), com sede no Luxemburgo, que publica estatísticas oficiais e harmonizadas sobre a UE e da zona euro, oferecendo um retrato comparável, fiável e objetivo da sociedade e da economia da Europa. As estatísticas relativas a acidentes de trabalho ocorridos na UE são apresentadas na secção da saúde e segurança no trabalho do Eurostat.

Em Portugal, a informação sobre acidentes de trabalho é divulgada pelo Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP) do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (MTSSS), e resulta da recolha e tratamento dos dados administrativos recolhidos das participações de acidentes de trabalho às companhias de seguros e mapas de encerramento de processos, à data de encerramento propriamente dito ou um ano após a ocorrência do acidente, caso este ainda não esteja clinicamente concluído. Desde 2013, por aplicação do Regulamento da Comissão Europeia 349/2011 de 11 de abril, são também contabilizados todos os acidentes de trabalhos ocorridos com trabalhadores de entidades empregadoras públicas que devem remeter igualmente, ao GEP, a informação sobre os acidentes de trabalho. A metodologia utilizada pelo GEP é a do Eurostat e, por tal, exclui os dados relativos aos acidentes de trajeto.

Apesar da recolha de informação sobre acidentes de trabalho realizada pelo GEP, os dados disponibilizados não apresentam os ocorridos em atividades de saúde da administração pública, onde se enquadra a ARSLVT, IP como Administração pública - atividade de saúde (INE, 2007).

3.3.1. Acidentes de trabalho no sector da saúde da administração pública

A informação relativa a acidentes de trabalho no setor da saúde da administração pública é disponibilizada anualmente nos Balanços Sociais do Ministério da Saúde e Serviço Nacional de Saúde. Estes não incluem os profissionais em regime de prestação de serviços nem os das entidades em regime de parceria público-privada.

Os Balanços Sociais do MS publicados entre 2012 e 2018, apresentam os dados relativos a acidentes de trabalho ocorridos com trabalhadores indicados na tabela 3.3.1-1 (MS, 2019).

Tabela 3.3.1-1: Número de acidentes de trabalho/serviço ocorridos no MS no local de trabalho de 2012 a 2018 (exclui os de trajeto)

Acidentes de trabalho no local de trabalho	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Acidentes de Trabalho com baixa	1 839	2 282	2 891		2 653	2 382	3 985
Acidentes de Trabalho sem baixa	3 745	4 109	4 504	Relatório não disponível	4 109	3 732	2 354
Acidente de Trabalho mortais	5	0	0		0	0	0
Total	5 589	6 391	7 395		6 763	6 114	6 339
N.º de dias perdidos	65 873	74 959	95 360		96 304	80 329	82 500

Fonte: Adaptado de MS 2019.

Observando os dados na tabela acima, verifica-se ao longo dos anos um aumento do número de acidentes com baixa e uma descida do número de acidentes sem baixa.

3.4. Análise de acidentes de trabalho

Embora produzam um impacto negativo no desempenho de qualquer organização, os acidentes devem ser vistos como doutrina ou aprendizagem à melhoria dos procedimentos e da própria segurança da organização, constituindo uma oportunidade coletiva de aprendizagem (Binder, Monteau, Almeida, 1996; Dekker, 2002)

No âmbito da Segurança e Saúde no Trabalho, as entidades empregadoras são responsáveis pela análise dos acidentes de trabalho, tendo como objetivo principal a identificação das causas que lhe deram origem, procurando conhecer a cadeia de acontecimentos relevantes.

A análise de acidentes de trabalho é um método indireto de avaliação do risco

ocupacional.

3.4.1. Métodos de análise de acidentes de trabalho

Vários investigadores têm formulado métodos de análise de acidentes, com o objetivo de fornecerem soluções que conduzam a uma redução do seu número.

A Árvore de Falhas desenvolvida por Watson em 1961, para os Laboratórios Bell Telephone, foi criada para, num sistema de trabalho organizado, descobrir quais são as falhas críticas, latentes ou ocultas, visando uma melhoria dos postos de trabalho estudados (Miguel, 2005).

O método da Árvore de Causas foi definido, na década de 70 pelo o Instituto Nacional de Saúde e Segurança do Trabalho francês, o INRS, segundo o qual os acidentes resultam de variações ou desvios no processo usual, que podem ser relacionadas com o indivíduo, a tarefa, o equipamento e o ambiente (Katsakiori *et al.*, 2009). A árvore inicia-se com o acidente de trabalho e retrocede no tempo listando os acontecimentos que precederam a ocorrência sendo o evento final o ponto de partida. Neste método, o investigador identifica as diversas modificações representando-as em árvore, relacionando as suas ligações causais (Katsakiori *et al.*, 2009). A análise de acidentes pela aplicação desta metodologia, segundo alguns autores, pode ser associada ao modelo sequencial, porém segue alguns dos pressupostos do modelo sistémico (Ballardin, *et al.*, 2008).

O Diagrama de Ishikawa, também conhecido como Diagrama de Causa e Efeito, criado pelo engenheiro químico Kaoru Ishikawa em 1943, foi desenvolvido com o objetivo de representar a relação entre um “efeito” e suas possíveis “causas”. Para elaborar o diagrama, Ishikawa, definiu as chamadas “causas principais” de qualquer problema, que também são chamadas de 6 M’s: “Mão de obra”, qualquer fator relacionado à falha humana ou relacionado às pessoas; “Materiais”, problemas ou fatores relacionados com componentes, insumos ou matérias-primas; “Máquinas”, problemas ou fatores relacionados com equipamentos; “Métodos”, problemas ou fatores relacionados com métodos; “Meio ambiente”, problemas ou fatores relacionados com meio/local; e, “Medição”, problemas ou fatores relacionados com controle do processo, monitoramento. Esta técnica é utilizada para descobrir, organizar e resumir conhecimento de um grupo a respeito das possíveis causas que contribuem para um determinado efeito (ou seja, induz ao modelo sistémico). Este método é utilizado pelo Departamento da Qualidade da Saúde da Direção-Geral da Saúde para análise de incidentes e de eventos adversos no âmbito da qualidade e segurança do doente (DGS, 2012)

O 3CA – Control Change Cause Analysis, criado por Kingston, Koornneef, Frei, & Schallier, (2010) é um método que permite aos investigadores analisar as causas de qualquer tipo de incidente. Um incidente ou acidente acontece como parte de um fluxo contínuo de mudanças e, deste complexo, o investigador seleciona factos utilizando vários testes de relevância para o incidente ou acidente. O investigador expõe esses factos num formulário para formar explicações e conjuntos de perguntas. O resultado da análise é uma descrição concisa do incidente ou acidente, vista em termos de mudanças e limitações no controle dessas mudanças, e um conjunto de questões que o investigador precisa de preencher na descrição das falhas (Kingston *et al.*, 2010).

A metodologia desenvolvida para as Estatísticas Europeias de Acidentes de Trabalho (*ESAW European Statistics on Accidents at Work*), iniciada em 1993 pelo Eurostat e validada em 2001, tem como objetivo a harmonização dos acidentes de trabalho nos diversos países da União Europeia e o estabelecimento de uma base de comparação entre os mesmos, a fim de fomentar uma política europeia mais ativa para a prevenção de acidentes no trabalho. Para classificação dos acidentes de trabalho, a lista de variáveis do Eurostat é dividida em dois grupos principais:

- Principais características do acidente, sobre a vítima e o empregador, que se destinam a identificar onde ocorreu o acidente, quem foi ferido e quando, bem como a natureza e a gravidade das lesões e as consequências do acidente.
- Variáveis sobre causas e circunstâncias, que se destinam a fornecer informações sobre como o acidente ocorreu, em que circunstâncias e como as lesões surgiram.

Todas estas variáveis fornecem informações que possibilitam identificar as características do empregador, da vítima, da lesão e suas consequências, e da data e local do acidente, e as classificações harmonizadas sobre as causas e circunstâncias de acidentes de trabalho ajudam a estabelecer a situação e as condições predominantes no momento do acidente. Os resultados destas análises fornecem informações úteis que auxiliam no desenvolvimento de novas e cuidadosamente direcionadas políticas de prevenção (Eurostat, 2013).

O método de investigação *WAIT* (Work Accidents Investigation Technique) desenvolvido por Jacinto e Aspinwall (2003-2009), engloba muitos conceitos presentes em outros métodos, nomeadamente o desenvolvido por Reason em 1990, «Modelo dos Acidentes Organizacionais», e implementa algumas das variáveis propostas pelo método do Eurostat. É um método que fornece um conjunto de orientações para a sua

aplicação na investigação e análise de acidentes de trabalho e compreende nove etapas agrupadas em duas fases sequenciais. A primeira consiste numa investigação simplificada, durante a qual se identificam as causas e circunstâncias imediatas do acidente (causas ativas) e a fase seguinte é uma análise mais detalhada, na qual se identificam outros fatores que influenciaram ou contribuíram para os acidentes (causas latentes), o que permite reconhecer oportunidades de melhoria no processo homem-trabalho-organização (Jacinto, 2011).

O *WAIT* permite também auxiliar as empresas na formulação, ou aperfeiçoamento, dos seus Sistema de Gestão da Segurança e Saúde do Trabalho (Katsakiori, P., Sakellaropoulos, G., Manatakis, E., 2009).

3.4.2. Índices estatísticos de acidentes de trabalho

A análise de acidentes de trabalho baseada em índices tem a vantagem de, objetivamente e face a valores numéricos, dar uma indicação das prioridades de atuação nos diversos departamentos de uma instituição, privilegiando os que se revelem em pior situação quanto a acidentes de trabalho. Os principais índices estatísticos utilizados são os de frequência, incidência, gravidade e o índice de avaliação da gravidade.

O Índice de frequência (If) define-se como o número de acidentes com baixa ocorridos num ano, por cada milhão de horas x homem trabalhado:

$$If = \frac{\text{N}^\circ \text{ de acidentes com baixa}}{\text{N}^\circ \text{ de horas x homem trabalhadas}} \times 1000\ 000$$

Entende-se por horas x homem trabalhadas, o somatório do número de horas trabalhadas por ano e por cada trabalhador ou, o produto do número de trabalhadores pelo número de horas de trabalho, num ano.

O Índice de incidência representa o número de acidentes com baixa, por cada ano de trabalho e por cada 1000 trabalhadores:

$$Ii = \frac{\text{N}^\circ \text{ de acidentes com baixa}}{\text{N}^\circ \text{ total ou médio de trabalhadores}} \times 1000$$

O Índice de gravidade representa o número de dias úteis perdidos por ano, por cada mil horas x homem trabalhadas:

$$Ig = \frac{\text{N}^\circ \text{ de dias úteis perdidos}}{\text{N}^\circ \text{ horas x homem trabalhadas}} \times 1000$$

Para o cálculo deste índice, a 6ª Conferência Internacional da Estatística do Trabalho emitiu uma resolução onde define que um acidente mortal representa a perda de 7 500 dias de trabalho.

O Índice de Avaliação da Gravidade (Iag) é um índice combinado que representa

o número de dias úteis perdidos em média por acidente e representa-se por:

$$\text{Iag} = \frac{\text{Iq}}{\text{If}} \times 1000$$

Este índice é utilizado para estabelecer prioridades de intervenção ao nível da prevenção de acidentes nos diversos departamentos de uma empresa, com base em apenas um valor numérico e naturalmente por ordem decrescente do seu índice de avaliação da gravidade.

3.4.3. Análise de acidentes de trabalho da ARSLVT, IP

Para a análise dos acidentes de trabalho ocorridos com trabalhadores da ARSLVT, IP, o Serviço de Saúde Ocupacional (SSO) da ARSLVT, IP utiliza uma metodologia baseada no *ESAW* do Eurostat e no método de investigação *WAIT* desenvolvido por Jacinto (2011). Este método encontra-se descrito nas Orientações Técnicas – “Acidentes e Doenças Profissionais” da ARSLVT, IP (Simões *et al.*, 2013).

Sumariamente, o método consiste na análise das causas imediatas ou ativas que provocaram a cadeia de acontecimentos do evento até às condições mais remotas que lhes possam estar associadas (fatores influenciadores ou causas latentes), com o objetivo de definir medidas corretivas que deverão ser adotadas para prevenir eventos semelhantes. O processo de análise desenvolve-se em 4 fases:

Fase 1 – Registo, nesta parte inicial é feito um simples registo do acidente, onde são indicados os factos básicos e as circunstâncias, inscrevendo as causas imediatas. Estes dados são ser recolhidos da cópia de participação de acidente comunicadas ao SSO e complementados com os recolhidos na entrevista ao trabalhador sinistrado testemunhas e/ou ao seu superior quando necessário. As variáveis observadas são:

- qualificação atribuída, - acidente, acidente de trajeto, incidente, acontecimento perigoso;
- grupo profissional do trabalhador;
- tipo de unidade funcional a que os trabalhadores pertencem;
- local onde ocorreu o acidente - São tidos como locais de ocorrência, os espaços físicos e os edifícios das unidades de saúde onde se deu o evento ou em contexto de serviço externo e os que ocorreram no trajeto casa-trabalho;
- desvio - diz respeito ao último acontecimento que se desviou do curso normal da atividade ou tarefa desenvolvida pelo trabalhador, ou seja, aquele que conduziu ao evento;
- agente material - o objeto, ferramenta, veículo, organismo vivo, instrumento ou

equipamento com o qual o trabalhador entrou em contacto ou utilizava no momento do evento;

- modalidade da lesão - traduz a forma como a lesão foi originada, a forma de contacto do agente material com o trabalhador;
- tipo de lesão - o ferimento imediato no corpo do trabalhador que resultou do contacto com o agente material;
- parte do corpo atingida;
- Cuidados imediatos - o primeiro cuidado de saúde prestado ao trabalhador após o acidente (primeiros socorros pelo próprio ou colega, atendimento médico na unidade de saúde, urgência hospitalar);
- consequência para o trabalhador - É considerado consequência imediata a situação limitante para o trabalhador, para o exercício pleno das suas funções, que resultou do evento. Estas limitações podem ser Incapacidade Temporária Parcial (IT Parcial), quando o trabalhador pode comparecer ao serviço, embora se encontre ainda impossibilitado para o pleno exercício das suas funções habituais, e Incapacidade Temporária Absoluta (ITA), quando o trabalhador fica impossibilitado de comparecer ao serviço por não se encontrar apto para o exercício das suas funções;
- dias perdidos - São considerados dias perdidos os dias de ausência ao trabalho por consequência de um evento;
- índices de sinistralidade – Índices de incidência, frequência e de gravidade. Para este cálculo foram consideradas: 35 semanas por ano, 40 horas por semana trabalhadas por cada trabalhador o que perfaz 982800 horas por ano trabalhadas.

A Fase 2 – Investigação, tem como objetivo identificar e classificar fatores relacionados com o profissional, o local ou ambiente de trabalho, e a organização e gestão, que direta ou indiretamente contribuíram para o acidente (causas latentes). São alvo de investigação todos os acidentes que originem três ou mais dias de baixa.

Para a classificação dos fatores de risco e agentes perigosos do local e ambiente de trabalho e de organização e gestão são utilizadas as variáveis para o preenchimento do anexo D do Relatório Único do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (MTSSS) - Relatório anual da atividade dos serviços de Segurança e Saúde do Trabalho. As variáveis para identificação dos fatores influenciadores de acidentes de trabalho são as seguintes:

Os fatores individuais são classificados como:

- Erro, quando as ações resultam de deslize/lapso – ação involuntária “modo automático”; ou engano – ação intencional que não consegue atingir o objetivo

distração ou falta de atenção involuntária.

- Violação, quando o profissional tem consciência que infringiu uma norma de segurança estabelecida, embora não houvesse ou tivesse intenção de causar dano.

São também identificados os fatores individuais temporários ou permanentes que possam ter contribuído para o comportamento ou falha acima considerados. Para esta identificação, sempre que possível foi realizada uma entrevista individual aos trabalhadores. São considerados como fatores individuais contributivos (temporários ou permanentes):

- Falha de memória
- Medo / Ameaças
- Distração/ desatenção
- Descuido no procedimento
- Fadiga/ cansaço
- Stress/ pressão psicológica
- Condição física ou psicológica permanentes
- Personalidade

São classificados como fatores do local e ambiente de trabalho:

- A presença no local ou ambiente de trabalho de agentes físicos, tais como ruído, vibrações, radiações ionizantes ou não, iluminação, ambiente térmico e ventilação.
- A manipulação ou contacto com substâncias ou produtos químicos de acordo com a menção ou frase de risco constante na ficha de segurança dos mesmos.
- A presença ou contacto com agentes biológicos, quando possível, identificados de acordo com o Decreto-Lei n.º 84/97, de 16 de Abril e Portaria n.º 405/98, de 11 de Julho, com as alterações da Portaria n.º 1036/98, de 15 de Dezembro.

São classificados como fatores relacionados com o trabalho ou atividade:

- Trabalho repetitivo
- Movimentação manual de cargas
- Trabalho com equipamentos dotados de visor
- Posturas incorretas
- Esforços e/ou movimentos extremados
- Disposição incorreta dos componentes do posto de trabalho
- Desadequação do mobiliário de trabalho
- Desadequação dos equipamentos de trabalho

São classificados como fatores organizacionais ou de gestão:

- Ritmos intensos de trabalho
- Trabalho monótono
- Ausência de capacidade / possibilidade de decisão ou controlo sobre o trabalho
- Exigências anormais de produtividade
- Trabalho por turnos
- Trabalho noturno
- Trabalho suplementar
- Trabalho com exposição a potenciais ameaças e agressões verbais
- Trabalho com exposição a potenciais agressões físicas
- Assédio
- Discriminação
- Atentados contra a propriedade privada.

A Fase 3 – Plano de Ação e Relatório, consiste em verificar se os fatores envolvidos no acidente, foram especificamente considerados numa avaliação de risco anterior (do edifício ou posto de trabalho), determinando ou revendo as medidas que aí foram indicadas ou que devam ser tomadas para prevenir ou controlar as causas identificadas. Nesta fase é elaborado um Relatório para o Diretor Executivo de modo a dar conhecimento da análise efetuada e das medidas corretivas que devam ser implementadas.

Fase 4 – Controlo, o acompanhamento do processo, especificamente no que se refere à implementação das medidas corretivas propostas e prioridades definidas é realizado com uma reavaliação do posto de trabalho ou reavaliação de riscos ao edifício, conforme os fatores que tenham sido identificados.

Aos trabalhadores sinistrados é prestado esclarecimento sobre a possibilidade de recolha de dados relativos ao acidente de trabalho para realização de relatórios, artigos ou estudos académicos ou científicos que tenham por finalidade contribuir para a melhoria das condições de trabalho e bem-estar dos profissionais. Os profissionais subscrevem o consentimento informado que consta no impresso de análise do acidente.

No anexo 2 apresenta-se o método de análise de acidentes de trabalho mais detalhado e respetivos suportes de informação que são utilizados pelo SSO da ARSLVT, IP.

PARTE II – INVESTIGAÇÃO

Capítulo 4 – Estudo

A informação sobre acidentes de trabalho deve permitir a sua caracterização de forma a contribuir para a realização de estudos epidemiológicos e possibilitar a adoção de medidas que permitam prevenir acidentes semelhantes no futuro. Tendo como finalidade aprofundar o conhecimento sobre as causas dos acidentes de trabalho que ocorrem com os profissionais de saúde, dos Cuidados de Saúde Primários, e contribuir para uma gestão do risco eficaz da segurança e saúde do trabalho, é realizado um estudo aos acidentes de trabalho registados num Agrupamento de Centros de Saúde da ARSLVT, IP.

Dada a proximidade e acessibilidade aos dados necessários para a realização do estudo optou-se por realizar este no Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) da Lezíria. Neste ACeS funciona uma Equipa Operacional do SSO composta por médico do trabalho, enfermeiro do trabalho e técnico de segurança, e onde o circuito de informação sobre acidentes de trabalho entre os diversos intervenientes para a segurança e saúde no trabalho decorre há mais tempo.

Para a realização do estudo foi solicitada autorização ao responsável do ACeS Lezíria e o projeto foi submetido a parecer do Conselho de Ética da ESTeSL, tendo obtido da parte de ambos parecer favorável.

O ACeS Lezíria integra cerca de 550 trabalhadores da ARSLVT, IP, divididos pelos vários grupos profissionais: 105 Médicos, 192 Enfermeiros, 131 Assistentes técnicos, 62 Assistentes Operacionais ou Motoristas, 36 TSDT e 20 TS e TSS e 4 outros.

Engloba 28 Unidades Funcionais, em que 6 são Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), 7 são Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e 13 são Unidades de Saúde Familiares (USF). Tem, ainda, 1 Unidade de Saúde Pública (USP) e 1 Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP).

O ACeS Lezíria utiliza cerca de 50 edifícios onde funcionam as unidades de saúde, serviços de sede (direção e unidades de apoio) e armazéns.

4.1. Objetivo geral do estudo

Este estudo tem como objetivo geral conhecer as causas dos acidentes de trabalho que ocorrem com os profissionais de saúde da ARSLVT, IP e apresentar medidas que visem prevenir acontecimentos semelhantes.

4.1.4. Objetivos específicos

1. Caracterizar os acidentes de trabalho registados no ACeS Lezíria;
2. Identificar as causas ou os fatores influenciadores que podem ter desencadeado ou contribuído para os acidentes ou incidentes de trabalho;
3. Elaborar um plano de ação para a prevenção e controlo de acidentes de trabalho, tendo por base os resultados da análise das causas.

4.2. Universo

O universo de estudo são os acidentes de trabalho ocorridos no ACeS Lezíria.

4.1.5. Amostra

Para a realização deste trabalho recorreu-se a uma amostragem por conveniência sistematizada, constituída pelos acidentes de trabalho participados no ACeS Lezíria da ARSLVT, IP no período de 2017, 2018 e 2019.

4.3. Metodologia

A metodologia seguida foi a praticada pelo SSO da ARSLVT, IP, descrita no ponto 3.4.3 – Análise de acidentes de trabalho da ARSLVT, IP, e apresentada no anexo 2, sendo o processo de investigação desenvolvido em duas fases:

- Numa primeira fase é realizado um estudo quantitativo descritivo retrospectivo dos acidentes de trabalho (Eurostat, 2013) participados no ACeS Lezíria, analisando os dados constantes nas participações. Esta fase é dedicada à caracterização dos acidentes de trabalho e determinação dos índices estatísticos de acidentes de trabalho.
- Na segunda fase realiza-se um estudo de base epidemiológica (Jacinto, 2011), para identificação das causas de acidentes de trabalho, sendo adotado o mesmo método de análise utilizado pelo SSO.

Para proteção dos dados pessoais dos trabalhadores, a cada participação de acidente de trabalho foi atribuído um número sequencial automaticamente e os dados recolhidos foram registados e tratados por esse código, sem descrição do profissional ou dos seus dados pessoais.

Para proteção de dados organizacionais, os edifícios onde funcionam as unidades de saúde do ACeS Lezíria foram também codificados sendo apresentados por esse código no tratamento de dados e apresentação de resultados.

As variáveis consideradas para a realização deste trabalho encontram-se

descritas no apêndice 1.

4.4. Aplicação do método

Caracterização dos acidentes participados: Considerando as informações da participação de acidente de trabalho, esta parte inicial consistiu na recolha de dados para caracterização do acidente.

Os suportes documentais de recolha de informação utilizados foram as participações de acidente, os boletins de acompanhamento médico, o mapa de recursos humanos e de ausências ao serviço por acidente de trabalho disponibilizados pelo ACeS Lezíria. Estes suportes são apresentados nos anexos 3, 4 e 5 respetivamente.

As variáveis para a caracterização dos acidentes de trabalho foram registadas e os dados tratados em programa Excel, apresentando-se no apêndice 2 – Caracterização de acidentes de trabalho, as respetivas grelhas de resultados.

Investigação e análise das causas: Para a identificação de causas latentes (fatores influenciadores ou que contribuíram para o acidente), foram observadas as informações constantes no item “descrição do acontecimento” das participações e boletins de acompanhamento médico, tendo sido excluídos os acidentes de trajeto e os ocorridos em serviço externo por ocorrerem em locais fora do âmbito do ACeS.

Sempre que possível foi realizada uma visita ao local de ocorrência para entrevista ao profissional sinistrado, para melhor entendimento do acidente e reflexão sobre pormenores menos óbvios que podem ter sido descurados na descrição inicial do evento e apresentados nas participações de acidentes e boletins de acompanhamento médico.

Como instrumento para recolha de dados foi utilizado o impresso de análise de acidente de trabalho do SSO, a parte de “Investigação e Análise”. Este impresso encontra-se no anexo 6 – Impresso para Investigação e análise de acidente de trabalho

Foram também observados os relatórios de avaliações de risco aos postos de trabalho do ACeS elaborados pelo SSO, de modo a comparar os fatores de risco aí identificados com os fatores dos locais ou ambiente de trabalho identificados como causas latentes dos acidentes de trabalho participados.

Os dados referentes a fatores individuais, do local de trabalho e organizacionais foram registados e tratados em programa Excel, apresentando-se no apêndice 3 – Análise de acidentes de trabalho, as respetivas grelhas de resultados.

Plano de ação: As medidas são identificadas atendendo aos fatores de risco identificados na análise das causas de acidentes, sendo também consideradas as

medidas anteriormente propostas nas avaliações de risco realizadas pelo SSO, direcionadas aos fatores de risco dos locais de trabalho. Para este estudo foram consideradas as medidas enunciadas para preenchimento do Relatório Único do MTSSS, apresentando-se no anexo 7 um excerto do documento.

Para definir a prioridade de intervenção são analisados os processos qualificados como acidente de trabalho, excluindo os de trajeto e os ocorridos em serviço externo, sendo atribuída prioridade máxima de intervenção aos fatores de risco que foram identificados como causas destes acidentes, assim como os que se repetem em eventos qualificados como acidentes e incidentes. São também indicadas medidas preventivas direcionadas a causas de incidentes de trabalho, de modo a também evitar a ocorrência destes no futuro.

A responsabilidade pela implementação das medidas identificadas é atribuída aos intervenientes, em função do seu campo de ação, sendo organizadas em: Medidas dirigidas ao Trabalhador; Medidas Operacionais ou Ambientais e Medidas Organizacionais. A eficácia das medidas preventivas depende da exequibilidade da sua aplicação, pelo que serão também indicados os responsáveis pelo seu desenvolvimento.

Para controlo das medidas é elaborado um exemplo de um plano de monitorização onde se descreve o fator de risco, a prioridade para intervenção, a medida dirigida ao fator de risco, o responsável pela sua execução, o modo de verificação do seu cumprimento e a melhoria implementada.

Os dados referentes a medidas a adotar foram registados e tratados em programa Excel, apresentando-se no apêndice 4 – Plano de ação, as respetivas grelhas de resultados.

Capítulo 5 – Resultados

5.1. Caracterização de acidentes de trabalho

5.1.1. Participações

No total dos anos em apreço (2017, 2018 e 2019) foram participados 82 acidentes de trabalho no ACeS Lezíria, sendo 25 em 2017, 15 em 2018 e 42 em 2019.

5.1.2. Trabalhadores

No que respeita ao número de trabalhadores atingidos em acidentes de trabalho, em 2017 foram 24 trabalhadores, em 2018 foram 14 e em 2019 foram atingidos 42 trabalhadores.

Na figura 5.1.2-2 apresentam-se os números totais de trabalhadores vítimas de acidentes de trabalho distribuídos pelo respetivo grupo profissional e por ano.

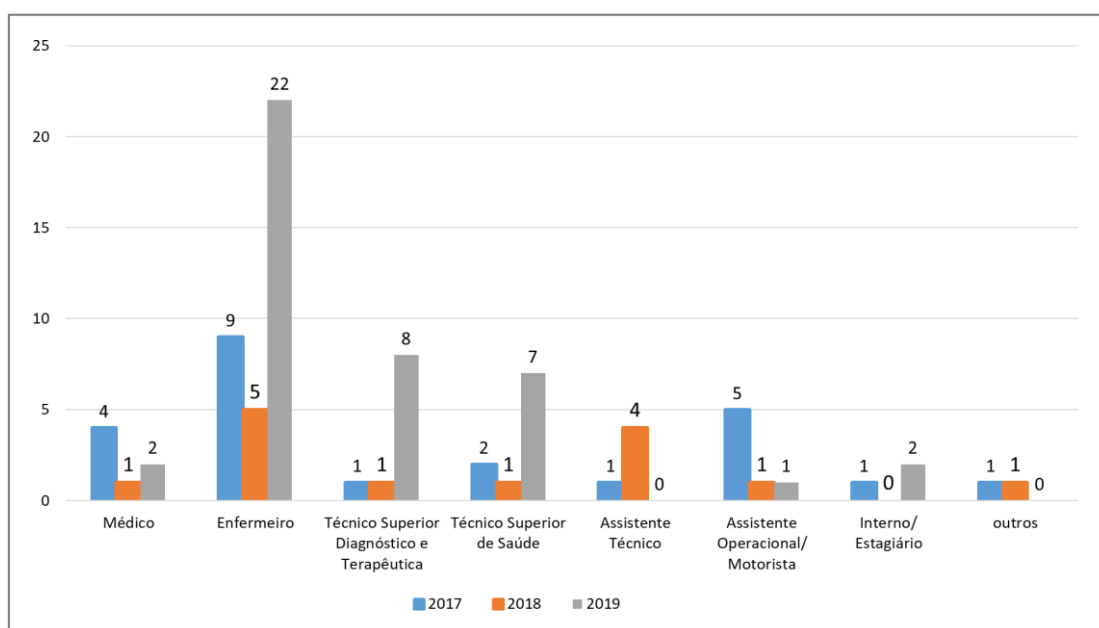


Figura 5.1.2-2: Número de trabalhadores atingidos por grupo profissional em 2017, 2018 e 2019

Nos três anos em estudo contabilizam-se 80 trabalhadores vítimas de acidentes de trabalho, em 2017 e em 2018 houve 2 trabalhadores que sofreram 2 acidentes no mesmo ano. O grupo profissional com maior número de acidentes nos anos em estudo foi o de enfermagem com um total de 36 trabalhadores, seguindo-se o grupo dos técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica e o dos técnicos superiores de saúde, ambos com 10 e o grupo médico e de assistentes operacionais/motorista com 7 cada.

Os grupos profissionais menos afetados foram os de assistentes técnicos com 5 e dos internos/estagiários com 3.

Na figura 5.1.2-3 apresenta-se a distribuição total dos trabalhadores vítimas de acidente de trabalho por serviço ou unidade funcional de origem.

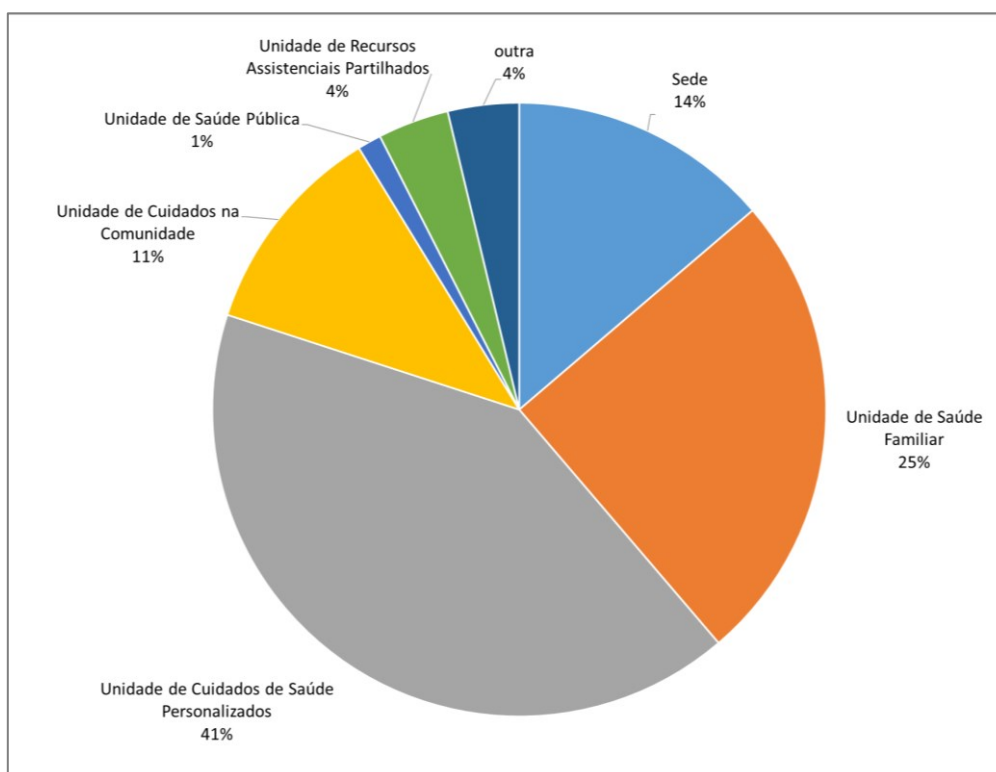


Figura 5.1.2-3: Distribuição do número total de trabalhadores atingidos por unidade funcional de origem

Nos 3 anos em estudo, 41% dos trabalhadores vítimas de acidentes de trabalho pertenciam à Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, 25% dos trabalhadores integravam Unidades de Saúde Familiar, 14% pertenciam a serviços da sede, 11% a Unidades de Cuidados na Comunidade, 4% a Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados e 1% a Unidade de Saúde Pública. Cerca de 4% dos trabalhadores integravam outros serviços ou unidades.

5.1.3.Locais de ocorrência

A figura 5.1.3-4 apresenta os locais onde ocorreram os acidentes participados em 2017, 2018 e 2019.

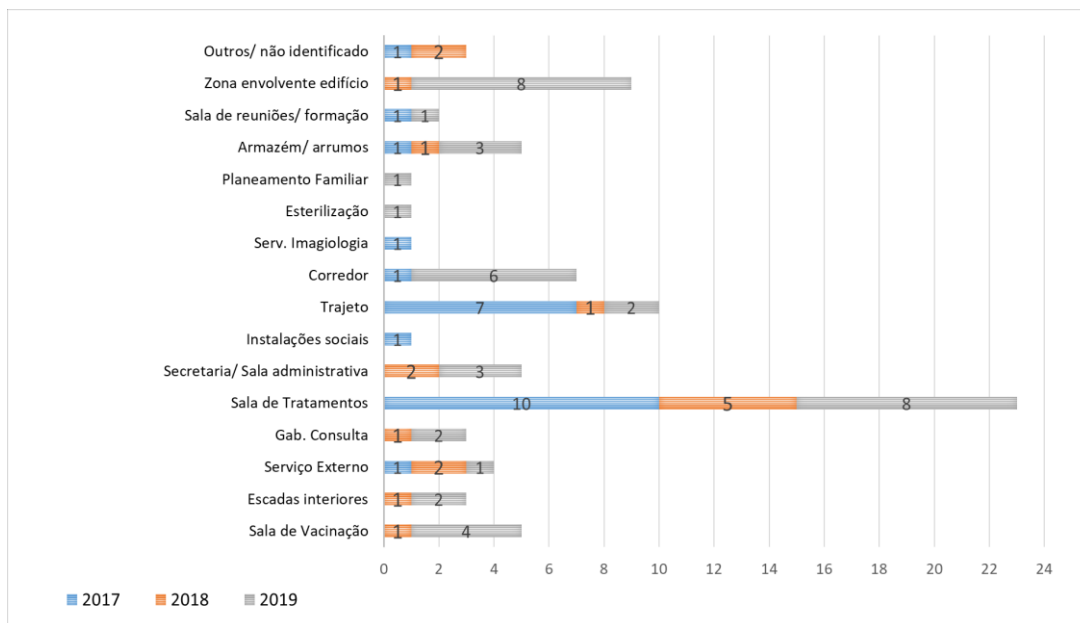


Figura 5.1.3-4: Distribuição do número de acidentes de trabalho participados em 2017, 2018 e 2019 por locais de ocorrência.

Observando a figura 6.1.3-5 verifica-se que nos anos em estudo o local onde ocorreram mais acidentes foram as salas de tratamento com 23 acidentes no total. Outros locais de ocorrência mais relevantes foram: no trajeto (casa-trabalho) com um total de 10 acidentes participados; na zona envolvente dos edifícios com 9 acidentes no total e no corredor (circulação interior do edifício) com 7 acidentes.

Na figura 5.1.3-5 apresenta-se a distribuição do número de acidentes ocorridos nos edifícios do ACeS Lezíria. Os edifícios estão representados no eixo horizontal de forma codificada (E...).

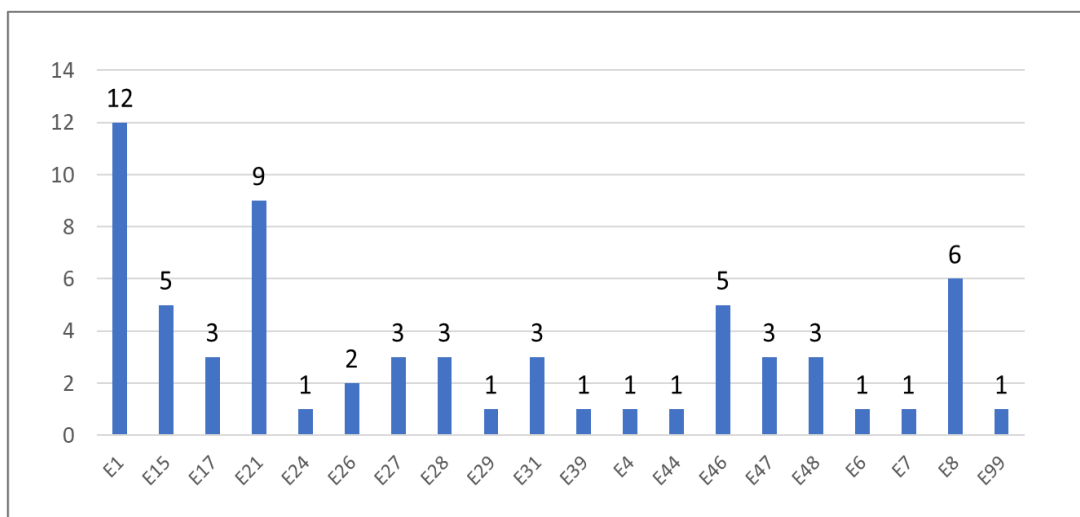


Figura 5.1.3-5: Número total de acidentes de trabalho por edifício do ACeS Lezíria em 2017, 2018 e 2019

Em 2017, 2018 e 2019, 65 acidentes ocorreram em 20 edifícios do ACeS Lezíria.

Os restantes 17 acidentes: 10 foram no trajecto; 4 em serviço externo e 3 em locais não identificados nas participações.

5.1.4.Desvio

Na figura 5.1.4-6 apresentam-se os desvios, ou seja os acontecimentos que levaram o trabalhador a desviar-se do seu curso normal de atividade, que conduziram aos 82 acidentes participados nos anos em estudo.

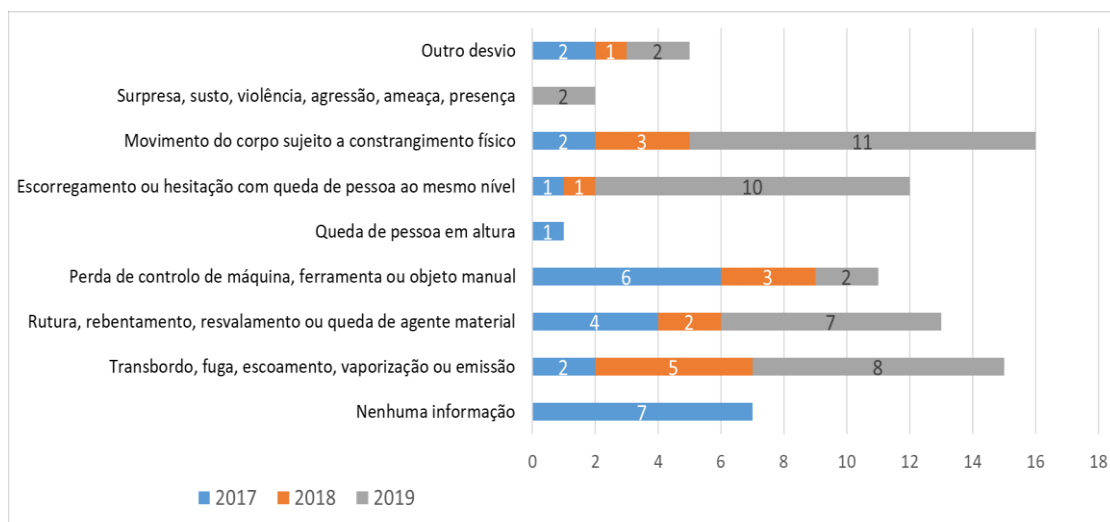


Figura 5.1.4-6: Número e tipo de desvios identificados nos eventos de 2017, 2018 e 2019.

Nas 82 participações, o desvio mais registado foi movimento do corpo sujeito a constrangimento físico com um total de 16, seguido do transbordo, fuga, escoamento, vaporização ou emissão de agente com 15 registos, da rutura, rebentamento ou queda de agente material com 13 registos e a perda de controlo de material ou objeto com 11 registos.

5.1.5.Agente material

Na figura 5.1.5-7 apresenta-se a distribuição dos agentes materiais envolvidos que foram identificados em 2017, 2018 e 2019.

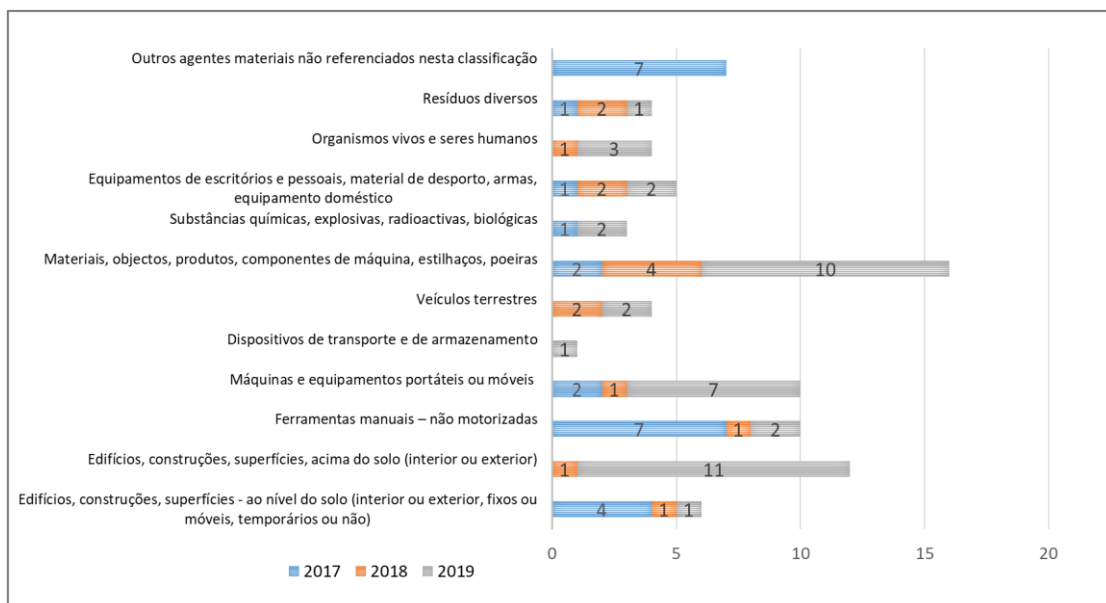


Figura 5.1.5-7: Número de agentes materiais envolvidos nos acidentes de trabalho em 2017, 2018 e 2019

Os agentes materiais mais registados nas participações foram os materiais, objetos e instrumentos manuais (agulhas) com um total de 16 registos, os edifícios, construções superfícies acima do solo com 12 registos, seguindo-se as ferramentas manuais e máquinas e equipamentos portáteis com 10 cada e os edifícios, construções, superfícies ao nível do solo com 6.

5.1.6. Modalidade da lesão

A figura 5.1.6-8 apresenta a distribuição das modalidades de lesão registadas nas participações de 2017, 2018 e 2019.

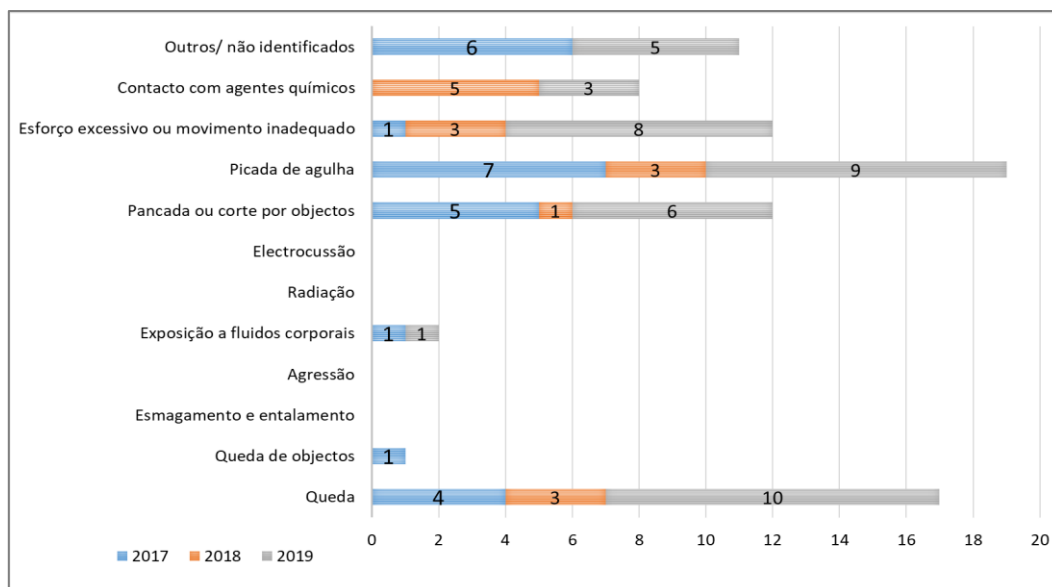


Figura 5.1.6-8: Distribuição das modalidades das lesões registadas nas participações em 2017, 2018 e 2019.

No total das 82 participações, as modalidades de lesão mais registadas foram as picada de agulha com um total de 19 registos, as quedas com 17 registos, as pancadas ou corte por objetos e os esforços excessivos ou movimentos inadequados com 12 cada e o contacto com agentes químicos com 8. Salienta-se que 11 participações não apresentavam registo sobre a modalidade de lesão.

5.1.7. Tipo de lesão

A figura 5.1.7-9 apresenta as lesões geradas nos trabalhadores registadas nas participações de acidente nos anos de 2017, 2018 e 2019.

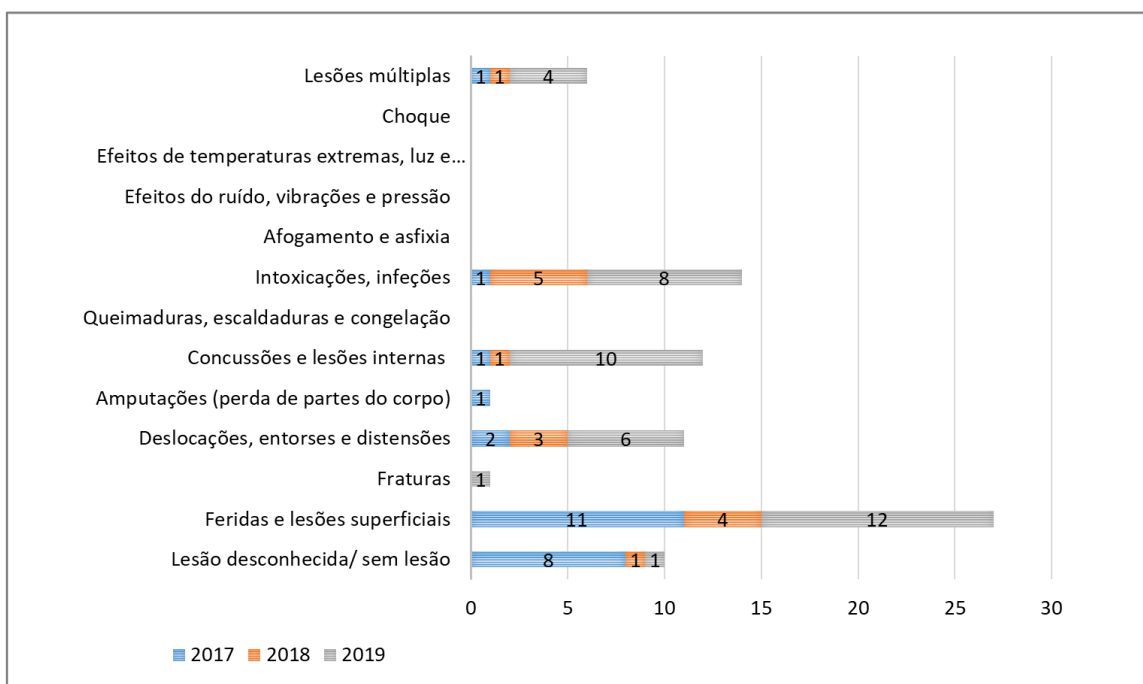


Figura 5.1.7-9: Número e tipos de lesão originadas em 2017, 2018 e 2019

Observando a figura 5.1.7-9 verifica-se que no total das 82 participações de trabalho as lesões mais provocadas foram as feridas e lesões superficiais com um total de 27 registos e as intoxicações com um total de 14, seguindo-se as concussões e lesões internas com 12 e as deslocações, entorses e distensões com 11. Nos anos em estudo, cerca de 10 participações não tinham registo de lesão no trabalhador.

5.1.8. Parte do corpo atingida

A figura 5.1.8-10 apresenta as partes do corpo dos trabalhadores atingidas por lesão, nos acidentes participados nos anos de 2017, 2018 e 2019.

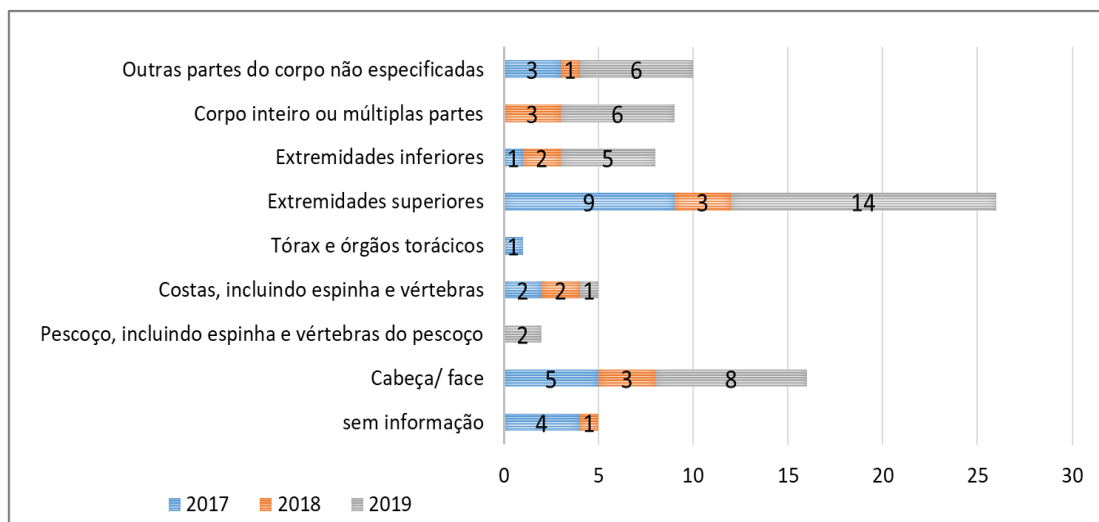


Figura 5.1.8-10: Número e partes do corpo afetadas em 2017, 2018 e 2019

Os resultados sobre as partes do corpo atingidas revelam que, no total das 82 participações dos anos em estudo, as extremidades superiores (inclui mãos) foram as mais atingidas com um total de 26 registos, seguindo-se a cabeça e face com 16 registos, o corpo inteiro ou múltiplas partes do corpo com 8 e as costas, incluindo espinha e vértebras com 5. Cerca de 12 participações não apresentavam registo sobre a parte do corpo atingida e 5 participações não continham qualquer informação.

5.1.9.Cuidados imediatos

Na figura 5.1.9-11 apresentam-se os cuidados imediatos que foram prestados aos trabalhadores na sequência dos acidentes.

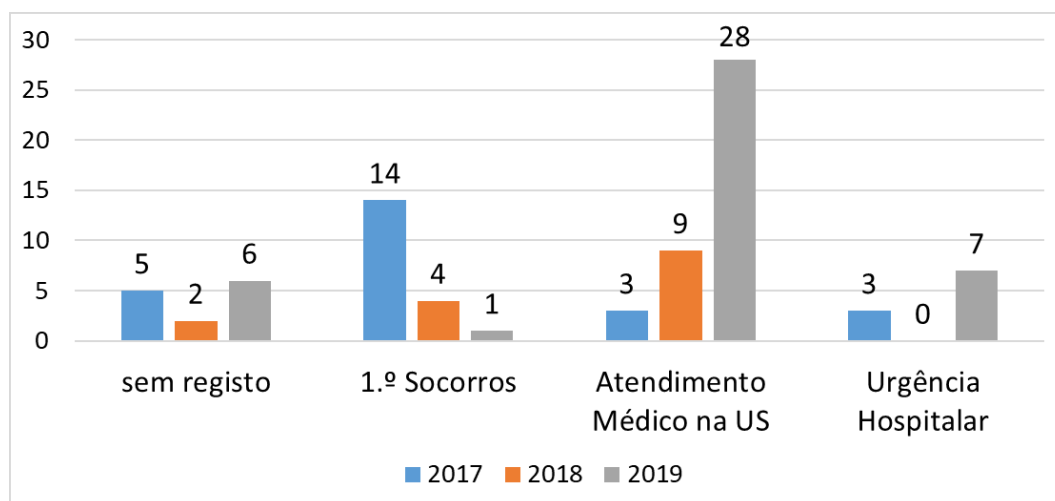


Figura 5.1.9-11: Cuidados prestados após os eventos em 2017, 2018 e 2019

No total das 82 participações verifica-se que 40 trabalhadores foram atendidos (observados) por médico na unidade de saúde onde ocorreu o acidente, 19 receberam

primeiros socorros e 10 trabalhadores foram à urgência hospitalar. Cerca de 13 participações não continham informação sobre os cuidados imediatos prestados.

5.1.10. Consequências

Na figura 5.1.10-12 são apresentadas as consequências dos trabalhadores para o trabalho originadas pelos acidentes ocorridos em 2017, 2018 e 2019.

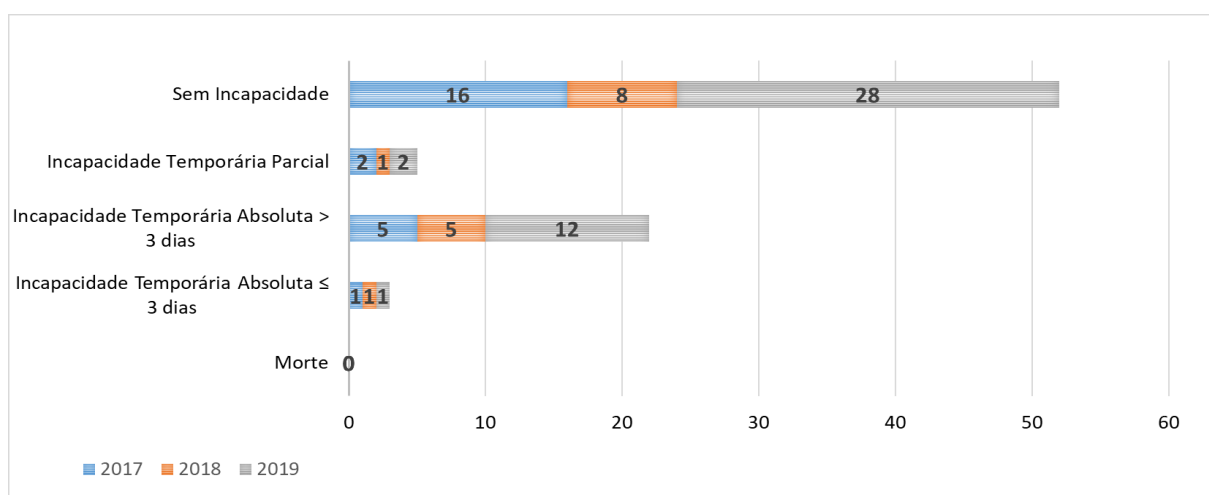


Figura 5.1.10-12: N.º de trabalhadores e respetivas consequências decorrentes dos acidentes participados em 2017, 2018 e 2019

No total dos 82 acidentes participados, 52 resultaram sem incapacidade dos trabalhadores para o trabalho, 22 resultaram em incapacidade temporária absoluta superior a 3 dias, 5 em incapacidade temporária parcial e 3 em incapacidade temporária absoluta inferior ou igual a 3 dias. Nenhum acidente participado teve como resultado a morte do trabalhador.

5.1.11. Dias perdidos

No que respeita ao número de dias de trabalho perdidos por motivos de incapacidade temporária absoluta do trabalhador, os resultados são apresentados na tabela 5.1.11-2.

Tabela 5.1.11-2: Número de acidentes participados e respetivo número de dias perdidos por ITA em 2017, 2018 e 2019

Ano	N.º de participações	N.º de ITA ≤ 3	N.º de ITA > 3 dias	Total de dias perdidos
2017	25	1	5	27
2018	15	0	6	288
2019	42	1	12	292
Total	82	2	23	607

Em 2017, 2018 e 2019 verifica-se que foram perdidos um total de 607 dias de trabalho. No ano de 2017 perderam-se 27 dias, em 2018 perderam-se 288 dias e em 2019 perderam-se 292 dias de trabalho.

5.1.12. Índices de sinistralidade

Com a aplicação das fórmulas enunciadas no Capítulo 3.4.2 - Índices estatísticos de acidentes de trabalho, obteve-se os índices de sinistralidade apresentados na tabela 5.1.12-3.

Tabela 5.1.12-3: Resultados dos índices de Frequência, Incidência e Gravidade dos Acidentes de Trabalho em 2017, 2018 e 2019

Ano	Índice de Incidência	Índice de Frequência	Índice de Gravidade
2017	5,6	3,1	27,5
2018	9,3	5,1	293,0
2019	22,2	12,2	297,1

Observando os valores dos índices de sinistralidade obtidos, verifica-se que em 2017 a incidência de acidentes de trabalho com baixa por cada 1000 trabalhadores situa-se em 5,6, em 2018 é de 9,3 e em 2019 a Incidência é de 22,2. Quanto à frequência de acidentes de trabalho com baixa por cada ano, em 2017 o valor é de 3,1 em 2018 de 5,1 e em 2019 de 12,2. No que respeita à gravidade em número de dias perdidos por ano, em 2017 o valor situa-se 27,5, em 2018 de 293 e em 2019 o valor do índice de gravidade é de 297,1.

Nos resultados obtidos verifica-se que em 2017 os valores dos índices de sinistralidade foram bastante inferiores aos obtidos para 2018 e 2019.

5.1.13. Qualificação

Na figura 5.1.13-13 apresentam-se a distribuição das qualificações atribuídas aos acidentes de trabalho.

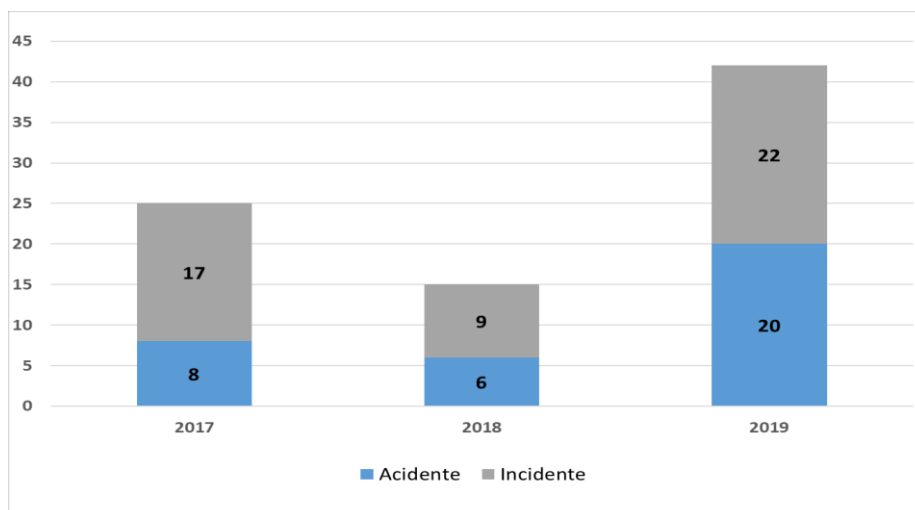


Figura 5.1.13-13: Qualificações atribuídas aos acidentes ocorridos em 2017, 2018 e 2019

Nos anos em estudo, no total das 82 participações de acidentes de trabalho, 34 foram qualificadas como acidente de trabalho e 48 como incidente.

5.2. Análise de causas

Na análise dos fatores que influenciaram a ocorrência de acidentes (causas latentes) foram apreciadas 65 participações de acidentes de trabalho, 14 de 2017 e 14 de 2018 e 37 de 2019. Foram excluídos os acidentes ocorridos no trajeto (10), em serviço externo (4) e aqueles cujas participações não identificavam o local de ocorrência (3).

Para identificação de fatores influenciadores de acidentes de trabalho foram realizadas 43 entrevistas a trabalhadores.

Os resultados são apresentados em tabelas de acordo com a classificação de fatores.

5.2.1. Fatores individuais

Na tabela 5.2.1-4 apresentam-se os resultados para fatores individuais que contribuíram para a ocorrência dos acidentes.

Tabela 5.2.1-4: Classificação de Fatores Individuais dos eventos ocorridos em 2017, 2018 e 2019

Fatores Individuais	2017	2018	2019	totais
Fatores individuais temporários				
Falha de memória				
Medo / Ameaças				
Distração/ desatenção	3	5	10	18
Descuido no procedimento	6	1	10	17
Fadiga				
Stress físico/ fisiológico			1	
Stress mental/ psicológico	1		3	4
<i>Outros fatores individuais temporários</i>			5	
Fatores individuais permanentes				
Condição física ou psicológica permanente		2	2	4
Outros fatores individuais permanentes			0	0
Sem informação	4	7	5	16

No total dos foram identificados 17 violações por falhas no cumprimento de procedimentos e 22 erros por distração involuntária e stress.

Foram também classificados 4 eventos cuja condição física permanente do trabalhador pode ter contribuído para o acidente (exemplos: trabalhador alérgico a produtos utilizados, trabalhador com capacidade limitada em movimentar um membro superior).

5.2.2. Fatores do local ou ambiente de trabalho

Na tabela 5.2.2-5 são apresentados os fatores do local ou ambiente de trabalho que contribuíram para os acidentes.

Tabela 5.2.2-5: Fatores do local e ambiente de trabalho identificados nos acidentes de 2017, 2018 e 2019

Fatores do Local e Ambiente de Trabalho	2017	2018	2019	Totais
Agentes Físicos				
Ruído				
Vibrações				
Radiações ionizantes				
Radiações não ionizantes				
Iluminação			1	1
Ambiente térmico				
Ventilação			6	6
Não identificado				
Agentes Químicos				
Inflamáveis				
Comburentes				
Tóxicos (Xn)				
Nocivos		3		3
Corrosivos				
Irritantes (Xi)	1	2	8	11
Não identificado				
Agentes Biológicos				
Grupo 1				
Grupo 2				
Grupo 3	1			1
Grupo 4				
Não identificado	6	3	10	19
Agentes Relacionados com a Atividade				
Trabalho repetitivo				
Movimentação manual de cargas	1	0	1	2
Trabalho com equipamentos dotados de visor	1		1	2
Posturas incorretas				
Esforços e/ou movimentos extremados	2	1	1	4
Disposição incorreta dos componentes do posto de trabalho	4	2	3	9
Desadequação do mobiliário de trabalho		1	1	2
Desadequação dos equipamentos de trabalho	3	1		4
Não identificado	0	8	12	20

No total dos anos em estudo foram identificados 7 acidentes com presença de agentes físicos, 14 com agentes químicos, 20 com agentes biológicos (19 dos quais não foi possível classificar o grupo do agente) e 43 com agentes relacionados com a atividade.

Na tabela 5.2.2-6 e figura 5.2.2-14 são apresentados os edifícios (codificados) onde ocorreram os acidentes e os respectivos fatores do local ou ambiente de trabalho identificados anteriormente (vide tabela 5.2.2-5).

Tabela 5.2.2-6: Distribuição dos fatores do local ou ambiente de trabalho identificados pelos edifícios onde ocorreram os acidentes participados em 2017, 2018 e 2019

Edifício	Agentes físicos	Agentes químicos	Agentes biológicos	Agentes relacionados com a atividade
E1	6	9	1	2
E4			1	1
E6				1
E7			1	
E8			1	5
E15			2	4
E17			2	2
E21			5	5
E24			1	1
E26				1
E27		3	1	1
E28				3
E31			2	1
E39				1
E44				1
E46	1	1		5
E47		1		2
E48			2	3
E99				1

Foram identificados 19 edifícios com fatores do local ou ambiente de trabalho que influenciaram a ocorrência de acidentes.

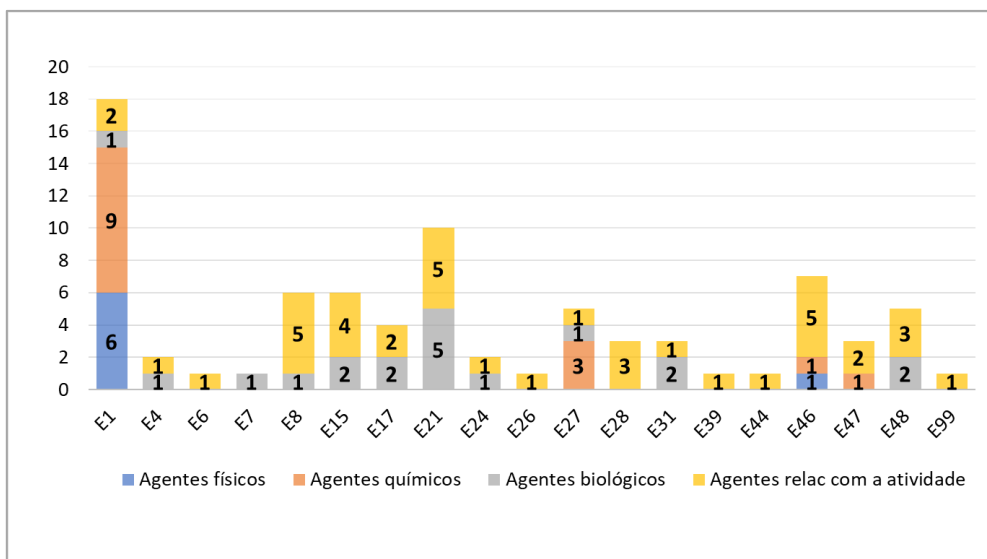


Figura 5.2.2-14: Fatores de risco identificados nos edifícios do ACeS Lezíria onde ocorreram acidentes

Os fatores do local ou ambiente de trabalho concentram-se em maior número no edifício E1 com identificação de 18 agentes no total.

5.2.3. Fatores organizacionais ou de gestão

Na tabela 5.2.3-7 são apresentados os resultados de fatores organizacionais ou de gestão que contribuíram para os eventos,

Tabela 5.2.3-7: Fatores organizacionais ou de gestão dos eventos ocorridos em 2017, 2018 e 2019

Fatores Organizacionais ou de Gestão	2017	2018	2019	Totais
Ritmos intensos de trabalho	3	1	15	19
Trabalho monótono	1			1
Ausência de capacidade / possibilidade de decisão ou controlo sobre o trabalho	1	3	13	17
Exigências anormais de produtividade	2	1		3
Trabalho por turnos				
Trabalho noturno				
Trabalho suplementar				
Trabalho com exposição a potenciais ameaças e agressões verbais				
Trabalho com exposição a potenciais agressões físicas				
Assédio				
Discriminação				
Atentados contra a propriedade privada (ex: cacifos)				
Outros não identificados	5	4	6	15

Foram identificados como fatores organizacionais ou de gestão: 19 ritmos intensos de trabalho, 17 ausência de capacidade ou possibilidade de decisão ou controlo sobre o trabalho, 3 exigências anormais de produtividade, 1 como trabalho monótono e 15 sem referência a fatores organizacionais.

5.2.4. Avaliações de risco anteriores

No que respeita às avaliações de risco do ACeS Lezíria realizadas pelo SSO, foram observados 13 relatórios correspondendo a 13 edifícios identificados como local de ocorrência de acidentes nos anos de 2017, 2018 e 2019.

Não dispunham de relatório 7 edifícios dos 20 identificados como locais de ocorrência de acidentes nos anos em estudo.

Na tabela 5.2.4-8 apresenta-se a informação recolhida dos relatórios de avaliação de risco aos 13 edifícios, e os fatores de risco identificados para os trabalhadores, na data do relatório, e a respetiva majoração de risco para os trabalhadores atribuída.

Tabela 5.2.4-8: Edifícios (codificados) onde ocorreram acidentes com avaliações de risco e respetivos fatores de risco e majoração do risco atribuída na avaliação à data efetuada.

Edifício	Relatório SSO (ano)	Fatores de risco identificados	Majoração do risco
E1	2018	Biológico - Contacto com materiais cortoperfurantes	Grave
		Químico - Contacto com produtos de higienização	Moderado
E6	2015	Biológico - Recipientes para a recolha dos resíduos hospitalares não identificados	Moderado
E7	2018	Relacionado com a atividade – objeto a baixa altura; mobiliário danificado	Moderado
E8	2015	Relacionados com Atividade - Arrumos em altura sem proteções; Prateleiras sem fixação	Moderado
E15	2015	Biológico – Exposição profissional a agentes biológicos; Contacto com objetos cortoperfurantes	Moderado
E17	2018	Físico – Ventilação insuficiente; Degradação do edifício	Grave
		Biológico - Higienização deficiente; infiltrações da cobertura, ausência de lava-mãos nos gabinetes	Grave
		Relacionado com a atividade - Cabos elétricos e de informática não protegidos;	Moderado
E21	2020	Biológico – Torneiras manuais; Resíduos mal-acondicionados; Higienização deficiente	Grave
		Físico - Ruído de equipamentos; climatização insuficiente;	Moderado
		Relacionado com atividade - Disposição incorreta de equipamentos/mobiliário	Grave

Tabela 5.2.4-8: continuação.

Edifício	Relatório SSO (ano)	Fatores de risco identificados	Majoração do risco
E27	2014	Químico – Ausência de informação sobre composição e toxicidade de substâncias e produtos químicos utilizados	Moderado
		Biológico - Exposição direta do profissional ao utente	Moderado
		Relacionados com a atividade – Circulação por escadas	Moderado
E28	2019	Biológico - Exposição direta do profissional ao utente (possível fonte de contágio)	Moderado
		Físico - Ventilação/arejamento interior; Radiações não ionizantes	Grave
		Relacionado com atividade - Plano de trabalho reduzido; Dificuldade de mobilidade nos postos de trabalho; Garrafas de O2 sem sistema de retenção de quedas; Pavimento escorregadio; Cadeiras partidas.	Grave
E31	2016	Relacionados com a atividade – Digitalização manual	Moderado
		Biológico – Contacto com objetos cortoperfurantes	Grave
E39	2014	Biológico - Infiltrações e humidades; Torneiras manuais	Grave
		Físico - Ventilação insuficiente	Moderado
E46	2016	Físico - Ambiente térmico de extremos	Grave
		Relacionado com a atividade - salas de trabalho exíguas	Grave
E48	2018	Relacionado com a atividade - Fios e cabos soltos; Mobiliário degradado; Bancada com excesso de material	Grave

Nos 13 edifícios avaliados foram identificados 12 fatores do local ou ambiente de trabalho como risco grave para o trabalhador e 13 como risco moderado. Foram identificados, 5 edifícios com fatores físicos dos quais 3 eram graves, 9 edifícios com fatores biológicos dos quais 5 eram graves, 2 edifícios com risco químico moderado e 9 edifícios com fatores relacionados com a atividade dos quais 4 foram classificados como risco grave.

5.2.5.Plano de ação

5.2.5.1. Medidas de segurança e saúde

Na tabela 5.2.5-9 são apresentadas medidas preventivas ou corretivas para a redução de fatores individuais que contribuíram para a ocorrência dos acidentes analisados.

Tabela 5.2.5-9: Identificação de medidas para os fatores de risco individuais identificados na análise de causas de acidentes e incidentes em 2017, 2018 e 2019

Fatores individuais	Medidas para fatores individuais
Distração/ desatenção	Organização do tempo no trabalho (pausas)
Descuido no procedimento	Formação / Informação
<i>Stress</i>	Vigilância da Saúde
Condição física ou psicológica permanente	Adequação de posto de trabalho/ equipamentos, produtos ou mobiliário de trabalho a limitações do trabalhador
	Requalificação de trabalhador

Nas tabelas seguintes (5.2.5-10, 5.2.5-11, 5.2.5-12 e 5.2.5-13) são apresentadas as medidas decorrentes da análise aos acidentes de trabalho analisados e as medidas propostas nas avaliações de risco aos edifícios realizadas pelo SSO.

Tabela 5.2.5-10: Identificação de medidas para os fatores de risco dos locais de trabalho/agentes físicos identificados na análise de causas de acidentes em 2017, 2018 e 2019

Fatores de Risco do Local ou Ambiente de Trabalho	Medidas decorrentes da análise dos acidentes	Medidas propostas nas avaliações de risco do SSO
Agentes físicos Iluminação Ventilação	Adequação do sistema de iluminação de acordo com a função do espaço e atividade realizada Manutenção de instalações sistemas de ventilação	Reparação de sistema AVAC

Tabela 5.2.5-11: Identificação de medidas para os fatores de risco dos locais de trabalho/agentes químicos identificados na análise de causas de acidentes em 2017, 2018 e 2019

Fatores de Risco do Local ou Ambiente de Trabalho	Medidas decorrentes da análise dos acidentes	Medidas propostas nas avaliações de risco do SSO
Agentes químicos Produtos ou substâncias nocivas	Controlo e manutenção de instalações e equipamentos de trabalho Substituição de agentes químicos perigosos ou nocivos Manipulação e armazenamento seguro de agentes químicos Recolha e eliminação adequada de resíduos químicos Monitorização da exposição a agentes biológicos Equipamento de proteção individual Vigilância da saúde Formação / informação	Deverão existir nos locais as fichas de segurança dos produtos químicos que são utilizados. Fornecimento das fichas de dados de segurança por parte da empresa responsável pela aplicação e adequada formação aos manipuladores. Uso de equipamento de proteção individual (luvas)

Tabela 5.2.5-12: Identificação de medidas para os fatores de risco dos locais de trabalho/agentes biológicos identificados na análise de causas de acidentes em 2017, 2018 e 2019

Fatores de Risco do Local ou Ambiente de Trabalho	Medidas decorrentes da análise dos acidentes	Medidas propostas nas avaliações de risco do SSO
Agentes biológicos	<p>Alteração / Adaptação do processo de trabalho</p> <p>Implementação de medidas técnicas de controlo e confinamento</p> <p>Recolha e eliminação adequados de resíduos biológicos</p> <p>Equipamento de proteção individual</p> <p>Monitorização da exposição a agentes biológicos</p> <p>Vigilância da saúde</p> <p>Formação / Informação</p>	<p>Os recipientes e os procedimentos de triagem e recolha de resíduos deverão obedecer às orientações da gestão de resíduos hospitalares.</p> <p>Os contentores destinados ao acondicionamento dos resíduos devem ser adequados às quantidades produzidas ou esvaziados com maior frequência.</p> <p>Os contentores danificados devem ser substituídos/reparados.</p> <p>Os contentores destinados a resíduos contaminados deverão ser identificados com respetivo grupo e símbolo de risco biológico.</p> <p>Sensibilizar profissionais para as boas práticas no controlo de infeção a gestão de resíduos hospitalares</p>

Tabela 5.2.5-13: Identificação de medidas para os fatores de risco dos locais de trabalho/agentes relacionados com a atividade identificados na análise de causas de acidentes em 2017, 2018 e 2019

Fatores de Risco do Local ou Ambiente de Trabalho	Medidas decorrentes da análise dos acidentes	Medidas propostas nas avaliações de risco do SSO
Agentes relacionados com a atividade	Adequação / Substituição do equipamento de trabalho	Evitar o acondicionamento de objetos pesados na vertical.
Movimentação manual de cargas	Adequação / Substituição do mobiliário de trabalho	Dotar os locais de arrumos de um número adequado de prateleiras para o correto acondicionamento dos materiais.
Esforços e/ou movimentos extremados	Reorganização / Reestruturação do posto de trabalho	
Disposição incorreta dos componentes do posto de trabalho	Rotatividade	
Desadequação dos equipamentos de trabalho	Formação / Informação	Sensibilizar os funcionários para a movimentação manual de cargas.
	Vigilância da saúde	
	Implementação de dispositivos mecânicos para movimentação de cargas	

No que respeita aos fatores de risco organizacionais ou de gestão são indicadas as medidas apresentadas na tabela 5.2.5-14.

Tabela 5.2.5-14: Identificação de medidas para os fatores de risco organizacionais ou de gestão identificados na análise de causas de acidentes em 2017, 2018 e 2019

Fatores Organizacionais ou de Gestão	Medidas para fatores organizacionais ou de gestão
Ritmos intensos de trabalho	Organização do tempo do trabalho
Trabalho monótono	Organização do trabalho
Ausência de capacidade / possibilidade de decisão ou controlo sobre o trabalho	Consulta aos trabalhadores Formação / Informação Vigilância da Saúde

Observando os resultados sobre as medidas, identificam-se 52 medidas dirigidas aos diferentes fatores de risco, destacando-se:

A formação/informação e a vigilância da saúde dos trabalhadores são medidas comuns a todos os fatores de risco identificados.

A adequação/organização dos postos de trabalho e do tempo no trabalho é também uma medida comum aos fatores de risco individuais, fatores do local ou ambiente de trabalho e fatores organizacionais ou de gestão.

A adequação e manutenção de sistemas, equipamentos e mobiliário é uma medida dirigida a fatores local ou ambiente de trabalho (agentes físicos e relacionados com a atividade).

A substituição de agentes, sua manipulação, armazenamento, recolha e eliminação é uma medida dirigida a fatores do local e ambiente de trabalho (agentes químicos).

A adoção de medidas de confinamento e controlo de exposição é uma medida dirigida a fatores de risco do local ou ambiente de trabalho (agentes biológicos e químicos).

A utilização de dispositivos de movimentação de cargas é uma medida específica dirigida a fatores de risco relacionados com a atividade.

Outra medida que surge isoladamente é a consulta aos trabalhadores, orientada para fatores organizacionais ou de gestão.

5.2.5.2. Prioridade de intervenção

Na tabela 5.2.5-15 são apresentados os fatores influenciadores de Acidentes e de Incidentes de trabalho e respetivas as medidas prioritárias para eliminar ou reduzir o risco de acidentes de trabalho.

Tabela 5.2.5-15 - Medidas prioritárias para prevenir acidentes de trabalho

Fatores de Risco classificados como influenciadores de Acidentes e de Incidentes	Medidas prioritárias
Fatores Individuais:	
Distração e desatenção	Formação/Informação
Stress	Organização do tempo de trabalho (pausas)
Fatores do Local de trabalho:	
Movimentação de Cargas	Utilização de dispositivos mecânicos para movimentação de cargas ou apoio por outro trabalhador
Desadequação dos equipamentos de trabalho	Adequação do equipamento de trabalho
Esforços ou movimentos extremados	Melhorias ergonómicas nos equipamentos / mobiliário de trabalho
Fatores Organizacionais e de Gestão:	
Ritmos intensos	Organização do trabalho e do tempo de trabalho
Ausência de capacidade de decisão ou controlo sob o trabalho	Formação/Informação - Consulta aos trabalhadores

Foram identificadas como medidas prioritárias de intervenção a formação/informação, a consulta aos trabalhadores, a organização do trabalho e tempo de trabalho, a adequação de equipamentos e mobiliário de trabalho às atividades desenvolvidas e a utilização de dispositivos auxiliares para movimentação de cargas ou apoio de outro trabalhador.

Na tabela 5.2.5-16 são apresentadas outras medidas para redução de ocorrência de acidentes atendendo às causas identificadas em incidentes de trabalho.

Tabela 6.2.5-16: Outras medidas a desenvolver para prevenir acidentes

Fatores de Risco identificados apenas em Incidentes	Medidas
Fatores do Local de Trabalho	
Agentes Biológicos	Triagem e recolha adequada de resíduos hospitalares Uso de equipamento de proteção individual
Disposição incorreta dos componentes do posto de trabalho	Organização do posto de trabalho

Considerando os fatores de risco identificados nos processos de acidente de trabalho qualificados como incidente, as medidas a desenvolver são a organização de postos de trabalho, o uso de equipamentos de proteção individual e a triagem e recolha adequada de resíduos.

5.2.5.3. Responsabilidade pela implementação

As medidas individuais a desenvolver pelo trabalhador são:

- Uso adequado de equipamento de proteção individual (luvas);
- Organização do posto de trabalho (posicionamento do ecrã, postura ao computador);
- Organização do tempo do trabalho (pausas);
- Manipulação segura de agentes químicos e biológicos (SSO, unidade).

As medidas operacionais ou ambientais a desenvolver pelos elementos de coordenação das unidades funcionais e equipas de apoio

- Implementação de boas práticas e procedimentos seguros, como a utilização e armazenagem adequada de agentes químicos, e a recolha, tratamento e eliminação adequados de resíduos hospitalares.
- Alteração ou adaptação dos processos de trabalho, como para a mobilização de utentes ou movimentação de cargas com apoio de segundo elemento.

As medidas de carácter organizativo ou de gestão a desenvolver pelos Órgãos de chefia e gestão:

- Substituição de agentes químicos perigosos por outros não perigosos;
- Adequação do mobiliário e equipamento de trabalho ao trabalhador;
- Manutenção das instalações e equipamentos;
- Avaliação da exposição dos trabalhadores ao risco;
- Vigilância da saúde dos trabalhadores;
- Formação/ informação dos trabalhadores;
- Organização do trabalho e do tempo de trabalho (trabalho suplementar, horários)
- Rotatividade de trabalhadores (alternância de tarefas entre AO).

5.2.5.4. Monitorização

Na tabela 5.2.5-17 apresenta-se, a título de exemplo, um plano para a monitorização e controlo da implementação das medidas de segurança e saúde dirigidas aos fatores de risco.

Tabela 5.2.5-17: Exemplo de plano de monitorização da implementação e desenvolvimento de medidas

Fator de Risco	Prioridade para intervenção	Medida	Responsável pela execução	Verificação	Implementada Melhoria
Fatores individuais Stress	máxima	Organização do tempo de trabalho (pausas)	Trabalhador	Visita ao local de trabalho e conversa com trabalhador	Trabalhador afirmou que faz 2 pausas de 10 minutos (na copa ou zona envolvente exterior)
Fatores organizacionais Ausência de capacidade de decisão ou controlo sob o trabalho	máxima	Formação/ Informação Consulta aos trabalhadores	Órgão de gestão	Agenda semanal das US	Reuniões multidisciplinares onde toda a equipa é envolvida na tomada de decisões e participa na elaboração de procedimentos/boas práticas
Fatores do local e ambiente de trabalho	máxima	Formação em boas práticas na gestão de resíduos	Órgão de gestão e trabalhador	Programa de formação e Listas de presenças	Frequentou ação em dia/mês/ano

A monitorização das medidas deve ter em conta os fatores de risco identificados e sua prioridade para intervenção.

Capítulo 6 – Discussão

A informação relativa a acidentes de trabalho nos Cuidados de Saúde Primários disponibilizada por entidades oficiais é centrada nas variáveis estatísticas focalizando a informação no número de acidentes, número de trabalhadores afetados, número de eventos com baixa e sem baixa e número de dias perdidos na sequência destes.

O Serviço de Saúde Ocupacional (SSO) da ARSLVT, IP, tendo como objetivo principal a gestão de riscos profissionais, realiza a avaliação de riscos dos edifícios e locais de trabalho, de modo a identificar os fatores de risco para os profissionais de saúde.

Com este estudo pretende-se obter informação sobre as características dos acidentes de trabalho e a classificação dos fatores que direta ou indiretamente influenciam a sua ocorrência (causas ativas e latentes), bem como a definição de medidas de segurança e saúde, direcionadas aos fatores identificados, delineando um plano de ação para a eliminação ou redução de acidentes de trabalho.

A organização da Equipa Operacional do SSO no ACeS Lezíria e o circuito de informação estabelecido com os órgãos de gestão (direção executiva e recursos humanos) permite o acesso às fontes de informação para o estudo de acordo com os procedimentos legais e estabelecidos pelo Conselho de Ética.

Ao aplicar neste estudo a metodologia utilizada pelo SSO, baseada no método ESAW e no método WAIT, obtêm-se resultados relativos às principais características do acidente, às suas causas mais imediatas e também resultados sobre os fatores e circunstâncias que influenciaram ou contribuíram para a ocorrência dos acidentes (causas latentes) analisados. Para identificação de fatores individuais, a metodologia previa a realização de entrevistas aos trabalhadores sinistrados, mas dado o tempo decorrido entre alguns eventos e a realização deste estudo, assim como a mobilidade de alguns dos trabalhadores, não foi possível realizar entrevistas a todos os trabalhadores. As entrevistas realizadas permitem clarificar fatores de natureza individual que não foram inscritos nas participações de acidentes.

O primeiro objetivo deste estudo é caracterizar os acidentes de trabalho ocorridos com profissionais de saúde do ACeS Lezíria.

Analisando os resultados obtidos, verificamos que o número de participações de acidentes de trabalho foi bastante inferior em 2017 e 2018 comparativamente ao ano de 2019. Em 2017 foram comunicadas 25 participações de acidentes de trabalho, em 2018 foram 15 e em 2019 foram 42, o que pode evidenciar a existência de subnotificações.

Alguns estudos sobre notificação de acidentes de trabalho em cuidados de saúde concluem que a subnotificação de acidentes ou incidentes de trabalho chega a atingir os 60% (Salinas-Tovar *et al.*, 2004) (Garcia *et al.*, 2003) (Nunes *et al.*, 2004).

A divulgação de uma informação sobre a participação de acidentes de trabalho e doenças profissionais, pelo Conselho Diretivo da ARSLVT, IP (ARSLVT, 2017b), no final do ano de 2017, e a sensibilização dos trabalhadores pela Equipa Operacional do SSO desenvolvidas, pode ter contribuído para que em 2019 se verificasse um aumento do número de participações no ACeS Lezíria. A diferença no número de participações nos anos em estudo evidencia a subnotificação de acidentes e incidentes de trabalho por parte dos trabalhadores.

No estudo realizado verificamos que o grupo profissional com maior número de acidentes de trabalho é o de enfermagem, com 43% das participações, seguido dos Técnicos Superiores de Saúde e Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica com 24%. Sendo o de enfermagem o grupo que integra mais profissionais do ACeS Lezíria, cerca de 35%, indicando que a relação deste grupo profissional ao maior número de acidentes é compreensível. Já no que respeita ao grupo dos técnicos superiores sendo um grupo de menor dimensão em profissionais (4%), o número de participações registadas neste grupo é considerável, pois trata-se de um grupo que integra profissionais de várias áreas e que habitualmente não é alvo de estudos como o de enfermagem, assistentes operacionais ou até do grupo de médicos. Será de considerar que grupo dos técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica e os técnicos superiores de saúde devem ser alvo de uma atenção especial em estudos ou análises futuras.

No que respeita aos locais de ocorrência dos acidentes participados, observa-se que a maioria dos acidentes ocorrem em salas de tratamento, no trajeto casa-trabalho e em serviço externo, nas zonas envolventes aos edifícios de saúde e nas vias de circulação interior.

Quanto aos desvios verifica-se que o movimento do corpo sujeito a constrangimento e o transbordo, fuga ou derrame de substância são os que conduzem ao maior número de acidentes.

Os agentes materiais mais envolvidos em acidentes de trabalho são os materiais, objetos, produtos, com 16 registos, os edifícios, construções e superfícies acima do solo com 12 registos, e os equipamentos portáteis e as ferramentas manuais com 10 registos cada.

Os modos de lesão mais frequentes são as picadas com agulhas ou outros objetos cortantes, com 19 registos, as quedas com 17 registos e o esforço excessivo e

as pancadas ou corte por objeto com 12 cada.

As partes do corpo mais atingidas são as extremidades superiores onde se incluem as mãos, a cabeça e face e múltiplas partes.

As lesões mais frequentes são as lesões superficiais, as intoxicações, as concussões e as entorses ou distensões.

No que respeita aos cuidados imediatos prestados, a grande maioria dos trabalhadores acidentados são atendidos em consulta médica nas próprias unidades de saúde.

A maioria dos trabalhadores acidentados não tem incapacidade para o trabalho após o acidente.

Ao observar a qualificação dos acontecimentos participados nos anos em estudo, verifica-se que em 2019 o número de acontecimentos qualificados quer como acidente quer como incidente foram bastante superiores aos de 2017 e 2018, facto que induz a pensar que em 2017 e 2018 apenas seriam comunicados acontecimentos cujas consequências implicassem a ausência ao serviço por um período superior a 1 dia de trabalho e pela possível subnotificação de acidentes.

Observando os índices de sinistralidade, verificamos que o número de dias perdidos em 2018 e 2019 foi bastante próximo, 293 e 297 respetivamente, apesar da diferença entre o número de acidentes participados (15 em 2018 e 42 em 2019). Esta relação (acidente-gravidade) indica que o número de ocorrências não determina a gravidade das mesmas ainda que possa existir uma subnotificação de acidentes de trabalho em 2017 e 2018.

O segundo objetivo deste estudo é a identificação de fatores de risco que podem contribuir para a ocorrência de acidentes.

A identificação de fatores de risco individuais para a ocorrência de acidentes de trabalho, nos três anos em estudo, é obtida através das entrevistas realizadas aos trabalhadores acidentados. Foi possível entrevistar 54% dos trabalhadores sinistrados. Destas resulta a identificação de fatores de risco individuais como as distrações involuntárias e *stress*, que conduzem a erros, e a pressão sobre o tempo ou organização do trabalho, que conduzem a violação dos procedimentos de segurança.

Desde longa data que o erro humano é apontado como principal causa de acidentes de trabalho, pela incapacidade de adaptação ao trabalho (máquina/sistema) ou pelo incumprimento de regras ou procedimentos por parte do trabalhador. Contudo, esta visão de causalidade veio, ao longo dos anos, a ser estudada, e hoje em dia, o erro humano é associado a fatores individuais e organizacionais que podem condicionar o

trabalhador e conduzir, por sua vez, a acidentes de trabalho (Reason, 1995) (Heirinch, 1980) (Mélia *et al.*, 1998).

Ao iniciar o trabalho numa empresa ou instituição, cada trabalhador traz consigo um conjunto de características positivas e negativas, de qualidades e defeitos, que constituem a sua personalidade. Esta forma-se através dos anos, por influência de fatores hereditários e do meio social e familiar em que o indivíduo se desenvolve. Algumas das características negativas (irresponsabilidade, irritabilidade, temeridade, teimosia, etc.) são classificadas como causas latentes de acidentes de trabalho, pois conduzem à prática de atos inseguros ou criação de condições inseguras (Heirinch, 1980).

A distração involuntária, o *stress* e a sobrecarga de trabalho são também apresentados, por alguns autores, como fatores individuais dos profissionais de saúde que podem conduzir à ocorrência acidentes de trabalho (Paula *et al.*, 2010) (Jones, 2015).

Os aspetos relacionados com a saúde individual do trabalhador são também determinantes para compreender a relação homem-trabalho. Algumas características individuais, como a estatura física, a sensibilidade a produtos químicos ou até o nível de formação do trabalhador, podem condicionar a sua aptidão para determinados processos de trabalho e serem causadores de doença ou lesões (Serranheira e Uva, 2013).

No que respeita aos fatores de risco do local ou ambiente de trabalho identificam-se os agentes físicos, como a ventilação e a iluminação dos locais de trabalho.

A qualidade do ambiente interior pode interferir na satisfação do trabalho. Segundo Wyon, citado por Mendonça (2012), a qualidade do ar interior, a climatização e o sistema de iluminação do local de trabalho podem conduzir a efeitos negativos sobre o trabalhador, como a fadiga, cefaleias entre outros, que por sua vez podem fazer com que a produtividade seja afetada. Além destes efeitos, podem também surgir sintomas como a pele seca, secura dos olhos e garganta, prurido nos olhos e pele, entre outros que causam desconforto térmico, provocados por calor ou frio extremo (Félix, 2008).

A ventilação inadequada em locais de saúde contribui para elevar os riscos de infeções nosocomiais transmitidas pelo ar (Perdigoto, 2012).

Se não forem sujeitos a operações de limpeza e manutenção regulares, os sistemas de aquecimento, ventilação e de ar condicionado, podem também libertar poeiras e névoas nocivas à saúde dos ocupantes. A exposição a agentes químicos com propriedades alergénicas e irritantes, dispersos no ar pelos equipamentos de ventilação

e climatização, são também fatores de risco presentes em locais de trabalho.

A qualidade da iluminação nos espaços deve ser adequada às tarefas que são realizadas. Se não for adequada ou suficiente pode condicionar a acuidade visual do trabalhador e levar à ocorrência de acidentes (Stringhini e Fritsch, 2016).

Neste estudo são identificados como fatores de risco do local e ambiente de trabalho a presença de agentes químicos classificados como irritantes e nocivos no local e ambiente de trabalho. Esta exposição está relacionada com a aplicação de biocidas, em ações de controlo de pragas, e a libertação de poeiras e nevoas pelos sistemas de ventilação nos edifícios de saúde.

A aplicação de produtos biocidas, nos edifícios de saúde, é normalmente realizada por empresas externas especializadas e decorre após o fecho das unidades de saúde, de modo a permitir o tempo de atuação do produto sobre as superfícies ou nichos, sob a orientação das comissões locais de controlo de infeção. De realçar a importância da comunicação entre os órgãos de gestão e a comissão de controlo de infeção e o SSO para a análise das fichas de segurança dos produtos utilizados e os respetivos cuidados a ter durante e após a sua aplicação.

A utilização de produtos biocidas para controlo de pragas é realizada em grande escala por vários setores de atividade. Estes produtos têm sido objeto de vários tipos de estudos, tanto pelos danos que provocam à saúde das populações humanas, e dos trabalhadores de modo particular, como pelos danos ao meio ambiente e pelo aparecimento de resistência em organismos-alvo como pragas e vetores (Chediack, 1986).

Muitos dos estudos relacionados com a exposição de profissionais de saúde a agentes químicos centram-se na exposição a substâncias citostáticas, anestésicas, desinfetantes e esterilizantes de superfícies e objetos (Pinhal, 2016).

Nos resultados obtidos identifica-se também a presença de agentes biológicos em 20 acidentes dos 80 analisados, cerca de 25%. Para esta identificação são considerados os registos com referência a contacto com sangue, urina ou secreções de utentes e o contacto direto com superfícies sujas e manipulação de material contaminado. O contacto com estes agentes foi maioritariamente pelos profissionais de enfermagem e assistentes operacionais, que higienizam os materiais e superfícies contaminados e a recolha de resíduos hospitalares, contudo não foi possível classificar o grupo de risco dos agentes biológicos.

A presença de agentes biológicos é subjacente à prestação de cuidados de saúde. Apesar de ser possível a contaminação por contacto direto com sangue ou

secreções infetadas, o principal risco de infeção em acidentes no setor da saúde está associado às lesões percutâneas com materiais cortoperfurantes, o manuseamento de resíduos contaminados e a limpeza de sangue derramado e outros líquidos biológicos (EU-OSHA, 2003) (Barros e Cardoso, 2015) (Gopar-Nieto *et al.*, 2015).

São identificados como fatores do local e ambiente de trabalho, a ausência de meios auxiliares para a movimentação de cargas e a realização de movimentos repetitivos nas atividades relacionadas com o trabalho dos profissionais de saúde.

O levantamento de cargas com esforço, a movimentação manual, as posturas de trabalho incorretas ocorrem normalmente ao prestar assistência a doentes, mas também no desempenho de muitas outras tarefas, tais como a movimentação de roupas, mercadorias, materiais, ao empurrar carrinhos de higiene ou alimentação, camas, contentores de resíduos, bem como ao executar serviços de limpeza (EU-OSHA, 2003).

As lesões musculoesqueléticas associam-se a fatores profissionais relacionados relacionadas com a atividade (Serranheira e Uva, 2000), que na maioria dos casos são tendinites, devem-se com frequência a traumatismos repetidos, resultantes de movimentos ou de posturas extremas (DGS, 2008). Constituem um problema grave em alguns profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros e auxiliares de enfermagem (Sezgin e Esin, 2014).

Observando os resultados relativos aos locais de trabalho onde ocorreram acidentes de trabalho, verificamos que o maior número de acidentes ocorreu nos edifícios E1, E21 e E46. Conferindo os resultados das avaliações de risco anteriores, verifica-se que nestes mesmos locais tinham sido identificados fatores de risco relacionados com a atividade assim como a presença de agentes físicos e biológicos.

No que respeita aos fatores organizacionais ou de gestão, neste estudo são identificados os ritmos intensos de trabalho, a ausência de capacidade de decisão ou controlo sobre o trabalho e as exigências anormais de produtividade, como fatores de risco para a ocorrência dos acidentes.

O trabalho é de facto uma atividade que pode ocupar grande parte do tempo de cada indivíduo e do seu convívio em sociedade. Dejours (1992, citado por Trigo *et al.*, 2007) afirmava que o trabalho nem sempre possibilita a realização profissional, pode, ao contrário, causar problemas desde insatisfação até exaustão.

Fatores organizacionais e de gestão são apontados por diversos autores como causa de absentismo e acidentes de trabalho decorrentes de situações de *stress* e *burnout*, originados pela elevada carga de trabalho, a falta de autonomia para a decisão,

os ritmos intensos de trabalho, as exigências anormais de produtividade, ou até a desadequação do equipamento ou espaço de trabalho (Jones *et al.*, 2015) (Larangeira, 2011) (Oginska-Bulit, 2008).

O modelo organizativo e de funcionamento dos cuidados de saúde primários, que previa a autonomia gestonária nos ACES, previsto no DL 28/2008, ainda não se concretizou, havendo hoje uma situação de maior concentração de poderes nas ARS. Esta falta de autonomia nos ACES repercute-se em toda a sua ação e missão, sendo um fator de interferência na autonomia das próprias Unidades Funcionais de Saúde e seus profissionais (Boas, 2018).

O presente estudo tem como terceiro objetivo apresentar um plano de ação para a prevenção e controlo de acidentes de trabalho.

O plano tem por base os fatores de risco identificados na análise dos acidentes de trabalho participados e os fatores de risco identificados nas avaliações de risco anteriores realizadas pelo SSO. A partir da classificação dos fatores de risco que contribuem para a ocorrência de acidentes, são estabelecidas as medidas para redução dos respetivos fatores de risco, a prioridade para intervir e a responsabilidade pela sua implementação.

Observando os resultados sobre as medidas para prevenção e redução de acidentes de trabalho, identifica-se um total de 52 medidas dirigidas aos diferentes fatores de risco identificados.

A formação/informação em matéria de saúde e segurança do trabalho e a vigilância da saúde dos trabalhadores são medidas comuns a todos os fatores de risco identificados no estudo.

A maioria dos profissionais de saúde está dedicada à prestação de cuidados de saúde de qualidade, contudo é necessário fomentar um trabalho mais sistemático de ligação entre os padrões de qualidade estabelecidos para a unidade, serviço ou grupo de trabalho, as práticas de desempenho existentes, a identificação das áreas onde se devem iniciar processos de melhoria, as necessidades de educação individuais e de grupo, e o compromisso dos elementos do grupo multidisciplinar que reconhecem o seu contributo para a melhoria dos serviços (Wright *et al.*, 1999). O desenvolvimento profissional contínuo dos profissionais de saúde deve procurar responder a necessidades de conhecimento das equipas multidisciplinares, enquadrado num processo de melhoria contínua da qualidade das unidades de saúde (Pringle, 200).

Um grupo que merece uma referência especial é o dos assistentes operacionais que são um grupo de pessoas envolvidas em atividades de apoio às tarefas de higiene

e conforto dos utentes, à elaboração de refeições, tratamento de roupa e vigilância, pelo facto do investimento na sua formação ser proporcionalmente muito menor do que dos outros grupos profissionais (Buchan e Dal Poz, 2002).

Os principais objetivos da formação em matéria de segurança a trabalhadores é o desenvolvimento de novos comportamentos, a aprendizagem sobre a avaliação de riscos e a interiorização das regras ou procedimentos de segurança com vista à melhoria das competências individuais, à melhoria dos cuidados de saúde prestados e a redução de acidentes e de danos para a empresa (Freitas, 2011).

As características das condições de trabalho são suscetíveis de afetar, de modo individual ou em interação com outras, a curto, médio ou longo prazo, a saúde dos trabalhadores. Compete à Saúde do Trabalho, a vigilância da saúde dos trabalhadores atendendo aos riscos a que se encontram expostos no local de trabalho, integrando os procedimentos de avaliação efetuados através de exames médicos, controlo biológico, inquéritos epidemiológicos, análise de registos de saúde, como por exemplo a vacinação, etc., e protege-los contra os riscos para a segurança e saúde e colocar o trabalhador em posto de trabalho compatível com as suas aptidões psicológicas e fisiológicas (Freitas, 2011). A vigilância da saúde compreende a avaliação inicial da saúde dos trabalhadores, num momento anterior à sua entrada em funções, ou quando ocorre uma mudança de tarefas com riscos de diferente conteúdo, uma avaliação periódica, definida segundo a idade do trabalhador e o tipo de atividade desempenhada, e uma avaliação quando os trabalhadores retomam o trabalho após uma ausência prolongada por motivos de saúde (Lei 102/2009).

A realização de consultas de enfermagem e medicina do trabalho, no âmbito do SSO, têm como finalidade a vigilância do estado de saúde dos trabalhadores e a avaliação do impacto da exposição profissional a fatores de risco. Na sequência de um acidente de trabalho, o trabalhador é sujeito a uma consulta ocasional de modo a monitorizar o seu estado de saúde, facilitando a sua reintegração no local de trabalho e a identificação de medidas operacionais e organizativas adequadas à sua situação individual pós evento. Para a consulta ocasional o boletim de acompanhamento médico da participação de acidente ou incidente de trabalho são importantes, uma vez que contém o registo do acompanhamento clínico do trabalhador sinistrado até à data da alta.

A adequação e manutenção de sistemas, equipamentos e mobiliário é uma medida dirigida a fatores local ou ambiente de trabalho, nomeadamente a agentes físicos (ventilação e iluminação) e relacionados com a atividade.

Os locais e ambiente de trabalho devem ser providos de condições estruturais e técnicas que permitam a realização das atividades em condições de segurança e saúde para os trabalhadores.

Nos locais de trabalho fechados, os trabalhadores não devem ser expostos a correntes de ar nocivas, devendo ser rapidamente eliminada a poluição do ar respirável, assegurando a renovação de ar puro, em volume de 30m³ a 50 m³ por hora por trabalhador, em função dos métodos de trabalho e das condições físicas impostas.

A instalação de sistemas de ar condicionado ou de ventilação mecânica deve permitir o controlo da velocidade do ar, a limpeza das condutas e a renovação periódica do ar nos espaços de trabalho.

É essencial avaliar os níveis de concentração de substâncias nocivas existentes no ar nos locais de trabalho, de modo a garantir que não sejam ultrapassados os valores limites definidos em legislação específica. É igualmente necessário garantir que acima de tudo as unidades de saúde não estejam por um lado, a contribuir para promover a saúde dos utentes, e por outro, a contribuir para a sua doença (Matos, 2004).

Os locais de trabalho devem dispor de iluminação adequada que assegure o desempenho das tarefas e um ambiente concordante com as exigências de segurança e saúde do trabalho.

Para assegurar a qualidade da iluminação há que atender às características do trabalho e ao grau de acuidade visual que este exige e proceder à distribuição adequada das lâmpadas e à harmonização da cor da luz com as cores do local ou do objeto a observar. A seleção da intensidade luminosa (lux) e o tipo de foco (geral ou local) não deve afetar a visão, provocando encadeamentos ou fadiga visual do trabalhador.

Segundo a Norma 8995 da Organização Internacional de Normalização ou Organização Internacional para Padronização, popularmente conhecida como ISO, sobre “Iluminação nos Locais de Trabalho”, tarefas com exigências visuais médicas, como por exemplo para a administração de fármacos, suturas ou desbridamento de feridas, o nível de iluminância recomendado é de 300 a 750 lux, sendo tanto maior quanto for a necessidade de acuidade visual sobre a tarefa.

A substituição de agentes químicos perigosos, sua manipulação e armazenamento seguros, recolha e eliminação adequada é uma medida dirigida a fatores do local e ambiente de trabalho.

Os efeitos nocivos dos agentes químicos, são determinados pelas características dos tóxicos, concentração no ambiente ou velocidade de absorção, por um lado e pelo tempo de exposição, suscetibilidade do indivíduo, vias de entrada e órgãos recetores do

mesmo. A repetição da absorção, ainda que em doses pequenas, pode originar intoxicações graves no caso de agentes com efeitos cumulativos.

A utilização de agentes químicos nos locais de trabalho deve ser sempre precedida de uma avaliação do risco para o trabalhador e ambiente de trabalho, com base na informação constante nas fichas de segurança dos produtos ou substâncias a utilizar e na suscetibilidade dos trabalhadores expostos.

As fichas de dados de segurança integram as informações necessárias para que os trabalhadores adotem as medidas ajustadas para proteção da sua segurança e saúde no trabalho, e devem estar sempre disponíveis aos trabalhadores.

A adoção de medidas de confinamento e controlo de exposição é uma medida dirigida a fatores de risco do local ou ambiente de trabalho, nomeadamente a agentes biológicos e químicos.

Quando não seja possível a eliminação ou substituição de agentes perigosos, devem ser adotadas medidas de isolamento ou confinamento onde sejam utilizados, manipulados ou armazenados os agentes. Aos trabalhadores expostos deve ser facultada formação sobre os riscos e as medidas de proteção individual adequadas, tais como a utilização de equipamento de proteção individual.

Aos trabalhadores expostos deve ser realizada a avaliação da exposição profissional, pela saúde do trabalho através da vigilância da saúde. A segurança do trabalho deve avaliar periodicamente os riscos para controlo da situação e verificar se as condições de exposição não se alteram.

A organização do trabalho e a utilização de dispositivos de movimentação de cargas são medidas dirigidas a fatores de risco relacionados com a atividade.

Não sendo exequível a eliminação do risco de lesões musculoesqueléticas, associadas à movimentação manual de cargas, a abordagem centra-se na conjugação de várias medidas como a organização do trabalho adaptando-o às exigências e ao conforto do trabalhador permitindo, nomeadamente a rotatividade de tarefas no trabalho, a diminuição das cargas ou eliminação da necessidade que lhes dá origem, a redução de esforços excessivos ou movimentos extremados colocando os objetos mais próximos e mais ao nível do trabalhador, a utilização de equipamentos para auxiliar na elevação e transporte de cargas, a verificação de vias de circulação e espaços de armazenamento.

A adequação/organização dos postos de trabalho e do tempo no trabalho é também uma medida comum aos fatores de risco individuais, fatores do local ou ambiente de trabalho e fatores organizacionais ou de gestão.

Outra medida que surge é a consulta aos trabalhadores, orientada para fatores organizacionais ou de gestão.

O modo como o trabalho se encontra organizado e a autonomia de que o trabalhador goza a nível do controlo do trabalho e a participação nas decisões, têm um impacto positivo na saúde, contribuem para prevenir o excesso de carga mental do trabalho, diminuem os riscos de stress e promovem a motivação para o trabalho e a produtividade (Freitas, 2011).

No que respeita à prioridade de intervenção, salientam-se as medidas dirigidas aos fatores de risco que também já haviam sido identificados nas avaliações anteriores, sendo estas a formação/informação dos trabalhadores, a consulta aos trabalhadores sobre a organização do trabalho e tempo de trabalho, a adequação de equipamentos e mobiliário de trabalho às atividades desenvolvidas e a utilização de dispositivos auxiliares para movimentação de cargas ou apoio de outro trabalhador.

A responsabilidade pela implementação das medidas é atribuída em função do seu âmbito de aplicação ou de execução, podendo mesmo ter vários intervenientes responsáveis (responsabilidade partilhada).

Ao trabalhador compete a adoção de medidas de caráter individual, como seja o uso adequado do equipamento de proteção individual e a organização do seu posto de trabalho, a realização de pausas para descanso e o cumprimento dos procedimentos de segurança na manipulação de agentes químicos e biológicos.

As medidas de caráter operacional ou ambiental devem ser asseguradas pelos órgãos de coordenação ou de gestão das unidades, nomeadamente no que diz respeito a definição e implementação de boas práticas ou procedimentos de segurança e a alteração ou adaptação de processos de trabalho.

As medidas de carácter organizativo ou de gestão devem ser desenvolvidas pelos órgãos de direção, chefia ou de gestão, concretamente no que respeita a garantir a substituição de agentes químicos perigosos, a aquisição e adequação de mobiliário, equipamentos às atividades ou adequação e manutenção de estruturas físicas e equipamentos dos edifícios, a vigilância da saúde dos trabalhadores e a promoção de ações de segurança e saúde no trabalho.

O plano de ação inclui também a monitorização das medidas preventivas ou corretivas definidas para evitar a ocorrência de acidentes de trabalho com as mesmas características.

O objetivo essencial da segurança e saúde no trabalho é a gestão de riscos profissionais. Para o concretizar, a deteção de perigos e a avaliação de riscos têm de

ser consideradas de modo a identificar o que poderia afetar os trabalhadores e a propriedade, para que se possam desenvolver e implementar medidas de prevenção e de proteção adequadas (OIT, 2011).

A avaliação dos riscos e a gestão da saúde e da segurança são fatores primordiais na prevenção e na redução da exposição do pessoal do sector da saúde aos riscos relacionados com o trabalho (EU-OSHA, 2003).

Capítulo 7 – Conclusões

O estudo realizado teve com finalidade obter um conhecimento mais detalhado sobre as características dos acidentes de trabalho que ocorrem com profissionais de saúde e contribuir para uma gestão do risco eficaz nos cuidados de saúde primários.

Traçando como objetivos específicos a caracterização dos acidentes de trabalho, a identificação das suas causas ativas e fatores influenciadores e a elaboração de um plano de ação que visa a prevenção de acontecimentos semelhantes no futuro, foram alvo de estudo os acidentes de trabalho ocorridos no agrupamento de centros de saúde da Lezíria nos anos de 2017, 2018 e 2019.

Adotou-se a metodologia utilizada pelo Serviço de Saúde Ocupacional (SSO) da ARSLVT, IP que é baseada no *ESAW* do Eurostat e no método de investigação *WAIT* desenvolvido por Jacinto (2011). Este método integra a análise de fatores individuais, das condições dos locais de trabalho e das condições organizacionais e de gestão que podem contribuir para a ocorrência de acidentes.

Os resultados obtidos evidenciam que os acidentes de trabalho afetam maioritariamente enfermeiros e técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica e que estes ocorrem, maioritariamente, em salas de tratamento, no trajeto e em serviço externo. Não sendo de desprezar os que também ocorrem em zonas de circulação interior e nas zonas envolventes aos edifícios de saúde.

O estudo permitiu identificar como principais fatores de risco influenciadores de acidentes de trabalho a distração involuntária e a sobrecarga de trabalho que induzem a erros e a violações nos procedimentos predefinidos. Nas condições dos locais de trabalho evidenciam-se as falhas na manutenção dos sistemas de ventilação, arejamento, a iluminação deficiente e o comprometimento da qualidade do ar interior, a exposição a agentes biológicos e químicos e os fatores relacionados com as atividades desenvolvidas como a movimentação de cargas as posturas incorretas. A par destes, identificam-se como fatores organizacionais a falta de autonomia ou capacidade de decisão sobre a atividade, as exigências anormais de produtividade e a desadequação do equipamento ou espaço de trabalho.

O plano de ação elaborado teve como objetivo a identificação de medidas dirigidas às causas ativas e latentes identificadas na análise, o seu controlo e monitorização. As medidas identificadas são dirigidas aos fatores de risco, propondo-se a distribuição de responsabilidades para a sua implementação atendendo à génese dos fatores de risco.

As avaliações de risco realizadas pelo Serviço de Saúde Ocupacional são fundamentais para a vigilância das condições de trabalho, o controlo de medidas preventivas (coletivas ou individuais) e para a proteção da saúde dos trabalhadores. As avaliações devem ser periódicas e também sempre que ocorra um acidente de trabalho, incidente ou acontecimento perigoso.

A formação e informação dos trabalhadores em matéria de segurança e saúde do trabalho surge como uma medida comum a todos os fatores de risco identificados como causa de acidente de trabalho, sendo um veículo promotor da melhoria das condições de trabalho, da gestão dos riscos e segurança dos profissionais, colaborando na comunicação e aprendizagem organizacional.

A segurança e saúde do trabalho atua em proteção e promoção da saúde dos trabalhadores e concorre para a melhoria da qualidade organizacional, devendo ser entendida como uma componente fundamental da gestão global e sistémica da organização.

Procurou-se defender uma gestão integrada do risco em que as causas dos acidentes de trabalho devem ser assumidas por todos (trabalhadores, órgãos de gestão, coordenadores e chefias intermédias), não com um espírito fatalista ou de azar, mas numa atitude positiva, de aprendizagem, capaz de identificar perigos, avaliar os riscos e definir medidas, estabelecer prioridades partilhar responsabilidades com o objetivo de evitar ou reduzir a probabilidade de ocorrência de acidentes e incidentes de trabalho no futuro.

Referências bibliográficas

ACT, (2013). Autoridade para as Condições de Trabalho. Resolução sobre as estatísticas das lesões profissionais devidas a acidentes de trabalho: 16ª conferência internacional de estatísticos do trabalho, 1998 / Organização Internacional do Trabalho. – Lisboa : ACT. 30p

ARSLVT, IP (2017). Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Perfil Regional de Saúde 2017 da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (PeRS 2017 v2), disponível em: <https://www.arslvt.min-saude.pt/pages/197>

ARSLVT, IP (2017b). Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais. Circular Informativa 2/DRH/2017 de 23/11/2017.

Ballardin, L., Franz, L. A., Saurin, T. A., & Maschio, A. (2008). Análise das interfaces entre modelos causais de acidentes: um estudo de caso em atividades de manutenção de um complexo hospitalar. *Interface*, 12,835-852

Backström, T. (1996). Accident risk and safety protection in automated production. *National Institute for Working Life*. 75 p

Barros P, Cardoso S. (2015). Uma revisão da literatura científica acerca das características epidemiológicas e clínicas próprias da classe médica. Repositório Digital da Universidade de Coimbra, 1-46.

Binder, M.C.P.; Monteau, M.; Almeida, I.M. (1996) *Árvore de causas: método de investigação de acidentes de trabalho*. São Paulo: Publisher Brasil.

Boas, B.V. (2018). A nova organização nos cuidados de saúde primários, os seus resultados e o futuro. Artigo de opinião. Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiares. Disponível em <https://www.usf-an.pt/artigos-de-opiniao/a-nova-organizacao-nos-cuidados-de-saude-primarios-os-seus-resultados-e-o-futuro/>

Buchan, J., Dal Poz, M., (2002). Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence. *Bull World Health Organ*; 80: 575-80.

Chediack, R. (1986). Salud ocupacional en el campo de los agriquímicos, pp. 119-139. In Centro Pan-Americano de Ecología y Salud Organización Panamericana de La Salud (orgs.). *Plaguicida, salud y ambiente: memorias de los talleres de San Cristóbal de Las Casas*. Chiapas, México.

Cumbe, V. (2010). Síndrome de Burnout em Médicos e Enfermeiros Cuidadores de Pacientes com Doenças Neoplásicas em Serviços de Oncologia. Dissertação de

Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental. Universidade do Porto.

Decreto do Governo n.º 1/85 de 16 de janeiro

Decreto-lei n.º 441/91 de 14 de novembro

Decreto-lei n.º 261/93 de 24 de julho

Decreto-lei n.º 362/93, de 15 de outubro

Decreto-lei n.º 161/96, de 4 de setembro

Decreto-lei n.º 84/97, de 16 de abril

Decreto-Lei n.º 488/99, de 17 de novembro

Decreto-lei n.º 503/99 de 20 de novembro

Decreto-lei n.º 60/2003, de 1 de abril

Decreto-lei n.º 222/2007, de 29 de maio

Decreto-lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro

Decreto-lei n.º 177/2009, 4 agosto

Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro

Decreto-lei 110/2017 de 31 de agosto

Dekker, S. (2002); The Field Guide to Human Error Investigations. Ashgate Publishing Company. ISBN: 0754619176

Direcção-Geral da Saúde (2008)., Guia de orientação para prevenção das lesões musculoesqueléticas e relacionadas com o trabalho: programa nacional contra as doenças reumáticas. PORTUGAL. Ministério da Saúde Lisboa: DGS, Direcção de Serviços de Cuidados de Saúde. - XXVIII p.

Direção Geral da Saúde (2012). Orientação n.º 11/2012: Análise de Incidentes e de Eventos Adversos. Departamento da Qualidade. Lisboa: DGS 2012

EU-OSHA (2001). Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho-Eurostat. FACTS 19: Acidentes de trabalho na União Europeia – Uma imagem estatística (1998-1999). Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho-Eurostat. Bélgica. Recuperado a partir de <https://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/19>

EU-OSHA (2003). Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho-Eurostat. FACTS 29: Em linha: boas práticas em matéria de segurança e saúde para o Sector da Saúde. Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho-Eurostat. Bélgica. Recuperado a partir de <https://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/29>

EU-OSHA (2008) Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho-Eurostat FACTS 81: Avaliação de riscos: a chave para locais de trabalho seguros e saudáveis, Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho-Eurostat.

Bélgica. ISSN 1681-2166 Disponível em: <http://osha.europa.eu/publications/factsheets>).

Eurostat (2013). European Statistics on Accidents at Work (ESAW) — Summary methodology. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 59 pp, disponível em <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5926181/KS-RA-12-102-EN.PDF/56cd35ba-1e8a-4af3-9f9a-b3c47611ff1c>

Félix, V. B. (2008). Condições de Conforto Térmico e Desconforto Local em Salas Cirúrgicas. Obtido em 29/01/2015, e disponível em URL: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/3/3150/tde-02102008-173221/publico/dissertacao_victor_revisada.pdf

Freitas, L.C. (2008). Manual de Segurança e Saúde do Trabalho. Lisboa: Edições Sílabo Lda.

Fórum Estudante para a Cidade das Profissões, no Âmbito do Porto Digital, in <http://cdp.portodigital.pt/>

García, B.R.; Guerrero, L.A.; Becerra, V.R. (2003). Riesgos de trabajo no reclamados en la UMF 61 del periodo de enero a diciembre del 2000, VII Reunión Nacional de Investigación en Salud en el Trabajo, México, IMSS, Resumen 69

GEP, 2019. Gabinete de Estratégia e Planeamento MINISTÉRIO DO TRABALHO, SOLIDARIEDADE E SEGURANÇA SOCIAL. Séries Cronológicas ACIDENTES DE TRABALHO 2006 - 2017 in: http://www.gep.mtsss.gov.pt/documents/10182/26338/seriesat_2005_2016.pdf/130b5544-865b-4e04-863a-da14a14849ff

Gopar-Nieto R, Juarez-Pérez C, Cabello-López A, Haro-Garcia L, Aguillar-Madrud G. (2015). Panorama de heridas por objetos punzocortantes en trabajadores intrahospitalarios. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 53(3), 356-361

Heinrich, H. W. (1931) Industrial accident prevention; a scientific approach. McGraw-Hill. 366p Recuperado a partir de Open Library OL6754051M

Hollnagel, E. (2004). Barriers and accident prevention. Aldershot, UK: Ashgate Publishing Limited

INE (2007). Instituto Nacional de Estatística. Classificação Portuguesa das Atividades Económicas Rev 3. Instituto Nacional de Estatística, IP. Lisboa. Recuperado a partir de: https://www.ine.pt/ine_novidades/semin/cae/CAE_REV_3.pdf

Institute for Risk Research (s.d.) - Risk management framework: all steps [em linha - documento em PDF] Disponível em http://irr.uwaterloo.ca/pdf_files/primer/communication.pdf

Jacinto, C. (2011). Análise de Acidentes de Trabalho – Método de Investigação WAIT (Work Accidents Investigation Technique). Lisboa: Verlag Dashöfer, 4ª Edição.

Jacinto C. & Aspinwall E. (2003), "Work Accidents Investigation Technique (WAIT)– Part I", *Safety Science Monitor*, Vol.7 (1), Article IV-2, 17p.

Jones, G., Hocine, M., Salomon, J., Dab, W., e Temime, L. (2015) Demographic and occupational predictors of stress and fatigue in French intensive-care registered nurses aides: a cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies.*, 52, 250-259.

Laranjeira, C. (2011). The effects of perceived stress and ways of coping in a sample of Portuguese health workers. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 1755-1762.

Larousse, 2009. Enciclopédia Moderna, livro 4, Círculo de Leitores 2009

Lei n.º 35/2014, de 20 de maio

Lei n.º 98/2009 de 4 de setembro

Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro

Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro

Katsakiori, P., Sakellaropoulos, G., e Manatakis, E. (2009). Towards an evaluation of accident investigation methods in terms of their alignment with accident causation models. *Safety Science*.47: 1007–1015.

Kingston, J., Koornneef, F., Frei, R., e Schallier, P. (2010). 3CA, Form C, Graphical Control Change Cause Analysis. The Noordwijk Risk Initiative Foundation. NRI-6.

Matos, J.L. (2004). Qualidade do Ar Interior em Ambiente Hospitalar: Identificação de Poluentes, Fontes e Estratégias para a Otimização dos Serviços de Saúde. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Engenharia do Ambiente. Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa e da Universidade Nova de Lisboa. 2004. Disponível em: https://run.unl.pt/bitstream/10362/12321/1/Matos_2014.pdf consultado em 15/10/2020.

Matos, A., Barreiros, C., Silva Santos, C., Santos, C., Mendes, H., Santos, H., Correia, I.M., Guarda, L., Castro, M. e Moreira, S. (2007), "Programa Regional de Saúde Ocupacional - Conhecimento, prevenção e reparação de acidentes em serviço e doenças profissionais – Orientações técnicas. Equipa Regional de Saúde Ocupacional. Centro Regional de Saúde Pública de Lisboa e Vale do Tejo.

Meliá, J., Ricarte, J., e Arnedo, M. (1998). La psicología de la Seguridad (I): una revisión de los modelos procesuales de inspiración mecanicista. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*,

Vol. 51, Nº. 1. 37-54. ISSN 0373-2002

Mendonça, A. S. M. (2012). O Conforto Térmico e a Produtividade. Obtido em 28/03/2015, e disponível em URL: http://www.aps.pt/vii_congresso/papers/finais/PAP1302_ed.pdf

Miguel, A. (2005). Manual de Higiene e Segurança do Trabalho. 8ª Edição. Porto Editora.

Miguel, L.S. e Sá, A. B. (2010). Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir - Contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016; Ministério da Saúde Alto Comissariado da Saúde, Lisboa 2010

MS (2006). Ministério da Saúde, Orientações para a instalação e funcionamento de unidades de saúde familiares, Direção-geral de Instalações e Equipamentos do Ministério da Saúde, novembro 2006 Rev3

MS (2019). Ministério da Saúde. Relatório social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde de 2018. Recuperado a partir de: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/09/Relat%C3%B3rio-Social-MS_SNS-2018-002.pdf

Nunes, E. A., Souza, N., Maria, R., Ferreira, M., e Baldo, R. (2004). Notificação De Acidentes De Trabalho Nas Unidades Básicas De Saúde De Londrina, Paraná, 2004 Occupational Accidents Registry In The Basic Health Units Of Londrina, Paraná, 2004 Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v.8, n.1, p.1-6, dez.2006. in www.ccs.uel.br/espacoparasaude

Oginska-Bulit, N. (2008). Occupational stress and its consequences in healthcare professionals: the role of type D personality. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 19(2), 113- 122. 2008.

OIT (2011). Organização Internacional do Trabalho. Sistema de Gestão da Segurança e Saúde no Trabalho: Um instrumento para uma melhoria contínua. Tradução em língua portuguesa: ACT - Autoridade para as Condições do Trabalho. Turim 2011.

OMS (2006). Organização Mundial da Saúde. Informe sobre la salud en el mundo 2006 - Colaboremos por la salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2006 [consultado em 13 de março de 2017]. Disponível em espanhol em: <http://www.who.int/whr/2006/es/>

Paula, G.S., Fontes-Reis, J., Conceição-Dias, L., Damásio-Dutra, V. F., Souza-Braga, A. L., e Antunes-Cortez, E. (2010). O sofrimento psíquico do profissional de enfermagem da unidade hospitalar. *Chia Colombia*, 10(3), 267- 279

Perdigoto, P. A. B. (2012). Riscos no Bloco Operatório Realidades que podem influenciar a gestão. Obtido em 25/07/2015, e disponível em URL:

https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8233/1/Paula%20Perdigoto_Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf

Pinhal, H. (2016). Monitorização biológica da exposição a agentes químicos em estabelecimentos de saúde. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge- Departamento de Saúde Ambiental- Unidade de AR e Saúde Ocupacional. RCAAP. 2016, 1-2.

Portaria n.º 1036/98, de 15 de dezembro

Portaria n.º 1041/2010, de 7 de outubro

Portaria n.º 394-B/2012, de 29 de novembro

Pringle M. Clinical governance in primary care. Participating in clinical governance. *BMJ* 2000; 321: 737-40.

Prista, J. e Uva, A. S. (2003). Exposição profissional a agentes químicos: os indicadores biológicos na vigilância de saúde dos trabalhadores. *Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Saúde e Trabalho* 4. 2003, 5.12

Raouf, A. (1998). Teoría de las causas de los accidentes. *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo*, Vol. II, Parte VIII, p. 56.6). OIT. Recuperado a partir de <https://www.insst.es/documents/94886/162520/Sumario+del+Volumen+II/2e8604fd-2b20-4982-9808-ad71b6469914>

Rasmussen, J. (1997). Risk management in a dynamic society: A modelling problem. *Safety Science*, 27(2-3), 183-213. Recuperado a partir de [https://doi.org/10.1016/S0925-7535\(97\)00052-0](https://doi.org/10.1016/S0925-7535(97)00052-0)

Reason, J. (1995) Understanding adverse events: human factors. *Quality in Health Care*. Department of Psychology, University of Manchester, Manchester 1995;4:80-89

Reason, J. (1997), *Managing the risks of organizational accidents*. Aldershot, Ashgate.

Reason, J. (1990). *Human error: models and management*. Education and debate. Department of Psychology, University of Manchester, Manchester. *BMJ* 2000; 320:768–70

Serranheira, F. e Uva, A. S. (2000). Avaliação do Risco de lesões musculoesqueléticas do membro superior ligadas ao trabalho (LMEMSLT): aplicação dos métodos RULA e Strai Index. *Saúde e Trabalho*, 3. 43-60.

Serranheira, F. e Uva, A.S. (2013). *Saúde, Doença e Trabalho: ganhar ou perder a vida a trabalhar?*. Diário de Bordo. Europress. 2013

Salinas-Tovar, J.S.; López-Rojas, P.; Soto Navarro, M.O.; Caudillo-Araujo, D.E.;

SánchezRomán, F.R.; Borja-Aburto, V.H. (2004) El subregistro potencial de los accidentes de trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública de México*; 46: 204-209

Santana, E. G. F. (2013). Conforto Térmico e Concentração de CO2 em Salas de Cirurgias e Salas de Espera para Pacientes Climatizadas Artificialmente. Obtido em 28/03/2015, e disponível em URL: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/3/3146/tde-24122013-115533/publico/DISSERTACAO_ElaineGFSantana_unprotected

Sezgin, D. e Esin, M. (2014) Predisposing factors for musculoskeletal symptoms in intensive care unit nurses. *International Nursing Review*. 2014, 62, 92-101

Sheridan, T. B. (1992) *Telerobotics, automation and human supervisory control*. Cambridge, MA:MIT Press

Silva, S. A. e Lima, M. L. (2004). *Culturas de Segurança e Aprendizagem com Acidentes. Percursos da Investigação em Psicologia Social e Organizacional*. Lisboa: Edições Colibri.

Simões, G.V., Dias, Ana. C., Vicente, A. P, Matos, A., Madeira, C. P., Silva Santos, C., Mendes, H., Correia, I. M., Guarda, L., Manzano, M. J., Pardal, P., e Salvador, S., (2010). *Segurança e Saúde no Trabalho – Gestão do Risco Profissional em estabelecimentos de saúde – Orientações Técnicas*. Equipa Regional de Saúde Ocupacional do Departamento de Saúde Pública. ARSLVT, IP (<https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/documentos-diversos/gestao-dos-riscos-profissionais-nos-estabelecimentos-de-saude-pdf.aspx> E http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/document/file/431/ARS_Manual_Gest_o_Risco_Profissional_pag_a_pag.pdf

Simões, G.V., Dias, A. C., Vicente, A. P, Matos, A., Madeira, C. P., Silva Santos, C., Mendes, H., Correia, I. M., Guarda, L., Manzano, M. J., Pardal, P., e Salvador, S., (2013). *Orientações Técnicas - Acidentes e Doenças Profissionais da ARSLVT,IP*,<https://www.dgs.pt/delegado-de-saude-regional-de-lisboa-e-vale-do-tejo/paginas-acessorias/ficheiros-externos/saude-ocupacional/orientacoes-n-3-acidentes-e-dp-pdf.aspx>

Stringhini, D.; Fritsch, R. C. (2016). Iluminação natural e artificial de um ambiente de saúde – estudo de caso: Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h. *ARQ CIDADE*, [S.l.], v. 1, n. 1, p. 49-60, jul. 2016. ISSN 2525-412X. Disponível em: <<http://revistas.facc.com.br/index.php/arqcidade/article/view/50>>.

Twitchell, K. (2003). Bloodborne pathogens- what you need to know, part II.

AAOHN Journal, 2003. 51(2), 89- 96

Trigo, T.R., Teng, C. T., e Hallak, J. E. C. (2007). Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. Rev. Psiq. Clín 34 (5); 223-233

US Department of Health and Human Services (2002) Communicating in a crisis: risk communication guidelines for public officials. Washington, D.C.: Department of Health and Human Services, 2002.

Uva, A. (2006) – Diagnóstico e Gestão do Risco em Saúde Ocupacional. Lisboa: ISHST, 2006 (Segurança e Saúde no Trabalho. Estudos; 17). 175 pp.

Uva, A. e Faria, M. (1992) - Riscos Ocupacionais em Hospitais e Outros Estabelecimentos de Saúde; Sindicato Independente dos Médicos; Federação Nacional dos Médicos – Encontros sobre Higiene e Segurança na Saúde. Lisboa: Sindicato Independente dos Médicos. Federação Nacional de Médicos, 1992. 4-54.

Veiga, R. (2008). GUIA DE AVALIAÇÃO DE RISCOS Método integrado de avaliação de riscos. Lisboa: Verlag Dashöfer

Vieira, S.I. (1996); Medicina Básica do Trabalho. 2.^a Edição. Curitiba: Gênese, 1996, v. 4, p. 81-168.

Vilela, A. (2000). Considerações Acerca da presunção de inocência em direito processual penal. Coimbra: Coimbra Editora. 73p

Wright, J., Smith, M. e Jackson, D.. Clinical governance: principles into practice. Manag Med 1999; 13: 457-65.

ANEXOS

Anexo 1 - Método de Avaliação de Riscos a Edifícios e Modelo de Relatório SSO

Anexo 2 - Metodologia de Análise de Acidentes de Trabalho do SSO

Anexo 3 .- Ficha de Participação e Qualificação de Acidente de Trabalho

Anexo 4 - Boletim de Acompanhamento Médico

Anexo 5 - Mapa de Recursos Humanos e ausências por acidente de trabalho do ACeS Lezíria

Anexo 6 - Impresso de análise de acidente de trabalho/serviço do SSO

Anexo 7 - Medidas de Segurança e Saúde (anexo D do relatório único MTSS)

APÊNDICES

Apêndice 1 - Conjunto de variáveis consideradas para o estudo

Apêndice 2 – Caracterização de acidentes de trabalho

Apêndice 3 – Análise de fatores influenciadores

Apêndice 4 – Plano de ação – Medidas e Prioridades