

Implementação de um Sistema de Gestão de Substâncias e Misturas Perigosas num Hospital Privado Português

Dissertação elaborada com vista à obtenção do Grau de Mestre
em Ergonomia

Orientador: Professor Doutor Rui Miguel Bettencourt Melo

Presidente do Júri: Professora Doutora Filipa Catarina Vasconcelos da Silva Pinto
Marto Carvalho

Vogais: Professor Doutor Rui Miguel Bettencourt Melo
Professora Doutora Susana Patrícia Costa Viegas

Valdemar Sapateiro Costa
2018

Agradecimentos

A presente dissertação de mestrado não poderia chegar a bom porto sem o precioso apoio de várias pessoas. Em primeiro lugar, gostaria de deixar um agradecimento especial ao meu orientador, Professor Doutor Rui Bettencourt Melo, por toda a paciência, empenho e sentido prático com que sempre me orientou nesta jornada de trabalho. Muito obrigado por me ter corrigido quando necessário sem nunca me desmotivar.

Um especial obrigado à instituição onde foi conduzido todo este trabalho, por nunca ter sido colocado qualquer entrave, fosse na aprovação da documentação elaborada, na implementação e divulgação de circuitos operacionais ou até mesmo na disponibilização de verbas para a aquisição de material, nomeadamente para os *kits* de derrames.

Um obrigado a todos os meus amigos e família que durante o processo de elaboração deste trabalho, especialmente na reta final, sempre compreenderam a minha ausência em alguns momentos, motivando-me para a célebre conclusão do presente trabalho e acreditando no sucesso do mesmo.

Resumo

Nos anos mais recentes, a perceção pública dos potenciais riscos associados ao uso e consumo de químicos tem aumentado significativamente. O presente trabalho foi elaborado na sequência da identificação da problemática do risco químico associado à atividade profissional desenvolvida num hospital privado da área da Grande Lisboa. Tem como principal objetivo sistematizar as atividades desenvolvidas no âmbito da implementação de um sistema de gestão de Substâncias e Misturas Perigosas nesta unidade de saúde e a respetiva monitorização, tendo por base os aspetos legais e regulamentares aplicáveis à matéria das Substâncias e Misturas Perigosas (SMP's). Os padrões da *Joint Commission International* (JCI), entidade de acreditação norte-americana, foram igualmente contemplados na implementação e monitorização deste sistema. Ao longo desta dissertação são descritos os documentos criados para dar resposta aos elementos mensuráveis (EM's) da JCI, os circuitos operacionais definidos para regular a prática de acordo com os documentos criados, e o Programa de Melhoria Contínua que estabelece uma monitorização contínua de todo o sistema e a consequente resolução de não-conformidades identificadas. Para este programa foram definidos parâmetros de monitorização que, de acordo com as lacunas identificadas no sistema, num futuro próximo, poderão ser ajustados.

Palavras-chave: Substâncias e Misturas Perigosas; Risco Químico; Ficha de Dados de Segurança; Programa de Melhoria Contínua.

Abstract

In recent years, the public perception of the potential risks associated with the use and consumption of chemicals has increased significantly. The present work was elaborated following the identification of the problematic of the chemical risk associated to the professional activity developed in a private hospital of the Greater Lisbon area. Its main objective is to systematize the activities developed in the scope of the implementation of a management system of Dangerous Substances and Mixtures in this healthcare unit and its monitoring, based on the legal and regulatory aspects applicable to the Hazardous Substances and Mixtures (SMP). The standards of the Joint Commission International (JCI), a North American accreditation body, were considered in the implementation and monitoring of this system. Throughout this dissertation the documents produced to answer JCI's measurable elements (EM's), the operational circuits defined to regulate the practice according to the created documents, and the Continuous Improvement Program that establishes a continuous monitoring of the whole system and the consequent resolution of identified nonconformities are presented. For this program, monitoring parameters have been defined which, according to the identified gaps in the system in the near future, can be adjusted.

Keywords: Dangerous Substances and Mixtures; Chemical Risk; Safety Data Sheet;
Continuous Improvement Program

Índice Geral

Agradecimentos	iii
Resumo.....	v
Abstract	vii
Índice Geral	ix
Índice de Figuras	xi
Índice de Tabelas.....	xi
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos.....	xiii
Introdução.....	1
Capítulo I - Enquadramento dos Riscos Profissionais	3
I.1 - A Segurança e Saúde no Trabalho ao longo do Tempo:	3
I.1.1 - Era artesanal.....	3
I.1.2 - Era Mecânica	3
I.1.3 - Era Eletrónica	5
I.2 - O setor da Saúde em Portugal	6
I.3 - Riscos profissionais do setor da Saúde	7
I.4 - Risco Químico.....	9
Capítulo II - Definição da problemática.....	19
II.1 - Requisitos de conformidade JCI	21
Capítulo III - Metodologia.....	27
III.1 - Resposta aos EM's transversais aos sete programas.....	27
III.2 - Resposta aos EM's específicos do Programa das SMP's	31
Capítulo IV - Resultados e Discussão.....	51
IV.1 - Programa de Melhoria Contínua FMS	51
IV.1.1 - Auditorias DCQ.....	51
IV.1.2 - Auditorias FMS & Friends	53
IV.1.3 - Investigação de Acidentes de Trabalho	59
IV.1.4 - Revisões documentais	60
IV.2 - Kits de derrames de substâncias químicas ou misturas perigosas	61
IV.3 - Formação <i>online</i> : Gestão e Segurança das Instalações	64
IV.3.1 - Questionário online	65
Conclusão	69



Referências bibliográficas	73
Legislação, Regulamentação e Normalização	74
Anexos.....	77

Índice de Figuras

Figura I.4-1 – Classes de perigo de acordo com o regulamento CLP.	16
Figura III.2-1 – Circuito operacional de gestão de Substâncias e Misturas Perigosas.	32
Figura III.2-2 – Dístico de identificação dos contentores de resíduos com risco químico.	43

Índice de Tabelas

Tabela I.4-1 – Fases de implementação do CLP para as Substâncias.	17
Tabela I.4-2 – Fases de implementação do CLP para as Misturas.	17
Tabela III.2-1 – Identificação dos contentores de resíduos hospitalares do grupo I/II.	40
Tabela III.2-2 – Identificação dos contentores de resíduos hospitalares do grupo III/IV.	42
Tabela III.2-3 – Etapas de atuação perante um derrame de SMP's.	46
Tabela III.2-4 – Etapas de atuação perante um derrame de SMP's (continuação).	47

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

ACT – Autoridade para as Condições de Trabalho

AS – Auditoria de Segurança

AT – Acidente de Trabalho

AVR – Avaliação de Risco

CE – Comunidade Europeia

CEE – Comissão Económica Europeia

CPL – Classification, Packaging and Labelling

CIAV – Centro de Informação Antivenenos

DCQ – Departamento de Certificação e Qualidade

DGSO – Direção Geral de Suporte Operacional

EM's – Elementos Mensuráveis

EPI – Equipamento de Proteção Individual

FDS – Ficha de Dados de Segurança

FMS – Facility Management and Safety

GCL-PPCIRA – Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

GHS – Globally Harmonized System of Classification and Labelling of Chemicals

HLX – Hospital da zona da Grande Lisboa onde este trabalho foi conduzido

JCI – *Joint Commission International*

LER – Lista Europeia de Resíduos

REACH – Registration, Evaluation, Authorisation of Chemicals



RH's – Recursos Humanos

SABA – Solução Antisséptica de Base Alcoólica

SMP's – Substâncias e Misturas Perigosas

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SST – Saúde e Segurança no Trabalho

UE – União Europeia

Introdução

O compromisso entre a entidade patronal e os seus colaboradores é essencial para uma cultura de segurança eficaz, para que a mitigação do risco possa ser eficaz nas diferentes componentes materiais do trabalho. Segundo o artigo 213º da Lei n.º 35/2004, de 29 de Julho, as substâncias e agentes químicos, físicos e biológicos são componentes materiais do trabalho. Segundo Hansen, Carlsen e Tickner (2007) nos anos mais recentes, a perceção pública dos potenciais riscos associados ao uso e consumo de químicos tem aumentado significativamente.

O presente trabalho foi elaborado na sequência da identificação de uma problemática, no âmbito da atividade profissional com risco químico associado, desenvolvida num hospital privado da área da Grande Lisboa. Tem como principal objetivo sistematizar as atividades desenvolvidas no âmbito da implementação de um sistema de gestão de Substâncias e Misturas Perigosas nesta unidade de saúde, conforme requerido pelos padrões da *Joint Commission International* (JCI). A implementação e a respetiva monitorização tem por base os aspetos legais e regulamentares aplicáveis à matéria das Substâncias e Misturas Perigosas (SMP's). A relevância de um trabalho deste género, prende-se com o facto de, até à data de início do projeto de acreditação JCI, nunca ter sido feito qualquer controlo da aquisição, armazenagem, manipulação e descarte de substâncias químicas ou misturas perigosas. Esta necessidade surge do projeto de acreditação do hospital por uma entidade norte-americana que centra o processo na qualidade e segurança dos cuidados ao doente. Este sistema não visa apenas dar resposta a alguns requisitos para obter uma acreditação, mas sim e acima de tudo, proteger a saúde e segurança dos colaboradores que nele coexistem com substâncias químicas e misturas perigosas.

O presente trabalho está organizado por quatro capítulos onde no primeiro se faz um breve enquadramento dos riscos profissionais ao longo do tempo, convergindo, no fim do mesmo, para uma descrição específica do risco químico. No segundo capítulo é feita a definição da problemática e são apresentados os padrões e respetivos elementos mensuráveis de segurança e qualidade do doente, estabelecidos pela entidade norte-

americana de acreditação. No capítulo seguinte é apresentada a metodologia adotada para fazer face a estes mesmos padrões, contemplando os documentos criados para dar resposta aos elementos mensuráveis e os circuitos operacionais que permitirão a regularização da prática, de acordo com o que se encontra redigido naqueles documentos. No último capítulo, Resultados e Discussão, são apresentados os resultados da implementação do mecanismo de controlo da eficácia da regularização de práticas feitas através da documentação produzida e dos circuitos implementados (Programa de Melhoria Contínua). Foram também descritos neste mesmo capítulo os dados referentes à composição dos diferentes tipos de *kits* de derrames e à formação dada no hospital no âmbito das substâncias e matérias perigosas (SMP's).

Capítulo I - Enquadramento dos Riscos Profissionais

I.1 - A Segurança e Saúde no Trabalho ao longo do Tempo:

I.1.1 - Era artesanal

A era artesanal engloba o período compreendido, aproximadamente, entre os anos 8000 a.C. e 1700 d.C. O setor primário (agricultura, extração, caça, pesca) predominava nesta época e o trabalho era de natureza manual e artesanal. Os camponeses, artesãos, soldados e mineiros utilizavam instrumentos/ferramentas muito rudimentares para obter o resultado final pretendido. Com o evoluir das civilizações o grau de sofisticação e de utilidade dos instrumentos aumentaram significativamente, no entanto, com eles também aumentaram os níveis de risco (Neto, 2011). O próprio ser humano foi-se apercebendo desses riscos e do perigo que determinados instrumentos e atividades representavam para a sua saúde, iniciando assim a emergência das primeiras preocupações com a segurança e a saúde das pessoas (Carvalho, 2005).

I.1.2 - Era Mecânica

Considera-se a Era Mecânica o período compreendido entre, aproximadamente, entre 1700 d.C. e 1950 d.C. O trabalho que, até à data, era realizado manualmente, sobretudo sob o signo patriarcal e da escravatura, começou a perder relevância com os artesãos e produtores a serem organizados em núcleos estruturados de manufatura e em sistemas fabris, dando origem a novos modelos de produção e de organização produtiva e à introdução de tecnologias no sistema produtivo (Neto, 2011).

Foi com a Revolução Industrial (final do séc. XVIII a meados do séc. XIX), e a introdução das primeiras máquinas, cujo design não tinha em linha de conta as capacidades e limitações dos seus operadores, que a consciência da influência do trabalho na segurança e saúde do ser humano se agudiza, resultando numa elevada taxa de mortalidade dos operadores (Pinto, 2009). Esta tomada de consciência afetou primeiramente, os trabalhadores (lesados mais diretos) e, *a posteriori*, o patronato e o poder político, levando assim à criação da primeira lei para proteção dos trabalhadores. Assim, foi em 1802 promulgada a “Lei de Saúde e Moral dos Aprendizizes” que limitava o

horário de trabalho a 12 horas diárias e obrigava à ventilação dos locais de Trabalho (Pinto, 2009). Em 1833, foi promulgada a lei designada “Factory Act”, que se estendia um pouco mais à lei anteriormente promulgada em 1802, tendo estipulado o seguinte (Pinto, 2009):

- Proibição do trabalho noturno a menores de 18 anos;
- Limitação do horário de trabalho a 12 horas diárias e 69 horas semanais;
- Estabelecimento dos 9 anos de idade como a idade mínima para trabalhar;
- Obrigação da apresentação de um atestado médico a confirmar que o desenvolvimento da criança correspondia à sua idade;
- Estipulação de um horário máximo, para os adolescentes dos 9 aos 16 anos, de 9 horas diárias, com meia hora de pausa para refeição.

Mas muitas outras leis se seguiram no decurso do Século XIX, com especial relevo para a lei de 1878, já que foi a primeira a ter aplicabilidade em todas atividades produtivas. Apesar de esta ser uma lei britânica (berço da Revolução Industrial), as outras grandes potências industriais, como a Alemanha e França, começaram a desenvolver o seu próprio quadro legislativo neste âmbito.

Portugal foi também um dos países onde esta preocupação eclodiu. Ainda em plena monarquia, foi publicado um decreto, a 14 de Abril de 1891, que permitiu regulamentar o trabalho de menores e mulheres nos estabelecimentos industriais. Nesse mesmo ano (1891) foi fixada em oito horas a duração laboral diária para os manipuladores de tabaco. Anos mais tarde, em 1895 (6 de junho) é publicada a primeira lei específica sobre higiene e segurança do trabalho no setor da construção, visando proteger os respetivos operários.

Com a primeira República o trabalho industrial aumentou em algumas das principais cidades do País e o Estado organizou, pela primeira vez, um serviço de higiene, salubridade e segurança dos locais de trabalho através da criação do Ministério do Trabalho e Previdência Social, em 1916, pela Lei nº 494, de 16 de Março. Vários diplomas foram publicados, com especial destaque para a Lei nº 83, de 24 de julho de 1913, o primeiro diploma a regular especificamente a responsabilidade pelo risco de acidente

de trabalho. Até então, os trabalhadores assalariados tinham de recorrer à caridade pública ou privada (ACT, n.d.).

A 28 de Junho de 1919, foi assinado o tratado de Versalhes que permitiu a criação de uma agência multilateral da Organização das Nações Unidas (ONU), a Organização Internacional do Trabalho (OIT). Esta organização tem o intuito de promover justiça social e direitos laborais internacionalmente reconhecidos, perseguindo a sua missão quando fundada de que a justiça social é essencial para a paz mundial.

Apesar de todos estes avanços na primeira metade do séc. XX, no que diz respeito à crescente preocupação na melhoria das condições de trabalho, os eventos marcantes da história da segunda metade do século originaram um retrocesso a este nível. A segunda guerra mundial (1939-1945) modificou por completo o panorama social e a perspectiva de Saúde e Segurança no Trabalho (SST), na medida em que a mão-de-obra produtiva passou a ser um recurso escasso, sendo necessário aproveitar todos os recursos disponíveis para alimentar uma indústria bélica e uma guerra em ebulição. “Com os homens a combater, as mulheres e crianças foram chamadas para assegurar a máquina produtiva, verificando-se uma clara degenerescência dos valores e aspirações humanistas e o retrocesso à lógica mecanicista e capitalista que emanou inicialmente com a industrialização” (Neto, 2007).

I.1.3 - Era Eletrónica

A partir do ano de 1950 d.C. até à atualidade, vigora a Era Eletrónica. Segundo De Masi, 2000 apud Neto (2011), a segunda metade do séc. XX fica marcada por uma profunda transformação das lógicas económico-produtivas. Passa-se de uma sociedade produtora de bens, típica da sociedade industrial, para uma sociedade produtora de serviços. A mudança de paradigma diz respeito às mudanças na estrutura social e profissional, às transformações que se produzem na esfera económico-produtiva e às novas relações que se estabelecem entre a ciência e tecnologia (Bell, 1973).

Esta mudança de paradigma social fez com que a tecnologia intelectual se tivesse sobreposto à tecnologia mecânica que caracterizou a industrialização, e, com isso, os

níveis de consciência do risco subiram, proporcionalmente, com os níveis de conhecimento (Beck, 1998).

No ano de 2003, o regime jurídico português de salvaguarda das condições de trabalho ganha uma maior força com a publicação do Código do Trabalho. Foi também em 2003 que foi inaugurado o Centro de Documentação do Escritório da OIT em Lisboa, o que permitiria uma pronúncia nacional daquilo que é a OIT e sua missão, dado o estatuto de membro fundador.

A Autoridade para as Condições do Trabalho (ACT) é um serviço do Estado que visa a promoção da melhoria das condições de trabalho em todo o território continental através do controlo do cumprimento do normativo laboral no âmbito das relações laborais privadas e pela promoção da segurança e saúde no trabalho em todos os sectores de atividade públicos e privados. Fundada a 28 de Setembro de 2007, a ACT extingue o Instituto para a Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho e a Inspeção-Geral do Trabalho (ACT, n.d.).

1.2 - O setor da Saúde em Portugal

Até 1979, ano de criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), através da publicação da Lei nº 56/79, de 15 de Setembro, a assistência médica competia às famílias, a instituições privadas e aos serviços médico-sociais. O acesso aos cuidados de saúde a todos os cidadãos (portugueses ou estrangeiros), independentemente da sua condição económica e social, surge como a máxima deste serviço público. Ficam assim ao dispor dos cidadãos serviços prestadores de cuidados de saúde primários (centros comunitários de saúde) e de serviços prestadores de cuidados diferenciados (hospitais gerais, hospitais especializados e outras instituições especializadas).

No entanto, o SNS coexiste com a indústria privada da Saúde em Portugal, e o crescimento das unidades privadas tem sido favorável ao longo dos últimos anos. Segundo um estudo da consultora Augusto Mateus & Associados (2017), com o apoio do Millennium BCP, a respeito da avaliação da dimensão do setor privado de Saúde em

Portugal, publicado em Junho de 2017, os principais fatores contributivos para este crescimento são:

- A busca por um melhor nível de conforto nos serviços de hospitalização;
- A resposta rápida aos doentes cirúrgicos;
- A “conveniência” do acesso a resultados de elevada qualidade na realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica;
- A cobertura de certas especialidades (algumas quase só disponíveis no sector privado, como é o caso da medicina dentária);
- A crescente procura de cuidados ligados à estética (tendo aumentado o número de cirurgias plásticas e de tratamentos relacionados com o bem-estar).

Segundo este mesmo estudo, o fator potenciador do setor privado de Saúde em Portugal é a relação mutuamente lucrativa estabelecida entre os operadores privados de saúde e subsistemas de saúde e seguradoras. Isto, porque as seguradoras asseguram assim um tratamento diferenciado, liberdade de escolha e prioridade no acesso aos cuidados de saúde aos seus clientes, enquanto os operadores privados ganham estes mesmos clientes.

1.3 - Riscos profissionais do setor da Saúde

Quer seja em contexto privado ou público, existe uma transversalidade de perigos e fatores de risco a que um profissional que desempenhe funções no setor da Saúde pode estar exposto.

Antes de mais, é importante esclarecer os conceitos de Perigo e de Risco. Entende-se por Perigo a fonte, situação ou ato com potencial dano, em termos de lesão ou afeção da saúde ou uma combinação destes. À combinação da probabilidade de ocorrência de um acontecimento ou de exposição(ões) perigosa(s) com a gravidade de lesões ou dano para a saúde que possam ser causadas pelo acontecimento ou pela(s) exposição(ões), denomina-se Risco (NP 4397, 2008).

A entidade Americana responsável pela Saúde e Segurança a nível ocupacional (NIOSH), considera 5 grandes grupos de riscos, que podem advir da exposição às respetivas tipologias de perigos existentes no âmbito da sua atividade profissional:

- Riscos Físicos;
- Riscos Químicos;
- Riscos Biológicos;
- Riscos Ergonómicos;
- Riscos Psicossociais.

Existem várias categorias profissionais em contexto hospitalar que, por sua vez, possuem riscos específicos associados. Os riscos a que os profissionais estão sujeitos, não dependem apenas do tipo de atividade que é executada mas também do serviço onde desempenham funções. De acordo com a legislação vigente (Lei nº 7/2009 – Código do Trabalho), cabe ao empregador promover a realização exames de saúde adequados que permitam avaliar a aptidão física e psíquica do trabalhador para o exercício da atividade profissional, das condições em que é prestada, bem como a repercussão desta na saúde do mesmo. Para efetuar uma monitorização mais eficaz de cada colaborador, de acordo com as especificidades da sua função, e do seu serviço, e respetivos fatores de risco a que estão expostos, foram criados grupos de risco com diferentes protocolos clínicos para monitorização de diferentes parâmetros/marcadores biológicos nas análises periódicas realizadas.

Uma cultura de segurança depende de um forte compromisso entre a entidade patronal e os seus colaboradores, para que a mitigação do risco possa ser eficaz nas diferentes componentes materiais do trabalho. Segundo o artigo 213º da Lei n.º 35/2004, de 29 de Julho, os componentes materiais do trabalho são: o local de trabalho, o ambiente de trabalho, as ferramentas, as máquinas e materiais, as substâncias e agentes químicos, físicos e biológicos, os processos de trabalho e a organização do trabalho.

I.4 - Risco Químico

Segundo Hansen, Carlsen e Tickner (2007) nos anos mais recentes, a perceção pública dos potenciais riscos associados ao uso e consumo de químicos tem aumentado significativamente. O Risco Químico, conforme mencionado no subcapítulo I.3 - , é uma das cinco grandes categorias de risco a que os profissionais da área da Saúde estão sujeitos. O denominado risco químico pode advir essencialmente da exposição a dois grandes tipos de químicos associados aos fatores de risco químico: Substâncias e Misturas. O Decreto-Lei nº 98/2010, de 11 de agosto, define os seguintes termos:

- “Substância” é um elemento químico e seus compostos, no estado natural ou obtidos por qualquer processo de fabrico, incluindo qualquer aditivo necessário para preservar a sua estabilidade e qualquer impureza que derive do processo utilizado, mas excluindo qualquer solvente que possa ser separado sem afetar a estabilidade da substância nem modificar a sua composição.
- “Mistura” uma mistura ou solução composta por duas ou mais substâncias.
- Substância e Mistura Perigosa (SMP) define-se como uma substância ou mistura que pode colocar em risco a saúde ou a segurança das pessoas e incluem-se numa das seguintes categorias:
 - «Explosivas» — substâncias e misturas sólidas, líquidas, pastosas ou gelatinosas que podem reagir exotermicamente e com uma rápida libertação de gases, mesmo sem a intervenção do oxigénio do ar, e que, em determinadas condições de ensaio, detonam, deflagram rapidamente ou, sob o efeito do calor, explodem em caso de confinamento parcial;
 - «Comburentes» — substâncias e misturas que, em contacto com outras substâncias, especialmente com substâncias inflamáveis, apresentam uma reação fortemente exotérmica;
 - «Extremamente inflamáveis» — substâncias e misturas líquidas, cujo ponto de inflamação é extremamente baixo e cujo ponto de ebulição é baixo, e substâncias e misturas gasosas que, à temperatura e pressão normais, são inflamáveis ao ar;

- «Facilmente inflamáveis» — as substâncias e misturas que preenchem um dos seguintes critérios:
 - Substâncias e misturas que podem aquecer até ao ponto de inflamação em contacto com o ar, a uma temperatura normal, sem emprego de energia;
 - Substâncias e misturas, no estado sólido, que se podem inflamar facilmente por breve contacto com uma fonte de inflamação e que continuam a arder ou a consumir-se após a retirada da fonte de energia;
 - Substâncias e misturas, no estado líquido, cujo ponto de inflamação é muito baixo;
 - Substâncias e misturas que, em contacto com a água ou ar húmido, libertam gases extremamente inflamáveis em quantidades perigosas;
- «Inflamáveis» — substâncias e misturas líquidas cujo ponto de inflamação é baixo;
- «Muito tóxicas» — substâncias e misturas que, quando inaladas, ingeridas ou absorvidas através da pele, mesmo em muito pequena quantidade, podem causar a morte ou riscos de afeções agudas ou crónicas;
- «Tóxicas» — substâncias e misturas que, quando inaladas, ingeridas ou absorvidas através da pele, mesmo em pequena quantidade, podem causar a morte ou riscos de afeções agudas ou crónicas;
- «Nocivas» — substâncias e misturas que, quando inaladas, ingeridas ou absorvidas através da pele, podem causar a morte ou riscos de afeções agudas ou crónicas;
- «Corrosivas» — substâncias e misturas que, em contacto com tecidos vivos, podem exercer sobre estes uma ação destrutiva;

- «Irritantes» — substâncias e misturas não corrosivas que, em contacto direto, prolongado ou repetido com a pele ou com as mucosas, podem provocar uma reação inflamatória;
- «Sensibilizantes» — substâncias e misturas que, por inalação ou penetração cutânea, podem causar uma reação de hipersensibilização tal que uma exposição posterior à substância ou à mistura produza efeitos nefastos característicos;
- «Cancerígenas» — substâncias e misturas que, por inalação, ingestão ou penetração cutânea, podem provocar o cancro ou aumentar a sua incidência;
- «Mutagénicas» — substâncias e misturas que, por inalação, ingestão ou penetração cutânea, podem produzir defeitos genéticos hereditários ou aumentar a sua frequência;
- «Tóxicas para a reprodução» — substâncias e misturas que, por inalação, ingestão ou penetração cutânea, podem causar ou aumentar a frequência de efeitos prejudiciais não hereditários na progenitura ou atentar às funções ou capacidades reprodutoras masculinas ou femininas;
- «Perigosas para o ambiente» — substâncias e misturas que, se presentes no ambiente, representam ou podem representar um risco imediato ou diferido para um ou mais componentes do ambiente.

Segundo o sexto inquérito europeu para as condições de trabalho cerca de 17% dos trabalhadores da União Europeia (UE) têm de lidar com substâncias perigosas durante um quarto ou mais do seu tempo diário de trabalho. Segundo este mesmo inquérito, Portugal são os países com menor nível de exposição a agentes químicos e biológicos, sendo que um dos setores identificados com uma maior prevalência deste tipo de exposição é precisamente o setor da saúde (Eurofound, 2017). A exposição a este mesmo tipo de substâncias pode manifestar-se no profissional exposto, a curto ou a longo prazo, de variadíssimas formas como é o caso: (EU-OSHA, n.d.):

- Intoxicação por inalação ou ingestão;

- Alergias;
- Doenças respiratórias;
- Doenças cutâneas;
- Cancro;
- Problemas reprodutivos e deficiências congénitas.

Estima-se que, na UE, morrem anualmente 159 000 pessoas devido a doenças relacionadas com o trabalho e destas, quase 50% (74 000) devido à exposição a substâncias perigosas no local de trabalho (EU-OSHA, 2007).

A exposição dérmica é uma das principais formas de exposição a substâncias perigosas. Os problemas de pele ocupam o segundo lugar entre as doenças profissionais na UE, sendo as substâncias químicas responsáveis por 80% a 90% dos mesmos (EU-OSHA, 2007).

Contudo, não existe um método de avaliação quantitativa da exposição dérmica de um profissional a SMP's, daí a importância de identificar e controlar de forma exaustiva os fatores de risco, no que respeita à exposição dérmica através de legislação específica e exaustiva neste âmbito.

Portugal possui legislação específica no âmbito do risco químico desde 27 de Maio de 1983, com a publicação do Decreto-Lei nº 225/83 pelo Ministério da Qualidade de Vida. No entanto, com a adesão de Portugal à Comunidade Económica Europeia (CEE) a 12 de Junho de 1985, a legislação nacional passou a ter de cumprir com as exigências das diretivas comunitárias europeias, surgindo assim o Decreto-Lei nº 280 A/87, de 17 de Julho. Este Decreto-Lei transpõe para ordem jurídica interna o disposto na Diretiva nº 86/431/CEE, da Comissão, de 24 de Junho e revoga o Decreto-Lei nº 225/83, de 27 de Maio (que aprova o primeiro Regulamento sobre Notificação de Substâncias Químicas em Portugal), e o Decreto-Lei nº 505/85, de 31 de Dezembro.

Movido pelo progresso científico e técnico, o acompanhamento do plano legal vigente à evolução registada no domínio CEE tornou-se imperioso e em 1995 é publicado, a 22 de Abril, o Decreto-Lei nº 82/95, que transpõe para a ordem jurídica interna (nacional)

as Diretivas nº 67/548/CEE e nº 91/155/CEE, e respetivas atualizações. No ano de 1998, mais precisamente no dia sete de Abril, é publicada uma nova diretiva no que diz respeito à proteção da segurança e da saúde dos trabalhadores contra os riscos derivados da exposição a agentes químicos no trabalho (Diretiva nº 98/24/CE).

No entanto, nos finais do século XX, ainda eram utilizados diferentes sistemas de classificação e rotulagem de produtos químicos em todo o mundo. Apesar de bastantes semelhantes em alguns pontos, havia disparidades consideráveis ao nível da identificação, classificação e rotulagem de um determinado produto e respetiva Ficha de Dados de Segurança (FDS). Devido à variação na classificação, um produto que fosse considerado inflamável num país, segundo o respetivo sistema de classificação, poderia não ser considerado inflamável num outro país. Esta problemática foi sinalizada para debate na Conferência da ONU para o Meio Ambiente e Desenvolvimento (ECO-92), que teve lugar em Junho de 1992 no Rio de Janeiro, onde ficou decidida a implementação de um único sistema global harmonizado de identificação, classificação e rotulagem de produtos químicos até ao ano de 2000.

Após 10 anos de trabalho, foi então publicado o *Globally Harmonized System of Classification and Labelling of Chemicals (GHS)* através do documento “purple book”, no ano de 2003. Este documento foi publicado e difundido junto dos Estados-membros da ONU, com uma revisão programada de 2 em 2 anos. Apesar do empenho na criação deste sistema global harmonizado, a ONU não tornou este acordo internacional de carácter vinculativo obrigatório para os seus Estados-membros. Para além do carácter não vinculativo deste sistema, os países aderentes poderiam optar por integrar todas as recomendações do GHS ou apenas parte das mesmas. No entanto, o entendimento da agora denominada UE, antiga CEE era outro. A UE entendia que os países integrantes no estatuto de Estados-membros deveriam adotar todas as medidas dispostas na legislação comunitária. É então que surge o regulamento (CE) nº 1272/2008, o Regulamento CLP (*Classification, Labelling and Packaging*). Este regulamento engloba substâncias registadas no âmbito do regulamento REACH (*Registration, Evaluation, Authorisation of Chemicals*: registo, avaliação e autorização de substâncias químicas), produzidas,

comercializadas, transportadas e utilizadas a jusante na União Europeia, independentemente da sua classificação como perigosas ou não perigosas.

No entanto, o Regulamento CLP, como o próprio nome indica, apenas engloba a classificação, rotulagem e embalagem de substâncias e misturas. O registo, avaliação, autorização e restrição de produtos químicos, já tinha lugar na regulamentação europeia, pelo regulamento REACH. Este Regulamento vem criar a Agência Europeia dos Produtos Químicos (ECHA) e altera a Diretiva 1999/45/CE e revoga o Regulamento (CEE) nº 793/93 do Conselho e o Regulamento (CE) nº 1488/94 da Comissão, bem como a Diretiva 76/769/CEE do Conselho e as Diretivas 91/155/CEE, 93/67/CEE, 93/105/CE e 2000/21/CE da Comissão. A ECHA (*European Chemicals Agency*) é entidade europeia responsável pela gestão dos aspetos técnicos, científicos e administrativos do regulamento, a nível comunitário, sediada em Helsínquia, na Finlândia.

O Regulamento REACH baseia-se no princípio de que cabe aos fabricantes, aos importadores e aos utilizadores a jusante garantir que as substâncias que fabricam, colocam no mercado ou utilizam não afetam a saúde humana, nem o ambiente. O REACH é aplicado não só às substâncias químicas, mas também aos produtos e artigos que as comportam. Para tal, este regulamento europeu, organiza-se segundo os 4 elementos que compõem a sua sigla (Hansen et al., 2007):

- *Registration (R)* – Registo de substâncias, para uma base de dados com mais dados relativos ao uso e toxicidade destas, e dos respetivos produtos químicos resultantes.
- *Evaluation (E)* – Avaliação da necessidade de testes e regulamentação adicional, por parte dos governos locais.
- *Authorization (A) of chemicals (CH)* – Requisitos que obriguem os fornecedores de substâncias químicas de maior risco (carcinogénios, mutagénicos e substâncias com efeitos no aparelho reprodutor) a ter autorizações/permissões para produzirem este tipo de produtos.
- Restringir ou proibir certas substâncias em que a previsão de riscos possa não ser fiável e, conseqüentemente, não esteja garantida a sua utilização segura.

O Regulamento CLP foi publicado a 31 de Dezembro de 2008 e entrou em vigor a 20 de Janeiro de 2009. O mesmo altera e revoga, de forma progressiva, as diretivas 67/548/CEE e 1999/45/CE, alterando ligeiramente ainda o Regulamento (CE) 1907/2006, relativo ao Registo, Avaliação, Autorização e Restrição de Produtos Químicos (REACH), em vigor desde Junho de 2007. As alterações ao Regulamento REACH, com a entrada em vigor do CLP, estão espelhadas no Regulamento (UE) nº 453/2010, de 20 de Maio. No entanto, após esta segunda versão do REACH, ainda surgiu uma terceira no ano de 2015 (Regulamento (EU) 2015/830, de 28 de Maio), cujas principais alterações introduzidas têm que ver com as informações constantes dentro de cada uma das 16 secções da FDS de um produto.

É importante destacar algumas das “novidades” que o CLP introduziu, como é o caso de (Agência Portuguesa do Ambiente, 2012):

- Aplicação do Regulamento a substâncias e misturas, em vez de legislação separada para substâncias e preparações;
- Aplicação de novas classes de perigo;
- Criação de um novo mecanismo: a notificação de classificação e rotulagem para o Inventário de classificação e rotulagem;
- Novas nomenclaturas utilizadas:
 - O termo “Preparação” passa a “Mistura”;
 - Os “símbolos de perigo” passam a “pictograma”;
 - As “Frases de Risco” passam a “Advertências de Perigo”;
 - As “Frases de Segurança” passam a “Recomendações de Prudência”;
- Novos pictogramas para a simbologia de perigo presente nos rótulos: o novo pictograma é um quadrado apoiado no vértice, com o símbolo preto com um fundo branco e bordo vermelho; o símbolo de perigo era um quadrado com o símbolo preto sobre fundo amarelo alaranjado.

De acordo com o Anexo VI do regulamento CLP, encontram-se atualmente estabelecidas 28 classes de perigo agrupadas em três grandes categorias: perigos físicos (16 classes), perigos para a saúde (10 classes) e perigos para o ambiente (2 classes) (Figura I.4-1).



Figura I.4-1 – Classes de perigo de acordo com o regulamento CLP.

É importante frisar que, dado que se trata de um regulamento CE, o mesmo não necessita de ser transposto para legislação nacional, estando o peso das suas obrigações, ao mesmo nível que a lei nos Estados-membros. A elaboração do CLP foi orientada segundo três grandes objetivos:

- Garantir um elevado nível de proteção da saúde humana e do ambiente;
- Garantir a livre circulação das substâncias, das misturas e de determinados artigos;
- Permitir às empresas a determinação das propriedades das substâncias e misturas que deverão conduzir à sua classificação como perigosas, para que os seus perigos sejam adequadamente identificados e comunicados.

A implementação do regulamento CLP à classificação, rotulagem e embalagem de substâncias e misturas foi faseada segundo as tabelas Tabela I.4-1 e Tabela I.4-2, tendo sido compreendida entre 1 de dezembro de 2010 e 1 de junho de 2015.

Tabela I.4-1 – Fases de implementação do CLP para as Substâncias.

Substâncias	2010 <1 dezembro	2011	2012 > 1 dezembro	...	2015 ≥1 junho
Classificação	Dir. 67/548/CEE ou Dir. 67/548/CEE + CPL	Dir.67/548/CEE +CLP	CLP		CLP
Rotulagem e Embalagem	Dir.67/548/CEE ou CLP	CLP	CLP		CLP
Fichas de dados de segurança	Dir. 67/548/CEE ou Dir. 67/548/CEE + CPL	Dir.67/548/CEE +CLP	CLP		CLP

Tabela I.4-2 – Fases de implementação do CLP para as Misturas.

Misturas	2010 <1 dezembro	...	2015 >1 junho	...	2017 > 1 junho
Classificação	Dir. 99/45/CE ou Dir.99/45/CE + CPL		CLP		CLP
Rotulagem e Embalagem	Dir.99/45/CE ou CLP		CLP		CLP
Fichas de dados de segurança	Dir. 99/45/CE ou Dir.99/45/CE + CPL		CLP		CLP

Como foi anteriormente referido, o Regulamento CLP é aplicável a todas as substâncias e misturas, independentemente da sua classificação de perigosidade. No entanto, o mesmo possui exceções, que saem do seu âmbito de aplicabilidade, como é o caso de:

- Substâncias e misturas radioativas;
- Substâncias e misturas que sejam objeto de controlo aduaneiro;
- Substâncias intermédias não isoladas;
- Substâncias e misturas destinadas a atividades de investigação e desenvolvimento científicos não colocadas no mercado, desde que sejam utilizadas em condições controladas;
- Resíduos;
- Substâncias de interesse para a defesa nacional.

Apesar das exclusões supracitadas, existem produtos que, apesar de serem substâncias ou misturas que preenchem os pré-requisitos de inclusão CLP, possuem diretivas

comunitárias específicas, devidamente transpostas para legislação nacional. É o exemplo dos seguintes produtos:

- Medicamentos de uso humano;
- Medicamentos veterinários;
- Produtos cosméticos;
- Dispositivos médicos, invasivos ou utilizados em contacto direto com o corpo;
- Géneros alimentícios ou alimentos para animais.

Em contexto hospitalar os dispositivos médicos, produtos cosméticos e os medicamentos de uso humano são alvo de regulação e inspeção por parte da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, Infarmed.

São diversos os tipos de químicos que um hospital necessita para a sua atividade diária, como é o caso de soluções alcoólicas desinfetantes, detergentes, gases medicinais, químicos laboratoriais, fármacos, etc.

Cada substância química ou mistura existente num hospital, quando classificada como perigosa, é considerada como portadora de risco, durante todo o seu “ciclo de vida”, para os colaboradores que com ela interagem. Ou seja, desde o momento em que a substância ou mistura é adquirida e dá entrada no Hospital, até ao momento de descarte dos resíduos resultantes da sua utilização.

Capítulo II - Definição da problemática

O projeto de dissertação em questão surgiu de uma necessidade identificada pela Administração, mais especificamente pela Direção de Suporte Operacional de um hospital privado nacional (HLX). Por forma a obter o selo de acreditação *Joint Commission International* (JCI), o hospital tinha que dar resposta a diversos requisitos no que diz respeito às Substâncias e Misturas Perigosas. À data de início do processo de acreditação no HLX, não havia qualquer responsável por esta temática, não havia controlo da entrada destas substâncias dentro do hospital, nem regulação de práticas na manipulação ou gestão da proteção individual deste tipo de substâncias.

Fundada em 1994, a JCI é uma entidade norte americana que identifica, avalia e implementa as melhores práticas de qualidade e segurança do doente a nível mundial. A missão desta entidade é fornecer formação, informação, serviços de aconselhamento, certificação e acreditação a nível mundial, para a melhoria da qualidade da prestação de cuidados e da segurança do doente (“Who is JCI,” n.d.).

A JCI intitula-se como a entidade acreditadora mundialmente líder na área da Saúde, e autora dos mais rigorosos parâmetros ao nível da qualidade e segurança do doente.

No ano de 2012, uma outra unidade do Grupo a que pertence o HLX obteve o selo de acreditação da JCI. O facto de uma unidade já ter passado, com sucesso, pelo processo de acreditação, promoveu a troca de documentação, de circuitos e de experiências.

O HLX está em processo de acreditação desde novembro de 2016 e, para conseguir obter o selo de acreditação, terá de cumprir 98% dos parâmetros descritos no respetivo Manual para hospitais. A conformidade dos parâmetros é verificada através de uma auditoria documental, seguida do respetivo “*Tracer*” no terreno, onde é verificada a conformidade do comportamento com a documentação produzida pela instituição que, por sua vez, dará resposta, total ou parcial, aos elementos mensuráveis.

Quando o HLX iniciou o projeto de acreditação, os padrões para a acreditação eram os que estavam redigidos na quinta edição do manual, publicada a 1 de Abril de 2014. Com o propósito de proporcionar os cuidados de saúde mais seguros possíveis nas

organizações que procuram a sua acreditação, a JCI publicou a sexta edição do Manual a 1 de Julho de 2017. Para a reedição do Manual, a JCI teve como principais bases:

- O avanço da Ciência, no que diz respeito à segurança e qualidade do doente;
- As experiências adquiridas no âmbito dos processos de acreditação de outras instituições que concluíram o mesmo com sucesso com base na quinta edição.

Esta sexta edição, à semelhança da quinta, está organizada em 3 grandes categorias:

- Prestação de cuidados de saúde;
- Liderança e gestão da organização;
- Formação médica especializada e projetos de investigação, aplicável apenas a Hospitais Universitários.

Os padrões da JCI, dado que se referem a temas como a qualidade dos cuidados médicos e a segurança da infraestrutura, pode chocar, por vezes, com a legislação nacional do país do hospital em processo de acreditação. No entanto, a JCI, enquanto entidade de acreditação, prevê este tipo de situações. Assim, sempre que houver uma sobreposição do padrão JCI numa determinada área, e a legislação nacional for mais rígida, deve vigorar o que for mais exigente. Por exemplo, a JCI requer dois identificadores para cada paciente numa variedade de procedimentos clínicos, se a legislação nacional requerer três identificadores do paciente, o que prevalece neste caso é a legislação nacional.

O capítulo do manual JCI onde se insere a prática do hospital relativa a Substâncias e Misturas Perigosas é intitulado de “*Facility Management and Safety*” (FMS) e o respetivo subcapítulo é o nº 5, “*Hazardous Materials*”. No entanto, os Materiais Perigosos são apenas um dos sete programas do FMS:

- Segurança de Pessoas;
- Segurança de Instalações;
- Materiais Perigosos;
- Programa de Catástrofes, Pandemias e Epidemias;
- Segurança contra Incêndio;
- Equipamento Médico;

- Manutenção de Infraestruturas e Sistemas Utilitários.

Cada um dos subcapítulos/padrões possui um propósito ou *intent* e associados a este, os respetivos elementos mensuráveis (EM's). O propósito é definido como uma explicação do objetivo de um padrão/subcapítulo e o enquadramento deste no capítulo geral (FMS). Define também parâmetros que, por sua vez, complementam o que está descrito nos EM's, podendo ainda descrever exemplos de cenários passíveis de dar resposta a estes EM's. No entanto, todos os propósitos de qualquer subcapítulo JCI são meramente consultivos, visto que não exigem uma resposta, objeto de avaliação em contexto de auditoria, ao contrário dos EM's.

Os EM's de um padrão/subcapítulo são os objetos de avaliação em contexto de auditoria. Os EM's visam objetivar e clarificar o propósito dos padrões e ajudar a organização a entender quais os pontos cruciais a ter em atenção, para cada um dos propósitos, de modo a orientar a organização na preparação da acreditação.

O subcapítulo dos Materiais Perigosos possui um enquadramento para dois grupos de EM's, o FMS.5 (com 5 EM's) e o FMS.5.1 (com 4 EM's). No entanto, existem subcapítulos que são transversais aos sete programas a que tem de ser dada resposta total, em cada um dos documentos integrantes dos programas FMS. Por exemplo, EM's que têm que ver com a formação no âmbito dos sete programas.

II.1 - Requisitos de conformidade JCI

O princípio base dos subcapítulos transversais aos sete programas FMS é o de que cada um deles dá uma resposta parcial ao EM, e quando conjugados e assim que verificada a conformidade nos sete, darão uma resposta total ao EM.

O propósito do FMS.1 é o cumprimento do hospital com a legislação aplicável a cada um dos programas, regulamentação, regras de construção e de segurança contra incêndio e requisitos de inspeção da infraestrutura. Os elementos mensuráveis que serão avaliados em contexto de auditoria, referentes aos FMS.1 são os seguintes:

- EM.1: A liderança do hospital e os responsáveis pela gestão das instalações conhecem as leis, regulamentos, códigos de construção e de segurança contra

incêndio, nacionais e locais e outros requisitos aplicáveis às instalações do hospital.

- EM.2: A liderança do hospital e os responsáveis pela gestão das instalações implementam as leis, regulamentos, códigos de construção e de segurança contra incêndio, nacionais e locais e outros requisitos aplicáveis ou alternativas aprovadas.
- EM.3: A liderança do hospital assegura que o hospital esteja em conformidade com os relatórios decorrentes de inspeções ou citações de autoridades nacionais e locais.

O FMS.2 exige que existam programas (documentos elaborados) que descrevam o processo de gestão de risco para os pacientes, familiares, visitantes e colaboradores, e que os mesmos se encontram devidamente atualizados. Os EM's deste subcapítulo são os seguintes:

- EM.1: Existem programas, por escrito, que abordam as áreas de risco referentes aos sete programas FMS;
- EM.2: Os programas estão em curso e implementados em pleno;
- EM.3: O hospital possui um processo para rever e atualizar o(s) programa(s) quando ocorrem mudanças estruturais no hospital ou, no mínimo, numa base anual.
- EM.4: Quando serviços independentes estão dentro das instalações do hospital que será auditado, o hospital terá de assegurar que estes serviços cumprem com os sete programas, à exceção do programa de manutenção de infraestruturas e sistemas utilitários e o programa referente aos equipamentos médicos.

Quanto ao subcapítulo FMS.3, o mesmo estipula que exista um ou mais indivíduos qualificados que supervisionam o planeamento e a implementação dos programas de gestão de instalações para reduzir e controlar os riscos no ambiente de cuidados. Em relação aos EM's redigidos para este efeito:

- EM.1: A supervisão e gestão de cada um dos sete programas está atribuída a um ou mais indivíduos qualificados para tal pela sua experiência e conhecimento;

- EM.2: Existem evidências documentadas da formação e experiência dos supervisores de cada um dos programas;
- EM.3: Cada um dos supervisores planeia e implementa o programa incluindo:
 - Planeamento de todos os aspetos do programa, tais como o desenvolvimento de programas e recomendações para o espaço físico do hospital, equipamento médico, tecnologia e recursos;
 - Implementação do programa;
 - Formação profissional aos colaboradores;
 - Avaliam e monitorizam o programa;
 - Análise e revisão periódica do programa;
 - Entrega de relatórios anuais de eficácia do programa à administração.

Os subcapítulos FMS.1, FMS.2, FMS.3 incluem o role de subcapítulos FMS que são transversais aos sete programas. No entanto, no final do capítulo específico das SMP's surgem o FMS.11, FMS.11.1 e FMS.11.2, que são também aplicáveis aos sete programas do FMS. O FMS.5 e FMS.5.1 dizem respeito apenas ao programa dos materiais perigosos, no qual se inserem as SMP's e respetivos resíduos.

O propósito do FMS.5 é a existência de um programa associado ao inventário, manuseamento e armazenagem de SMP's e respetivos resíduos. Os EM's que são avaliados em contexto de auditoria, referentes ao FMS.5, são os seguintes:

- EM1: O hospital identifica o tipo de substância, a localização e quantidades máximas em *stock*, de todas as SMP's e respetivos resíduos, e possui um inventário atualizado para todos estes produtos e resíduos materiais utilizados no hospital.
- EM.2: O programa das SMP's estabelece e implementa orientações para o manuseamento seguro de SMP's, utilização das mesmas e regras de armazenagem.
- EM.3: O programa estabelece e implementa o equipamento de proteção individual adequado e os procedimentos de manuseamento;

- EM.4: O programa estabelece e implementa a correta identificação e rotulagem dos materiais perigosos e respetivos resíduos.
- EM.5: O programa estabelece e implementa as exigências a nível documental incluindo quaisquer alvarás, licenças ou outros requisitos regulamentares, referentes a materiais e resíduos perigosos.

Em relação ao FMS.5.1, o propósito deste padrão é a existência de um programa de controlo e descarte de SMP's e respetivos resíduos. Este subcapítulo possui 4 EM's descritos da seguinte forma:

- EM.1: O programa estabelece e implementa um sistema de reporte e investigação de derrames, exposições acidentais e outros incidentes.
- EM.2: O programa estabelece e implementa procedimentos para a gestão de derrames e exposições acidentais, incluindo o uso de equipamentos de proteção adequados.
- EM.3: Toda a informação relacionada com o manuseamento seguro, procedimentos em caso de derrames e em caso de exposições acidentais estão atualizados e disponíveis em qualquer momento.
- EM.4: O hospital garante o descarte seguro de todos os materiais perigosos e respetivos resíduos, ou possui contratos com entidades que asseguram o descarte seguro destes materiais em locais apropriados para o efeito, conforme o que está definido por legislação nacional e regulamentação.

Como foi anteriormente referido, para além dos 3 subcapítulos FMS iniciais, o FMS.11, FMS.11.1 e FMS.11.2 são também de carácter transversal a todos os sete programas. Estes três subcapítulos do FMS estão bastante centrados na formação profissional dos colaboradores nos sete programas.

O propósito do FMS.11 é a formação, treino e avaliação dos profissionais no que diz respeito ao seu papel em manter um ambiente seguro e eficiente de prestação de cuidados de saúde. Os respetivos EM's pretendem avaliar o seguinte:

- EM.1: A formação profissional no âmbito dos sete programas do FMS é fornecida ao longo de todo o ano, por forma a garantir que todos os colaboradores, em qualquer um dos turnos que realizam, possam agir eficazmente de acordo com a sua responsabilidade;
- EM.2: A formação inclui fornecedores, colaboradores com vínculo direto, e outros identificados pelo hospital.
- EM.3: O conhecimento da população alvo desta formação é testado independentemente do papel que possam ter em cada um dos programas FMS.
- EM.4: A formação, respetiva avaliação e resultados desta estão devidamente documentados para cada um dos colaboradores.

O FMS.11.1 diz igualmente respeito à formação de cada um dos profissionais, no entanto, é mais direcionado para apenas quatro dos sete programas do FMS. O propósito do FMS.11.1 é a formação a todos os colaboradores e o conhecimento pelos próprios do seu papel nos programas FMS: segurança contra incêndio; segurança de pessoas; SMP's; resposta a emergência/catástrofe. Os EM's correspondentes a este subcapítulo são:

- EM.1: Os colaboradores conseguem descrever e demonstrar na prática o seu papel em caso de resposta contra incêndio.
- EM.2: Os colaboradores conseguem demonstrar como eliminar, minimizar e reportar riscos para a segurança de pessoas, de incêndio ou outros riscos.
- EM.3: Os colaboradores conseguem descrever e/ou demonstrar precauções, procedimentos e a sua participação em caso de emergência/derrame ocorrido em tarefas de armazenamento, manipulação e descarte de gases medicinais e SMP's e respetivos resíduos.
- EM.4: Os colaboradores conseguem descrever e/ou demonstrar procedimentos a realizar e respetivos papéis em caso de emergência devido a desastres internos e comunitários.

Por último, temos o FMS.11.2, que é muito mais direcionado para a formação dos colaboradores no âmbito dos dois programas FMS referentes aos sistemas utilitários e equipamento médico. Os respetivos EM's estão redigidos da seguinte forma:

- EM.1: Os colaboradores estão habilitados para operar equipamento médico de acordo com o seu descritivo funcional;
- EM.2: Os colaboradores estão habilitados para operar sistemas utilitários de acordo com o seu descritivo funcional;
- EM.3: Os colaboradores estão habilitados para manter/conservar equipamento médico de acordo com o seu descritivo funcional;
- EM.4: Os colaboradores estão habilitados para manter/conservar sistemas utilitários de acordo com o seu descritivo funcional.

Capítulo III - Metodologia

Apresentados os elementos mensuráveis a que o HLX teve de dar resposta, complementados pela legislação nacional existente e diretivas comunitárias aplicáveis, é importante descrever a metodologia que foi adotada para lhes dar resposta.

Como foi anteriormente descrito, a auditoria de certificação é repartida em dois momentos: 1) auditoria documental, onde são analisados todos os documentos produzidos para dar resposta aos EM's e respetivos registos; 2) o *Tracer* no terreno, onde se verifica se estes mesmos documentos estão devidamente aplicados e difundidos nas práticas de todos os colaboradores.

Dada esta particularidade, a Metodologia adotada teve que dar resposta às exigências da estruturação da auditoria, através da criação de:

- Documentos para dar resposta aos EM's aplicáveis às SMP's;
- Circuitos operacionais que permitam a regularização de práticas de acordo com o que se encontra redigido na documentação produzida;
- Mecanismo de controlo da eficácia da regularização de práticas feita através da documentação produzida e dos circuitos implementados -Programa de Melhoria Contínua.

Os documentos criados para dar resposta aos EM's serão apresentados ao longo do presente capítulo, no entanto estarão colocados em anexo os documentos na íntegra. Relativamente aos circuitos operacionais que foram criados por forma a regular as práticas diárias dos colaboradores segundo o que está preconizado na documentação, estes serão igualmente apresentados neste capítulo. Em relação ao Programa de Melhoria Contínua e respetivas ações de monitorização, estes serão apresentados juntamente com os respetivos resultados no Capítulo IV -.

III.1 - Resposta aos EM's transversais aos sete programas

Para dar resposta ao FMS1.EM1, o HLX garante a alocação da responsabilidade por cada um dos programas ao profissional cuja função e conhecimento esteja mais de acordo

com os regulamentos aplicáveis, nacionais e locais, e outros requisitos aplicáveis às instalações do hospital. A aplicação deste conhecimento na elaboração de cada um dos sete programas é fundamental. Para além da conformidade com os requisitos JCI, é crucial que a documentação que regula as práticas esteja de acordo com a legislação aplicável a esta temática (FMS1.EM2). Em relação ao FMS1.EM3, todos os relatórios produzidos por autoridades reguladoras nacionais, derivados de auditorias ao HLX, são analisados e elaborados, internamente, os respetivos programas de ação para fazer face a possíveis não-conformidades identificadas. Pode-se, desta forma, falar de uma melhoria contínua a partir de evidências levantadas por entidades externas.

No âmbito do projeto de acreditação JCI do HLX, foi estipulado com o Departamento de Certificação e Qualidade (DCQ), da sede do Grupo, um conjunto de auditorias a todos os capítulos da JCI, inclusive ao FMS. Na verdade, este departamento já tinha feito algo semelhante com a outra unidade do Grupo já acreditada pela JCI, e os benefícios que poderia trazer para o HLX seriam diversos. Este conjunto de auditorias DCQ são efetuadas nos moldes da auditoria final de acreditação JCI, auditoria documental em sala e *Tracer* no terreno, sendo este o principal *input* de um Programa de Melhoria Contínua do Hospital, no que diz respeito à acreditação no âmbito do capítulo FMS.

A própria existência de um documento redigido sobre a forma de um programa para dar resposta a cada uma dos sete temas FMS é a essência do subcapítulo FMS.2. Todos os sete programas estão em curso e implementados em pleno, e são revistos anualmente ou sempre que ocorrem mudanças estruturais no hospital, de acordo com um processo implementado pela liderança do hospital para o efeito. No HLX não funcionam apenas “serviços do hospital”, existindo serviços externos que funcionam dentro da infraestrutura, como é o caso do laboratório de patologia clínica, o bar ou a empresa de recolha e tratamento de resíduos. É fundamental garantir que estes mesmos serviços, alguns dos quais funcionam 24h por dia, cumpram com os procedimentos e regras instituídas em cada um dos sete programas, no que diz respeito à segurança de pessoas e instalações. Para tal, e no que se refere ao programa das SMP’s, os serviços externos, para além de cumprirem com o instituído para o resto do hospital, terão sempre que comunicar a aquisição de um novo produto e enviar as respetivas fichas de dados de

segurança. Mas como foi referido, mais importante do que a parte documental, o comportamento e a sua implementação na prática, são cruciais. Para tal, cada um dos serviços externos é auditado semestralmente no âmbito dos sete programas e no âmbito do programa das SMP's (auditoria mais focalizada) com a mesma periodicidade.

Quanto ao subcapítulo FMS.3, nomeadamente aos dois primeiros EM's, a supervisão de cada um dos sete programas está atribuída a um indivíduo qualificado para tal pela sua experiência e conhecimento. Evidências deste mesmo *know-how* encontram-se devidamente documentadas no processo individual de cada responsável.

A supervisão de cada um dos sete programas é contínua. No entanto, cada um dos responsáveis dos sete programas tem que entregar à Direção Geral de Suporte Operacional (DGSO) um relatório trimestral de monitorização do respetivo programa. Este reporte trimestral nada tem que ver com a revisão anual obrigatória feita a cada um dos programas, dado que esta revisão apenas diz respeito à avaliação da necessidade de alteração do principal documento de cada programa. Para dar resposta ao FMS.3.EM3, os responsáveis têm que abordar os seis tópicos transversais que o EM exige, complementando a informação constante do programa com o requerido em legislação e regulamentação específica aplicável a cada um dos programas.

O comportamento, que no fundo se define como a forma de agir dos colaboradores no seu quotidiano laboral, reflete a eficácia da regularização de práticas feita através da documentação produzida e dos circuitos implementados (objeto de auditoria no *Tracer*).

A formação profissional no âmbito dos sete programas do FMS é fornecida de uma forma inovadora em comparação ao que a outra unidade do Grupo fez para dar resposta aos subcapítulos FMS.11, FMS.11.1, FMS.11.2. Dado que a formação no âmbito da grande maioria dos sete *programas* é transversal a todos os colaboradores do hospital, incluindo colaboradores de serviços externos que funcionem dentro do HLX, a formação foi ministrada *online* em regime não presencial, estando os links para a mesma disponíveis ao longo de todo o ano (resposta ao FMS.11.EM1). Esta formação foi devidamente divulgada por *e-mail*, pela DGSO, para todos os colaboradores que desempenhem funções dentro do HLX. No *e-mail* enviado constava um ficheiro pdf do

powerpoint com cerca de 28 slides e o *link surveymonkey* que direciona para o questionário online. O intuito deste questionário é avaliar o conhecimento dos colaboradores, no que diz respeito à informação que foi momentos antes visualizada no pdf (resposta ao FMS.11.EM3).

Dado que nem apenas colaboradores com vínculo direto ao HLX desempenham funções nas infraestruturas do hospital, todos os serviços externos rececionaram esta mesma informação via *e-mail*. Cada um destes serviços possui um responsável interno ao hospital, e foi este que por sua vez fez chegar esta mesma informação a cada um dos colaboradores dos serviços externos do hospital (resposta ao FMS.11.EM2).

Todas as evidências de formação e respetiva avaliação e resultados encontram-se devidamente documentadas, para cada um dos colaboradores, no departamento de Recursos Humanos (RH's) (resposta ao FMS.11.EM4).

Os resultados obtidos no questionário *SuveyMonkey* serão apresentados no seguinte capítulo "Resultados e Discussão".

No subcapítulo do FMS.11.1, apenas o terceiro EM diz respeito ao programa das SMP's. Este EM procura garantir que todos os colaboradores sabem como proceder em caso de emergência/derrame passível de acontecer no ato de armazenagem, manipulação ou descarte de produtos com SMP's. Todos os procedimentos a realizar em caso de derrame acidental constam da folha de instruções que acompanha o *kit* de derrames, e encontram-se nos serviços onde são armazenados, manipulados e descartados este tipo de substâncias. No entanto, toda a informação relativa a estes mesmos procedimentos são passadas aos colaboradores em formação dada no ato de entrega dos *kits* de derrames, nos serviços.

Por último, o subcapítulo FMS.11.2 fecha este capítulo FMS. No entanto, o seu âmbito não aborda a formação no âmbito das SMP's, mas sim dos sistemas utilitários e equipamentos médicos, conforme mencionado no subcapítulo II.1 - .

III.2 - Resposta aos EM's específicos do Programa das SMP's

O propósito do FMS.5 é a existência de um programa associado ao inventário, manuseamento e armazenagem de SMP's e respetivos resíduos. O FMS.5.EM1 diz respeito à inventariação do tipo de substâncias, localização das mesmas e quantidades máximas em *stock* de todos os materiais perigosos e respetivos resíduos. Para se conseguir efetuar um inventário exaustivo das SMP's que são adquiridas pelo HLX, foi decidido que este mesmo inventário deveria incluir todas as substâncias químicas e misturas adquiridas pelo HLX, quer sejam perigosas ou não. Foi então que em Agosto de 2017 se deu início à elaboração do inventário, juntamente com o Serviço de Compras e de Farmácia numa fase inicial, e mais tarde junto de cada um dos responsáveis dos serviços.

O inventário (ficheiro excel) possui diversas colunas onde as informações consideradas, pela instituição, de maior relevância para cada produto químico estão dispostas sob a forma de colunas (Anexo 1).

A recolha, tratamento e inventariação de resíduos é feita por uma empresa externa, certificada para o efeito, e reportada à Direção de Hotelaria do HLX. No entanto, o descarte e a separação dos resíduos provenientes deste tipo de substâncias é da responsabilidade dos seus utilizadores (colaboradores), que recebem formação específica neste âmbito. Perante uma SMP, o tratamento dos resíduos, tanto para a embalagem, como para o excedente do produto, terá que ser feito segundo as orientações fornecidas na FDS de cada produto e as normas instituídas no HLX.

Para dar resposta ao FMS.5.EM2 foi criada uma orientação técnica denominada: Controlo, Armazenagem e Manipulação de SMP's. Este documento tem como objetivo descrever e definir os procedimentos de controlo e requisitos a cumprir na Armazenagem e Manipulação de SMP's, e os destinatários são todos os colaboradores que possam realizar este tipo de operações no seu quotidiano laboral. Para os seguintes 3 EM's do subcapítulo FMS.5 (EM3, EM4 e EM5) foi criado um circuito (*Figura III.2-1*) que ilustra a forma como um produto, caso seja uma Substância Química ou uma

Mistura Perigosa, deverá ser controlada desde a sua aquisição até ao descarte dos resíduos provenientes da sua utilização.

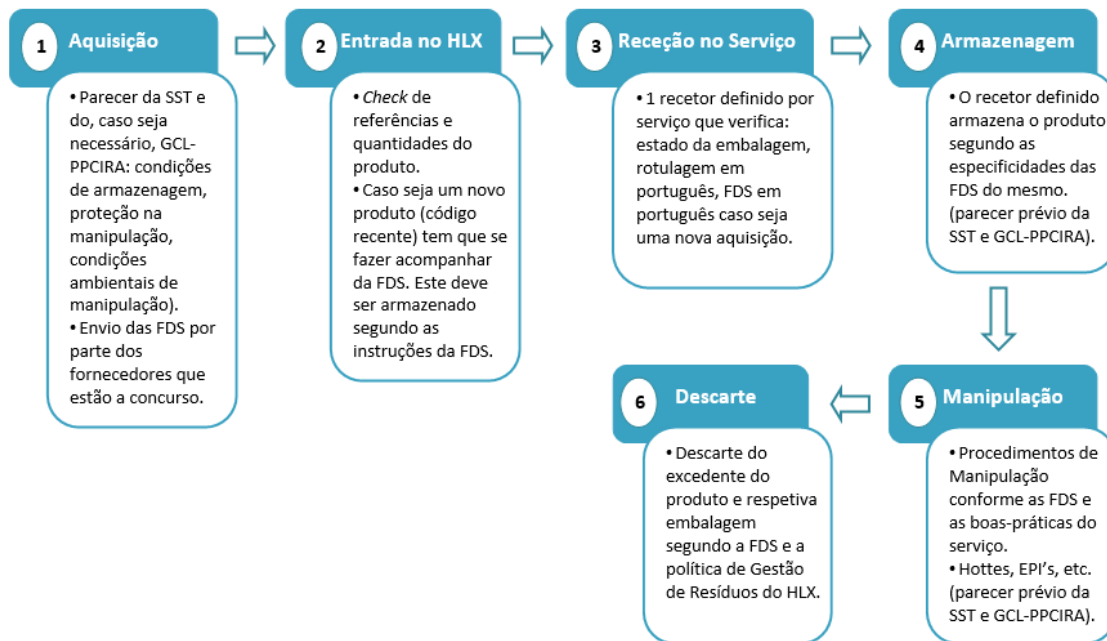


Figura III.2-1 – Circuito operacional de gestão de Substâncias e Misturas Perigosas.

Fase 1 – Aquisição:

A aquisição de todas as substâncias químicas do HLX é feita através da Central de Negociação (corporativo) em coordenação com a Central de Compras e a Farmácia (departamento local). Numa perspetiva comercial, o mais importante é o preço do produto e a eficácia da sua utilização, no entanto, numa perspetiva de segurança dos profissionais é fundamental garantir a conformidade do produto com a legislação nacional e os padrões de qualidade do HLX. A única forma de garantir que nenhum produto dá entrada no hospital sem assegurar a conformidade do mesmo, é a emissão de um parecer por parte da SST e do Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA).

Este parecer consiste numa avaliação exaustiva da FDS que acompanha o estudo de mercado de um produto, de modo a verificar a sua conformidade com os Regulamentos REACH e CLP.

Segundo a atualização do Regulamento REACH (Comissão Europeia, 2010), uma FDS permite informar os utilizadores dos perigos de uma substância ou de uma mistura e dar informações sobre a armazenagem, o manuseamento e a eliminação dessa substância ou mistura, em condições de segurança. Desta forma, os utilizadores poderão tomar as medidas necessárias relacionadas com a proteção da saúde humana e a segurança no local de trabalho, bem como a proteção do ambiente.

Cada FDS terá que estar redigida na língua dos utilizadores a jusante, neste caso, língua portuguesa. Deve também de estar de acordo com o regulamento CLP, no que diz respeito à identificação e rotulagem do produto. Para além destes critérios fundamentais, a FDS de cada produto é avaliada segundo o seu grau de concordância com a estrutura definida no regulamento REACH (2010) para este tipo de documento:

1. Identificação da substância/preparação e da sociedade/empresa: refere como se deve identificar a substância ou a mistura e como devem ser fornecidas as utilizações consideradas relevantes, o nome e as informações de contacto do fornecedor da substância ou da mistura, incluindo um meio de contacto de emergência. Número de telefone de emergência da empresa e/ou do organismo consultivo oficial, que no caso de Portugal é o Centro de Informação Antivenenos (CIAV) e pode ser contactado através do 808 250 143.
2. Identificação dos perigos: deve descrever os perigos da substância ou mistura, bem como as advertências de perigo associadas.
3. Composição/informação sobre os componentes: descreve a identidade química do ou dos componentes da substância ou da mistura, incluindo as impurezas e os aditivos estabilizantes.
4. Medidas de primeiros socorros: cuidados imediatos a prestar de forma a que uma pessoa inexperiente os possa compreender e executar sem recorrer a equipamentos sofisticados nem dispor de uma vasta seleção de medicamentos. Se forem necessários cuidados médicos, as instruções devem mencioná-lo, bem como a sua urgência.

5. Medidas de combate a incêndios: requisitos aplicáveis ao combate a incêndios desencadeados pela substância ou mistura, ou que deflagrem nas suas proximidades.
6. Medidas a tomar em caso de fugas acidentais: recomendações sobre a resposta adequada em caso de derrames, fugas ou emissões, a fim de prevenir ou minimizar os respetivos efeitos adversos sobre as pessoas, os bens e o ambiente. Se o volume derramado tiver um impacto significativo sobre o perigo potencial a que o profissional possa estar exposto, deve fazer-se a distinção entre a resposta a pequenos e grandes derrames.
7. Manuseamento e armazenagem: recomendações sobre práticas de manuseamento seguro. As informações constantes desta secção da FDS devem estar relacionadas com a proteção da saúde humana e do ambiente e com a segurança dos profissionais. Devem permitir à entidade patronal definir procedimentos de trabalho e regras de armazenagem que permitam minimizar o risco de exposição acidental ao produto em questão.
8. Controlo da exposição/Proteção individual: informação relativa aos valores-limite de exposição profissional aplicáveis, bem como as medidas de gestão de riscos necessárias.
9. Propriedades físico-químicas: descrição dos dados empíricos relativos à substância ou à mistura, como é o caso dos pontos de inflamação, congelação, pH, viscosidade, solubilidade, etc.
10. Estabilidade e reatividade: informação relativa à estabilidade da substância ou mistura e a possibilidade de ocorrência de reações perigosas em certas condições de utilização e em caso de libertação para o ambiente.
11. Informação toxicológica: A presente secção da FDS destina-se, essencialmente, aos profissionais de saúde, aos profissionais de segurança e saúde no trabalho e aos toxicologistas. Deve ser apresentada uma descrição sucinta, porém completa e compreensível, dos vários efeitos toxicológicos (para a saúde), bem como as fontes usadas para identificar esses efeitos, incluindo, se for caso disso, informações relativas à toxicocinética, ao metabolismo e à distribuição.

12. Informação ecológica: informações que permitam avaliar o impacto ambiental da substância ou da mistura quando libertada para o meio ambiente. Estas informações podem ser úteis na gestão de derrames e na avaliação das práticas de tratamento de resíduos, controlo da libertação, medidas em caso de contaminação e transporte. Devem também ser fornecidas, caso aplicável, informações sobre resíduos perigosos resultantes da degradação das substâncias e misturas.
13. Considerações relativas à eliminação: informações relativas a uma adequada gestão dos resíduos da substância ou mistura e/ou respetivos recipientes a fim de prestar apoio na determinação das opções de gestão de resíduos mais seguras e preferíveis do ponto de vista ambiental.
14. Informações relativas ao transporte: informações de base quanto à classificação para efeitos de transporte/expedição das substâncias ou misturas referidas na secção 1 por via rodoviária, ferroviária, marítima, fluvial ou aérea.
15. Informação sobre regulamentação: outras informações regulamentares sobre a substância ou a mistura que ainda não constam da FDS, por exemplo, se a substância ou mistura está abrangida pelo âmbito de aplicação do Regulamento (CE) nº 1005/2009 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 16 de setembro, relativo às substâncias que empobrecem a camada de ozono.
16. Outras informações: outras informações não constantes das secções 1 a 15, por exemplo informações relativas à revisão da FDS, tais como:
 - a. No caso de uma FDS revista, uma indicação clara das alterações introduzidas relativamente à versão anterior;
 - b. Uma legenda com a explicação das abreviaturas e siglas utilizadas na FDS;
 - c. Referências bibliográficas importantes e fontes dos dados utilizados.

Caso se verifique a conformidade da FDS, os restantes campos do parecer a emitir são verificados, sendo eles os seguintes pontos:

- Conformidade das condições de armazenagem requeridas na FDS com as existentes para o produto no serviço onde ficará armazenado;

- Existência dos equipamentos de proteção individual para o manuseamento em segurança do produto, de acordo com os requisitos definidos na FDS;
- Adequação das condições ambientais (infraestrutura) de manipulação às requeridas na FDS, como é o exemplo da necessidade de *hotte* com extração própria para a manipulação de certos produtos.

Esta etapa, para além de ser o ponto de partida para todo o sistema, é também uma etapa crucial para que não entrem mais produtos no hospital que não estejam conformes as regras de identificação, capacidade de armazenagem e regras de manuseamento instituídas.

Quanto à rotulagem de produtos constituídos por SMP's, esta deve ser feita segundo o regulamento CLP, que preconiza que no rótulo deve de constar o seguinte:

- Nome, endereço e n.º de telefone do(s) fornecedor(es) da substância ou mistura;
- Quantidade nominal da substância ou mistura na embalagem colocada à disposição do grande público, a não ser que essa quantidade se encontre especificada noutra sítio da embalagem;
- Identificadores do produto.

Caso aplicável, informações adicionais devem igualmente constar do rótulo, como é o caso de:

- Pictogramas de perigo;
- Palavra-sinal;
- Advertências de perigo;
- Recomendações de prudência;
- Secção de informação suplementar como, por exemplo, informação requerida por outra legislação (ex: biocidas, pesticidas ou detergentes).

O número de advertências de perigo no rótulo não se encontra, em princípio, limitado, salvo em caso de duplicação ou redundância evidentes. Contrariamente, o número de recomendações de prudência, no rótulo, é limitado a seis, exceto se tal não for suficiente para refletir a natureza e a gravidade dos perigos.

Até ao momento em que este projeto teve início, em novembro de 2016, era política da Central de Compras, para este tipo de produtos, adquirir um produto através de um fornecedor em particular e, caso houvesse mudança de fornecedor/marca, o código mantinha-se. Isto dificulta bastante o reconhecimento da entrada de um novo produto em todo este sistema, o que aumenta o risco de não ser emitido parecer ou, na pior das hipóteses, o produto entrar no HLX sem a respetiva FDS. Para fazer face a esta lacuna, está a ser negociado com a Central de Compras a possibilidade de emitir um novo código sempre que um tipo de produto muda de fornecedor para um outro produto com características semelhantes. Talvez esta seja a opção mais viável dado que este tipo de produtos está a sofrer uma uniformização de fornecedores a nível corporativo, para todas as unidades do grupo. Apenas desta forma conseguimos manter o Inventário de todos os produtos químicos do hospital, devidamente atualizado com o respetivo código e dados adjacentes (fornecedor, quantidade da embalagem, etc).

Culminada com sucesso esta primeira etapa, o produto tem luz verde para a sua aquisição.

Fase 2 – Entrada:

Após a aquisição do produto, este é transportado até ao cais de descargas do HLX em conformidade com as respetivas normas. Esta conformidade é garantida por parte do fornecedor/distribuidor que nos faz chegar o produto.

Após o veículo de transporte do produto entrar no cais de descargas do hospital, o produto pode ser rececionado por diversos serviços. No caso de produtos adquiridos através do serviço de Compras, o produto é rececionado no armazém. Caso se trate de um produto adquirido através da Farmácia, é neste serviço que o produto dá entrada e é rececionado e armazenado. Estes dois serviços são os principais recetores do HLX e, por sua vez os distribuidores internos destes mesmos produtos. Caso se trate de um serviço que possui um armazém avançado, devido à quantidade e variedade de produtos que utiliza, alguns produtos são entregues diretamente nestes armazéns, tendo por isso a denominação de “*fast movers*”.

Os colaboradores de todos os serviços recetores executam os procedimentos que estão instituídos desde sempre no hospital, como é o caso da confirmação das referências das guias, quantidades e estado do material e das embalagens rececionadas. Caso seja um novo produto (código aberto recentemente por parte das Compras ou Farmácia), o colaborador verifica se o produto se faz acompanhar da FDS em português. Todos os colaboradores do Armazém terão formação específica neste sentido, para que nenhuma etapa do procedimento falhe. Serão ainda afixados pequenos cartazes no posto de trabalho do colaborador que está na receção, para que este corra toda a *checklist* de cada produto químico que dá entrada.

O produto é rececionado e armazenado segundo os requisitos mínimos constantes nas FDS em qualquer um dos serviços recetores. Caso não esteja clara a forma de armazenamento mais correta de um produto, as FDS são disponibilizadas a qualquer colaborador do HLX, numa plataforma comum *online* acessível através de um posto informatizado.

Caso algo não esteja conforme os requisitos supracitados, o colaborador deve notificar de imediato o Gabinete de Gestão de Risco através do *e-mail*, ou através da plataforma de gestão de risco para a notificação de incidentes.

Caso esteja tudo devidamente conforme, o produto segue para o serviço através de um dos distribuidores do serviço recetor ou através do fornecedor, que entrega o *fast mover* diretamente no serviço utilizador.

Fase 3 – Receção no Serviço de utilização:

O recetor do serviço de utilização deve ser definido pela respetiva chefia e para cada turno passível de ocorrer a receção de produtos. Este deve verificar os seguintes parâmetros:

- Estado da embalagem;
- Rotulagem em português;
- FDS em português.

Caso algo não esteja conforme com algum dos aspetos supracitados, a sua notificação será semelhante à da fase anterior.

Fase 4 – Armazenagem no Serviço de utilização:

A armazenagem é feita no serviço pelo recetor ou alguém designado para o efeito, segundo os requisitos definidos na FDS. Visto que estes já foram validados previamente pelo parecer SST e do GCL-PPCIRA, em fase de aquisição, em princípio não haverá questões associadas à não existência de condições adequadas de armazenagem do produto.

Fase 5 – Manipulação do Produto:

Procedimentos de manipulação de substâncias químicas devem estar conformes às FDS e às boas práticas definidas pelo serviço onde as mesmas são utilizadas. No entanto, é importante não descurar as boas práticas desenvolvidas até à data, desde que sejam corretas e que vão de encontro às novas regras instituídas nesta matéria.

A manipulação de substâncias químicas pode implicar a existência de equipamentos próprios para o efeito, como é o caso das hottes, Equipamentos de Proteção Individual (EPI's), etc. A existência destes foi validados previamente pelo parecer da SST e do GCL-PPCIRA, no momento de aquisição do produto.

Fase 6 – Descarte de resíduos:

O descarte do excedente e das embalagens deve ser feito segundo a FDS e a política de gestão de resíduos do Hospital.





Segundo o Despacho nº 242/96, de 5 de Julho, responsável pelas normas de gestão e classificação dos resíduos hospitalares, existem 2 grupos de Resíduos Hospitalares que, por sua vez, estão divididos em 4 subgrupos:

- Os resíduos hospitalares não perigosos (Código LER 20 03 01 da Lista Europeia de Resíduos – Portaria nº 209/2004, de 3 de Março são, de acordo com o Despacho 242/96 de 5 de Julho, os resíduos provenientes de atividades clínicas e não clínicas do hospital, decorrentes da prestação em cuidados de saúde que

não apresentam risco nem perigosidade na sua composição e tipologia, equiparando-se aos urbanos. Encontram-se divididos em dois grupos (Tabela III.2-1):

- Grupo I:
 - Resíduos provenientes dos serviços gerais (gabinetes, salas de reunião, salas de convívio, instalações sanitárias, vestiários, etc.);
 - Resíduos provenientes de serviços de apoio (oficinas, jardins, armazéns e outros);
 - Embalagens e invólucros comuns (papel, cartão, mangas mistas e outros de natureza idêntica);
 - Resíduos provenientes da hotelaria, resultantes da confeção e restos de alimentos servidos a clientes, não incluídos no Grupo III.
- Grupo II:
 - Material ortopédico não contaminado e sem vestígios de sangue (talas, gessos e ligaduras gessadas);
 - Fraldas e resguardos descartáveis não contaminados e sem vestígios de sangue;
 - Material de proteção individual utilizado nos serviços gerais e de apoio, com exceção do utilizado na recolha de resíduos;
 - Embalagens vazias de medicamentos ou de produtos de uso clínico comum, com exceção dos incluídos no Grupo III e no Grupo IV;
 - Embalagens de soro não contaminados, com exceção dos do Grupo IV.










Tabela III.2-1 – Identificação dos contentores de resíduos hospitalares do grupo I/II.

Grupo de resíduos hospitalares	Contentor	Dístico de identificação
Grupo I/II	Contentor com tampa (12-30litros)	 
	Contentor rodado com tampa (180/1100litros)	 

- Os resíduos hospitalares perigosos (Classe [18 01 03 (*)] e [18 01 08 (*)] da Lista Europeia de Resíduos – Portaria nº209/2004, de 3 de Março) são produzidos em serviços de prestação de cuidados de saúde e investigação. Os resíduos hospitalares perigosos são definidos pelo Despacho n.º 242/96, de 5 de Julho como (Tabela III.2-2):
 - Grupo III [18 01 03 (*)] – resíduos hospitalares de risco biológico:
 - Todos os resíduos provenientes de quartos ou enfermarias de clientes infecciosos ou suspeitos, de unidades de hemodiálise, de blocos operatórios, de salas de tratamento, de salas de autópsia e de anatomia patológica, de patologia clínica e de laboratório de investigação, com exceção dos do Grupo IV;
 - Todo o material utilizado em diálise;
 - Peças anatómicas não identificáveis (amostras de tecidos, biopsias);
 - Resíduos que resultam da administração de sangue e derivados (sacos de transfusão, sacos de plasma, etc.);
 - Sistemas utilizados na administração de soros e medicamentos, com exceção dos do Grupo IV;
 - Sacos coletores de fluidos orgânicos e respetivos sistemas (sacos de urina, sacos de aspiração de secreções, etc.);
 - Material ortopédico contaminado ou com vestígios de sangue (gessos, talas, material de prótese retirado a clientes, etc.);
 - Fraldas e resguardos descartáveis contaminados ou com vestígios de sangue;
 - Material de proteção individual utilizado em cuidados de saúde e serviços de apoio geral em que haja contacto com produtos contaminados (luvas, máscaras, aventais e outros);
 - Máscaras e óculos de oxigénio e traqueias para aparelhos de aerossol;
 - Resíduos não especificados que possuam risco biológico (material de penso, embalagens de colheita de fluídos orgânicos, etc.);

- Seringas sem agulhas.
- Grupo IV [18 01 03 (*)] exceto citostáticos [18 01 08 (*)] – Resíduos hospitalares específicos:
 - Peças anatómicas identificáveis, fetos e placentas;
 - Cadáveres de animais provenientes de experiência laboratorial;
 - Material cortante e perfurante (agulhas, bisturis e todo o material invasivo);
 - Produtos químicos e fármacos rejeitados (fora do prazo ou resultantes da administração), quando não sujeitos a legislação específica;
 - Medicamentos citostáticos e todo o material utilizado na manipulação e administração.

Tabela III.2-2 – Identificação dos contentores de resíduos hospitalares do grupo III/IV.

Grupo de resíduos hospitalares	Contentor		Dístico de identificação
Grupo III	Contentor com tampa (12-30 litros)		
	Contentor com tampa, estanque e hermético (60 litros)		
Grupo IV	Contentor com tampa (12-30 litros)		
	Contentor de corte perfurantes (0,6-10 litros)		Não aplicável
	Contentor com tampa, estanque e hermético (60 litros)		

Todos os resíduos líquidos de risco químico, nomeadamente excedente de embalagens, não devem ser descartados para o esgoto (rede pública). Para tal descarte devem de ser utilizados os *jerrycans* de 5, 10 ou 25 L, distribuídos em número adequado à produção de cada serviço e com uma etiqueta em branco (colocada no lado oposto à abertura),

onde o serviço produtor deve colocar o nome ou classe do produto a que o *jerrycan* se destina (Figura III.2-2).



Figura III.2-2 – Dístico de identificação dos contentores de resíduos com risco químico.

A designação do tipo de resíduo líquido com risco químico deve ser colocada antes do *jerrycan* começar a ser usado, e deve coincidir com as seguintes designações: Formol, Xilol, Corantes, Compostos Metálicos, Acetona, Álcoois, Glutaraldeído, Ácidos, Solução de Solventes não halogenados (designação a usar para pequenas quantidades de soluções de solventes que não tenham na sua constituição cloro, bromo, flúor e iodo).

Sempre que o equipamento o permita, os *jerrycans* devem ser ligados diretamente à saída do efluente. Nestes casos, a única alteração a efetuar será a substituição da canalização existente para o “esgoto”, por uma que permita a ligação a um recipiente de 5, 10 ou 25 Litros, que será substituído por um vazio quando cheio, sem necessidade de despejo. Pretende-se, desta forma, minimizar o manuseamento destes líquidos, efetuado pelos colaboradores do serviço.

No recipiente de armazenamento temporário não devem ser colocados resíduos de outro produto senão aquele a que este se destina, uma vez que pode inviabilizar o seu tratamento e/ou provocar reações químicas perigosas.

No entanto, e apesar de todo este circuito já ter sido apresentado a todas as chefias, coordenações e direções de todos os serviços do hospital, a única forma de garantir que o mesmo está a ser respeitado é através de auditorias programadas para verificar se todos os procedimentos instituídos estão a ser devidamente cumpridos. Estas auditorias são feitas com uma periodicidade mínima semestral, por parte da direção de hotelaria em conjunto com o GCL-PPCIRA.

A resposta ao FMS.5.EM5 é dada num outro documento intitulado Programa de Gestão de Resíduos e não neste documento. Este programa exige à empresa externa responsável pela gestão destes materiais a existência dos respetivos alvarás, licenças e outros requisitos regulamentares para a sua atividade no HLX. A direção de hotelaria, responsável pela elaboração deste mesmo documento, possui em arquivo estas mesmas licenças.

Para dar resposta aos EM's FMS.5.1.EM1 e FMS.5.1.EM2, foi redigido o procedimento "Atuar em caso de derrames de SMP's", cujo objetivo é uniformizar a metodologia adequada na atuação em caso de derrame de SMP's, desde a contenção até ao encaminhamento adequado do resíduo resultante. O facto de este documento ser categorizado como um procedimento, implica uma descrição de ações sequenciais que podem ser executadas, neste caso, na sequência de um derrame de qualquer produto químico.

Sempre que ocorra um derrame de SMP's é necessária uma rápida atuação que vise a sua contenção e remoção com técnica adequada, prevenindo a contaminação de outros locais.

Todos os serviços do HLX onde sejam armazenados ou manuseados produtos compostos por substâncias químicas ou misturas perigosas foram devidamente identificados, de acordo com o inventário, e foram providos de um *kit* de derrames. Os *kits* são bastante semelhantes nos consumíveis que o constituem, no entanto, diferem no tipo de material absorvente e no tipo de proteção individual, de acordo com o tipo de produtos presentes no serviço.

Apesar de alguns dos consumíveis diferirem, as tarefas a executar em caso de derrame accidental são exatamente as mesmas. Sempre que ocorra um derrame, o colaborador deve, em primeiro lugar, alcançar a FDS do produto e o *kit* de derrames do respetivo serviço. Para a constituição do *kit* de derrames foram adquiridos diversos consumíveis, como é o caso de:

- Caixa de plástico de 24 L de capacidade;
- Pó absorvente para líquidos derramados;

- Pó absorvente e neutralizante de ácidos;
- Máscara com filtro de proteção química – Filtro ABEK;
- Máscara de Filtro FFP3;
- Pá do lixo para recolha do material absorvente;
- Fita sinalizadora autocolante amarela e preta;
- Bata de proteção química;
- Espátula de metal;
- 4 luvas de nitrilo tamanho M;
- 4 luvas de nitrilo grossas (específicas para ácidos) tamanho M;
- Óculos de proteção;
- 2 sacos vermelhos (Resíduos Perigosos);
- 2 sacos pretos;
- 4 abraçadeiras de plástico para fechar os sacos.

Assim que alcançar o *kit*, o colaborador deve levá-lo para as imediações do derrame e deve dotar-se, de imediato, do equipamento de proteção individual adequado (incluído no *kit*), tendo em atenção a especificidade da SMP (ver FDS). Os EPI's constantes do *kit* devem ser colocados de acordo as instruções que constam na folha de rosto do *kit*, redigidas de acordo com o Manual de Equipamentos de Proteção Individual do HLX (Fase 1: preparação para a atuação). De seguida, o colaborador deve cumprir, sequencialmente, cada uma das etapas da Tabela III.2-3 – Etapas (Anexo 2). No segundo anexo da presente dissertação está presente o procedimento de atuação em caso de derrame de uma SMP, redigido para o HLX.

Tabela III.2-3 – Etapas de atuação perante um derrame de SMP's.

Nº	Nome e Descrição
1	<p>Preparação para a atuação:</p> <p>O colaborador deve dotar-se dos EPI's adequados constantes do <i>kit</i>.</p> <p>Sinalização com fita adesiva autocolante da área onde ocorreu o derrame.</p> <p>Consultar a FDS do produto derramado e verificar as especificidades da atuação em caso de derrame e utilização de proteção individual.</p>
2	<p>Efetuar a contenção do derrame:</p> <p>Despejar o material absorvente do <i>kit</i>, tanto quanto necessário, tendo em conta o volume de produto derramado, por cima do derrame e aguardar até os grânulos absorverem a totalidade do produto.</p>
3	<p>Colheita do produto de contenção:</p> <p>Com a pá e a espátula constantes do <i>kit</i>, apanhar os grânulos absorventes utilizados na contenção.</p>
4	<p>Encaminhamento do resíduo resultante da contenção:</p> <p>O material absorvente utilizado resultante da contenção do derrame deve de ser colocado no saco vermelho constante do <i>kit</i>.</p> <p>A pá e a espátula são reutilizáveis. Para tal, as mesmas devem de ser colocadas no saco preto presente no <i>kit</i>. Este saco deve de ser levado até ao local, dentro do serviço, onde o material será higienizado e desinfetado com água limpa e o produto de alta desinfecção com pano/mopa.</p> <p>A embalagem do produto, caso fique totalmente vazia, deve de ser encaminhada de acordo com as indicações da FDS.</p>

Tabela III.2-4 – Etapas de atuação perante um derrame de SMP's (continuação).

Nº	Nome e Descrição
5	<p>Limpeza e desinfeção do local:</p> <p>Realizar descontaminação química utilizando o produto de alta desinfeção com pano/mopa. Após esta limpeza, o profissional que conteve o derrame deve descartar os EPI's utilizados (batas, luvas, máscaras), no mesmo saco onde se encontra já o material absorvente. Deve fechar o saco com a abraçadeira de plástico constante do <i>kit</i> e colocar o saco bem fechado em contentor do grupo IV – Resíduos Perigosos.</p> <p>Contactar o serviço de limpeza, através da respetiva extensão, para higienizarem o local. Procedimento: sinalizar o local com sinalética vertical; retirar a sinalética autocolante do chão; enxaguar com água e limpar com pano/mopa; secar bem a superfície; colocar pano/mopas utilizados em saco próprio.</p>
6	<p>Notificação e Investigação:</p> <p>Após a limpeza e desinfeção total do local onde ocorreu o derrame e arrumação do <i>kit</i> utilizado, o responsável do serviço, ou o seu substituto deve preencher o Modelo de Registo e Investigação de Derrame Acidental de SMP. O modelo deve ser digitalizado e submetido juntamente com a notificação do incidente na plataforma digital de gestão de risco do hospital.</p> <p>Nota: Para efeitos de notificação foi criado o “Modelo de Registo e Investigação de Derrame Acidental de SMP” (Anexo 3), publicado na plataforma comum de gestão documental.</p>
7	<p>Avaliação da necessidade de reposição do <i>kit</i>:</p> <p>O Responsável do Serviço avalia a necessidade de reposição do <i>kit</i>, tendo em conta os consumíveis gastos na contenção do derrame e deve solicitá-lo diretamente ao serviço de Compras.</p>

No entanto, o FMS.5.1 integra um terceiro EM que é respondido através de uma das políticas instituídas no HLX, a de que todos os documentos são partilhados na plataforma documental comum, localizada na *intranet* do hospital.

Qualquer documento partilhado nesta plataforma tem que passar primeiro por um circuito de elaboração, em contexto de Grupo de Trabalho, seguido de um pedido de parecer à conformidade do documento com os EM's JCI a que pretende dar resposta ao Departamento de Certificação e Qualidade (DCQ). Após a análise do documento enviado

para parecer, consoante os EM's a que este se propõe dar resposta, podem ser emitidos três tipos de pareceres:

- **Negativo:** Documento não dá resposta ao EM's a que se propõe responder. Supondo que um documento se propõe dar resposta a cinco EM's, sendo do mesmo padrão ou de diferentes padrões, e um dos EM's não é respondido no documento, o parecer será logo Negativo.
- **Positivo com Reservas:** Documento dá resposta aos EM's a que se propõe responder, no entanto pode haver uma forma mais eficaz de responder aos mesmos, ou seja há margem de melhoria para a resposta aos EM's no documento.
- **Positivo sem Reservas:** Documento dá resposta aos EM's a que se propõe responder.

Em qualquer um dos tipos de parecer acima descritos pode haver comentários da auditora DCQ ao documento, sendo afeto para este efeito um campo no final do documento.

Um documento pode estar neste *loop* de revisão e pareceres entre o Grupo de Trabalho que elabora o documento e o DCQ, até se atingir o parecer positivo sem reservas. Atingido este patamar, o documento necessita de ser aprovado pela Administração e/ou pela Direção Clínica do HLX (circuito de aprovação). Findo o circuito de aprovação, o documento é publicado na plataforma de gestão documental comum. Caso o documento não seja aprovado, o mesmo deve de ser revisto e alterado pelo Grupo de Trabalho que, por sua vez, submete para novo parecer.

Qualquer documento pode ser submetido para parecer desde que pretenda dar resposta a algum EM, de um padrão JCI. No entanto, sempre que o mesmo é revisto e feita qualquer alteração, terá que voltar ao DCQ para parecer.

Os documentos produzidos podem ser referentes às mais diversas temáticas, no entanto, quando elaborados devem ser categorizados segundo um dos seguintes tipos:

- Procedimento – Descrição de uma atividade decomposta em ações repetíveis e determinísticas, realizadas por um único interveniente e não instanciadas a um determinado equipamento. Utiliza-se sempre que, para a sua melhor interpretação, seja necessário incorporar realidades que não apenas textos como imagens, tabelas e outros objetos de dimensão não comportável no Portal de Processos.
- Programa – Grupo de programas inter-relacionados centralizados e coordenados para alcançar um determinado objetivo. O programa agrega vários programas numa estrutura lógica e compreensiva da ligação entre eles ou, caso não exista essa ligação direta, terá de permitir perceber o todo pela soma das várias partes. Ao contrário do plano, não carece de ter indicação temporal.
- Plano – Descrição de atividades visando um fim comum. Este documento deve ser utilizado para descrever uma série de atividades balizadas no tempo, nominalmente ou de forma indicativa e deve permitir identificar quem é o responsável pela sua execução e acompanhamento.
- Orientação Técnica – Esclarecimento preciso de apoio à decisão ou concretização de tarefas, suportado em parâmetros de referência quando aplicável, que indica a forma apropriada para o fim pretendido.

Importante frisar que qualquer colaborador tem acesso a esta mesma plataforma de gestão documental, bastando para tal efetuarem o *login* num computador do hospital com o seu *username* e *password* (dados fornecidos pelo departamento de RH's no ato de admissão no HLX).

Em relação ao FMS.5.1.EM4, o hospital, conforme mencionado anteriormente, possui um contrato com uma empresa de gestão de resíduos externa que garante o descarte seguro de todos os materiais perigosos e respetivos resíduos, conforme o que está definido em legislação nacional e regulamentação aplicável.

Capítulo IV - Resultados e Discussão

IV.1 - Programa de Melhoria Contínua FMS

Este Programa, tal como mencionado no subcapítulo III.1 - , possui como principais *inputs* as auditorias feitas pelo DCQ, devido à pertinência das suas constatações. O planeamento destas auditorias foi estipulado entre a Direção do HLX, responsável pelo projeto de acreditação e o DCQ.

No entanto, o Programa de Melhoria Contínua FMS não é alimentado apenas pelas evidências recolhidas nas auditorias DCQ, englobando também outro tipo de ações que visam a melhoria contínua, como é o caso de:

- Auditorias FMS & Friends;
- Auditorias à triagem e descarte de resíduos de SMP's;
- Investigação de Acidentes de Trabalho envolvendo exposição a agentes químicos;
- Revisões documentais efetuadas aos documentos elaborados no âmbito das SMP's.

IV.1.1 - Auditorias DCQ

A importância das auditorias (normais e focalizadas) da DCQ é bastante elevada, até porque existem programas FMS que à data não possuem qualquer inspeção registada por parte de autoridades reguladoras nacionais.

O agendamento das auditorias DCQ foi feito juntamente com o Responsável do Projeto de Acreditação JCI e a Administração; e foram organizadas da seguinte forma:

- Auditoria de 13, 14 e 15 de março de 2017: Ponto de situação dos primeiros quatro meses de trabalho, no âmbito do projeto de acreditação JCI.
- Auditoria de 16, 17, 18, 19 e 20 de outubro de 2017: Ponto de situação final pré-auditoria, dado que a data esperada para a realização da mesma seria a semana de 18 a 22 de Dezembro. Nesta auditoria houve especial incidência nos registos e evidências dos últimos 6 meses, porque é esta janela temporal de registos que

os auditores JCI irão solicitar na auditoria documental. No entanto, podem sempre solicitar dados prévios a este período de tempo, igualmente simulado nesta auditoria. A auditoria de outubro foi também uma auditoria focalizada nas não conformidades identificadas na auditoria de março.

- Auditoria de 31 de janeiro e 1 de fevereiro de 2018: Auditoria Final pré-auditoria, que terá lugar na semana de 12 a 16 de Março de 2018. Esta auditoria é, mais uma vez, uma auditoria focalizada nas não conformidades identificadas.

A auditoria de 13, 14 e 15 de março de 2017 teve como resultado uma taxa de conformidade de 55%.

A auditoria de 16, 17, 18, 19 e 20 de outubro de 2017 teve como resultado global uma taxa de conformidade de 81%. No entanto, os padrões FMS.5 e FMS.5.1, específicos das SMP's, totalizaram uma conformidade de 85%. Relativamente às não conformidades integrantes dos 15% remanescentes, foram estipuladas medidas corretivas em sede de grupo de trabalho para que estas sejam colmatadas.

A auditoria de 31 de janeiro e 1 de fevereiro de 2018 teve como resultado global uma taxa de conformidade inferior 66%. A redução da nota percentual de conformidade desta auditoria em relação à anterior realizada em outubro, tem que ver com dois principais fatores:

- O facto de ser, mais uma vez, uma auditoria focalizada nas não-conformidades identificadas nas duas auditorias anteriores.
- Algumas das medidas definidas para fazer face às não conformidades identificadas ainda se encontravam em fase de implementação.

Em relação aos subcapítulos específicos das SMP's (FMS 5 e FMS 5.1), a taxa de conformidade foi de 65%, igualmente inferior à taxa obtida na auditoria anterior, pelas razões supracitadas.

IV.1.2 - Auditorias FMS & Friends

Na primeira das auditorias internas realizadas pelo DCQ, 13, 14 e 15 de março de 2017, as principais lacunas formativas identificadas no programa das SMP's tinham que ver com o conhecimento dos colaboradores em relação aos seguintes itens:

- Onde se localizam as FDS no respetivo serviço;
- Como atuar em caso de derrame acidental de uma substância química ou mistura perigosa;
- Como rotular uma diluição ou preparação de uma substância química.

Cada um dos itens supramencionados foi abordado na formação *online* e alguns deles em sessões de formação presencial. No entanto, e apesar da abrangência de ambas, nem todos os colaboradores sabiam como deveriam de responder em cada um deles. Perante estas lacunas identificadas e a dificuldade em conseguir dotar todos os colaboradores do conhecimento essencial à resposta eficaz numa situação real enquadrada em cada um dos sete programas, foi criado o plano de auditorias formativas anuais "*FMS & Friends*". Os objetivos deste plano de auditorias são:

- Verificar se todos os colaboradores auditados fizeram a formação *online*;
- Verificar o conhecimento dos colaboradores através da simulação das questões que são habitualmente colocadas por parte das auditoras DCQ, para cada um dos sete programas do capítulo FMS e, desta forma, verificar também a eficácia da formação *online*;
- Formar os colaboradores, no local, em cada um dos parâmetros em que o colaborador auditado não dá uma resposta assertiva;
- Simular a atuação do colaborador auditado numa situação específica de cada um dos programas (p.e. etapas de atuação com um extintor ou em caso de derrame);
- Preparar todos os colaboradores, para que cada um saiba responder e agir em conformidade, quando confrontados pelos auditores em futuras auditorias;
- Elaborar Programas de Ação para os Mapas de constatações não conformes, de modo a estimular a melhoria contínua até ao processo de acreditação.

A abrangência deste plano anual de auditorias diz respeito a todos os serviços do hospital e, tal como referido anteriormente, inclui os serviços externos que operam nas infraestruturas do HLX. O planeamento das auditorias foi feito por piso, da seguinte forma:

- Piso -2: semana de 22 a 26/01/2018 – 1 serviço;
- Piso -1: semana de 18 a 27/09/2017 – 17 serviços;
- Piso 0: semana de 13 a 17/11/2017 – 13 serviços;
- Piso 1: semana de 22 a 26/01/2018 – 8 serviços;
- Piso 2: semana de 22 a 26/01/2018 – 4 serviços;
- Piso 3: semana de 22 a 26/01/2018 – 2 serviços;
- Piso 4: semana de 22 a 26/01/2018 – 2 serviços;

O nome “*FMS & Friends*” foi atribuído a este plano de auditorias devido à forma como está organizado. Cada auditoria é feita por duas pessoas, o responsável de auditoria, tutor de um dos sete programas FMS, e o “*Friend*” que é uma das chefias do serviço que será auditado nos dias seguintes à data da auditoria conjunta. A introdução deste segundo elemento na equipa auditora (chefia de outro serviço) prende-se com o facto do mesmo ter uma noção dos principais conceitos abordados em cada um dos sete programas. Desta forma conseguirá explicar o âmbito da auditoria aos seus colaboradores e transmitir a informação dos principais temas abordados. No fundo, não serve apenas como uma preparação para auditoria mas também como uma forma de as chefias conseguirem que as pessoas realizem a formação *online*. Apesar de todos os colaboradores terem recebido a informação por *e-mail*, nem todos responderam ao questionário. As pessoas associam a palavra auditoria a uma avaliação de que são alvo, e o facto da chafia passar a mensagem de que qualquer pessoa do serviço pode ser inquirida, tal como presenciou na auditoria que acompanhou, deixa as pessoas mais alerta. Após esta sensibilização para a temática FMS, a chafia solicita que façam a formação *online* e o respetivo questionário, aumentando assim o conhecimento de cada colaborador nos sete programas e aumentando a taxa de resposta ao questionário

online. De facto, constatou-se que nos dias prévios ao serviço ser auditado, a taxa de resposta desse serviço aumentava.

A segunda figura auditora (“*Friend*”) não tem qualquer responsabilidade na elaboração do relatório da auditoria, sendo esta uma tarefa exclusiva do auditor principal. Todas as constatações ficam registadas num ficheiro comum e de livre acesso a todos os responsáveis de cada um dos sete programas. Cada constatação evidenciada no ficheiro é analisada pelo responsável do programa, na qual se insere a observação não conforme. O responsável do programa FMS estipula uma ação corretiva para colmatar a falha identificada e define a respetiva data de implementação.

Conforme mencionado anteriormente, as auditorias “FMS & Friends” foram realizadas em todos os serviços do hospital, tendo sido inquiridas um total de 312 pessoas, de 47 serviços diferentes. Os itens/questões da grelha de auditoria, relacionados com o FMS.5 e FMS.5.1, a abordar junto de qualquer colaborador foram os seguintes:

1. O profissional tem conhecimento da localização das FDS no seu serviço e das informações desta, mais importantes a reter.

Para obter a conformidade total neste ponto, o colaborador inquirido deve mostrar o local onde está o dossier com as FDS e saber que as seguintes secções são as de maior relevância: Identificação dos Perigos; Armazenagem e Manuseamento; Controlo da exposição/Proteção individual; Medidas a tomar em caso de fugas acidentais; Medidas de primeiros socorros em caso de exposições acidentais.

2. O profissional tem conhecimento de todos os procedimentos a adotar em caso de derrame e de como deve notificar a ocorrência.

Para que possa ser dada a conformidade total neste ponto, o colaborador inquirido deve de ser capaz de descrever todas as seguintes sete etapas:

- 1 - Preparação para a atuação;
- 2 - Efetuar a contenção do derrame;
- 3 - Colheita do produto de contenção;
- 4 - Encaminhamento do resíduo resultante da contenção;

- 5 - Limpeza e desinfeção do local;
 - 6 - Notificação e Investigação;
 - 7 - Avaliação da necessidade de reposição do *kit*.
3. O profissional tem conhecimento das regras de rotulagem das preparações/diluições feitas no Serviço (apenas nos serviços onde seja aplicável).

O profissional deve saber que caso efetue uma diluição terá que colocar no rótulo do recipiente da mesma os seguintes elementos:

- Nome da preparação (nome comercial ou da substância ativa principal contida na mesma);
 - Diluição da solução (agentes químicos presentes na mesma);
 - Data da preparação;
 - Advertências de perigo (caso aplicável).
4. O profissional sabe como agir em caso de exposição accidental/salpico para o globo ocular.

Só será dada a conformidade total se o colaborador souber que em caso de exposição accidental/salpico para o globo ocular deve enxaguar o olho exposto com água ou soro durante um período mínimo de 15 minutos. O período de 15 minutos foi definido pelo HLX, tendo por base a informação constante das FDS. A maior parte das FDS não inclui um critério temporal para o enxaguamento dos olhos, no entanto, define-se em 15 minutos, este mesmo período.

A taxa de conformidade das respostas com o que está definido documentalmente pelo HLX foi de 85%, sendo a distribuição desta mesma conformidade por cada uma das questões, a seguinte:

- Pergunta 1: 88%;
- Pergunta 2: 78%;
- Pergunta 3: 94%;
- Pergunta 4: 80%.

A média obtida no âmbito do programa de SMP's, nestas auditorias foi de 85%. Este é um indicador bastante positivo, na medida em que se trata de uma auditoria onde qualquer pessoa do serviço pode ser inquirida, sem qualquer aviso prévio.

Apesar da pertinência das questões números dois e quatro, visto que se referem a procedimentos de segurança específicos para situações de emergência, as percentagens obtidas acabam por ser as mais baixas das quatro questões colocadas. O facto dos kits de derrames apenas terem sido entregues no início do mês de março, acaba por ser a principal razão explicativa da taxa mais baixa obtida nestas quatro questões. Em relação à questão número quatro, a regra escrita nos documentos referente aos 15 minutos ainda não era de conhecimento geral. Para fazer face a tal, esta foi devidamente divulgada na formação dada em cada um dos serviços no ato de entrega dos kits de derrames.

Para além dos parâmetros avaliados em cada item, os auditores podem colocar questões adicionais, não constantes da grelha de auditoria ou visitar qualquer espaço do serviço, por forma a conseguirem identificar mais pontos fracos do serviço no que diz respeito a cada um dos capítulos FMS. Em relação às Substâncias e Misturas Perigosas foram identificados diferentes tipos de observações não conformes (segundo a grelha de auditoria) e ainda observação de situações passíveis de colocar em risco o profissional ou o cliente:

- a) Diversos colaboradores não sabiam onde se localizavam as FDS dos produtos do serviço e qual a informação de maior relevância constante da mesma;
- b) Não existiam ainda *kits* de derrames em alguns serviços;
- c) Diversos colaboradores demonstraram dificuldade em consultar uma FDS;
- d) Frascos de produtos diluídos estavam rotulados, mas a informação apenas continha o nome da preparação. Não continha os restantes dados definidos pelo HLX;
- e) Desconhecimento da obrigatoriedade de notificar na plataforma de gestão de risco do HLX todo e qualquer derrame que ocorra no serviço;

- f) Serviços sem qualquer ponto de água próximo para enxaguamento do globo ocular em caso de exposição acidental;
- g) Procedimentos dos serviços de *outsourcing*, no que diz respeito às SMP's, poderiam não estar de acordo com as exigências documentais impostas pela JCI ao hospital;
- h) Não está definido pela instituição de quem é a responsabilidade de conter e limpar derrames em áreas comuns, por exemplo, no transporte de grandes peças anatómicas mergulhadas em formol entre o Bloco Operatório e o Laboratório de Anatomia Patológica.

Todas as não conformidades ou oportunidades de melhoria supracitadas estão identificadas segundo os respetivos serviços, mas por razões de confidencialidade não foram apresentadas dessa mesma forma. Para cada uma das medidas supracitadas foi elaborada uma medida corretiva, que por sua vez integra o “Plano de ação FMS & Friends” constituído pelos seguintes elementos:

- Medida corretiva a): Sensibilização das chefias para a divulgação da localização do dossier com as FDS no serviço, por todos os colaboradores;
- Medida corretiva b): Entrega de kits de derrames em todos os serviços onde substâncias químicas ou misturas perigosas sejam armazenadas ou manipuladas. Formação no ato de entrega do *kit*: Como atuar em caso de derrame de um produto químico?!;
- Medida corretiva c): Auditoria seguinte realizada no âmbito do programa “FMS & Friends” mais focalizada no conhecimento das FDS por parte dos colaboradores nos serviços onde esta lacuna foi identificada;
- Medida corretiva d): Auditoria seguinte realizada no âmbito do programa “FMS & Friends” mais focalizada no conhecimento das regras de rotulagem de diluições ou preparações;
- Medida corretiva e): Auditoria seguinte realizada no âmbito do programa “FMS & Friends” mais focalizada na atuação em caso de derrame de um produto químico;

- Medida corretiva f): Auditoria aos espaços onde foi evidenciada a falta de um ponto de água limpa para enxaguamento do globo ocular em caso de exposição accidental, de modo a avaliar a necessidade de implementação de uma medida alternativa (p.e. bisnagas de soro).
- Medida corretiva g): Auditoria aos procedimentos dos serviços de *outsourcing* para apurar a sua conformidade com os procedimentos internos do HLX.
- Medida corretiva h): Revisão documental ao procedimento de atuação em caso de derrame de SMP's, por forma a incluir a atuação em caso de derrame em zonas comuns, como é o caso de corredores de circulação ou elevadores.

IV.1.3 - Investigação de Acidentes de Trabalho

Ao longo do ano de 2017 foram registadas duas ocorrências de acidente de trabalho envolvendo exposição a agentes químicos. Ambas as ocorrências datam da segunda quinzena do mês de outubro e ocorreram por projeção de gotículas de agentes químicos para o globo ocular. A entrevista de investigação de ambos os acidentes de trabalho foi feita a 29/12/2017 e a descrição apurada decorrente de ambas as entrevistas foram as seguintes:

- AT de 23/10/2017: “Ao pegar no detergente para desinfetar a casa-de-banho, a embalagem escorregou da mão da sinistrada e caiu no chão. Assim que embateu no chão, o agente salpicou para a face e olhos da mesma”;
- AT de 28/10/2017: “Após fazer a limpeza de uma mesa no piso de internamento, a sinistrada estava a desinfetar as mãos com a Solução Antisséptica de Base Alcoólica (SABA), localizada no suporte do carro de alta quando a mesma salpicou para a face e olhos da sinistrada”.

Para cada uma das ocorrências foram estipuladas ações corretivas, que se definem como ações que visam a redução do risco de um acidente de trabalho semelhante (com causas comuns) ocorrer novamente. Este mapa de ações corretivas é compilado durante todo o ano com todas as ocorrências registadas e enviado para a administração do HLX.

Do AT de 23/10/2017 não resultou qualquer ação corretiva, dado que não foi indicada pela colaboradora qualquer razão para a aparente escorregadela da embalagem da mão

da sinistrada. As razões que levaram à ocorrência do AT de 28/10/2017 foram devidamente identificadas. O suporte onde se encontra o dispensador da SABA localiza-se, no carro de altas, a uma altura compreendida entre o ombro e o cotovelo de grande parte dos colaboradores do HLX. Ao acionar o dispensador, a SABA sai com muita pressão, provocando algumas vezes salpicos. Ao colocar a mão mais elevada que o próprio cotovelo, estando a sinistrada na direção do jato, a probabilidade da mesma salpicar para o tronco, ou até mesmo para a face é significativa caso a mão seja incorretamente colocada. Deste AT resultaram duas ações corretivas. A primeira tem que ver com a altura a que está colocado o suporte da SABA: este terá que ser colocado mais baixo, de modo a que passe a estar a uma altura compreendida entre o cotovelo e o punho da maior parte dos colaboradores (5/6 do género feminino). A segunda ação redigida no mapa foi a de sensibilização das colaboradoras que trabalham com os carros de altas de internamentos para não acionarem os dispensadores de SABA perpendicularmente colocadas à direção do jato, mas sim paralelamente ao mesmo.

IV.1.4 - Revisões documentais

Todos os quatro documentos elaborados no âmbito das SMP's, à exceção do modelo de registo e investigação de derrame accidental de Substâncias e Misturas Perigosas, foram alvo de revisões documentais. A necessidade de revisão de um documento pode surgir derivada de inúmeras razões, como é o caso de:

- Alterações dos padrões JCI e dos respetivos EM's;
- Alterações que resultam de programas de ação decorrentes das ações do Programa de Melhoria Contínua;
- Situações que surjam e que não estejam ainda previstas nos documentos e respetivos circuitos implementados;
- Revisão dos requisitos a que o documento pretende dar resposta, podendo ser solicitado novo parecer (com novos EM's) ao DCQ.

O procedimento de atuação em caso de derrames de SMP's sofreu a sua primeira revisão devido à reedição do Manual da JCI para a sua sexta versão, visto que a sua criação foi feita segundo os requisitos da quinta edição. De seguida, sofreu ainda duas

revisões adicionais que tinham que ver com a introdução de um novo passo no procedimento e alteração do corpo do texto de cada uma das etapas a realizar em caso de derrame, visto que alguns passos não estavam devidamente explícitos, *feedback* recebido por *e-mail* por parte dos leitores do documento.

Em relação ao Plano de gestão e controlo de SMP's, este não necessitou de ser revisto segundo a 6ª edição porque foi criado segundo a mesma. Na segunda versão do documento foram corrigidos alguns erros de nomenclatura, nomeadamente ao nível das siglas utilizadas, e revistos os EM's, tendo sido pedido novo parecer aos EM's a que o documento pretende dar resposta. Para uma segunda revisão (3ª edição do documento), foram incluídas todas as licenças e alvarás que o hospital e o serviço de *outsourcing* de gestão de resíduos possuem para a recolha e tratamento de resíduos hospitalares.

A orientação técnica "Controlo, Armazenagem e Manipulação de SMP's" sofreu a sua primeira revisão devido à reedição do Manual da JCI para a sua sexta versão, visto que a sua criação foi feita segundo os requisitos da quinta edição. De seguida, foram revistos os EM's, tendo sido pedido novo parecer aos EM's a que esta segunda revisão pretendia dar resposta.

IV.2 - *Kits* de derrames de substâncias químicas ou misturas perigosas

A escolha dos 15 consumíveis que constituem o *kit* foi feita tendo por base o *kit* da outra unidade do grupo já acreditada pela JCI e as opções de mercado que existem para este tipo de *kits*.

Existem diversos tipos de *kits* de derrames químicos no mercado, e alguns que por sinal até vão bastante de encontro ao *kit* que se pretendia implementar no HLX. No entanto, optou-se por constituir o *kit* internamente, em detrimento da compra de um já feito, devido aos seguintes fatores:

- Preço dos *kits* completos disponibilizados no mercado ascendiam ao dobro do preço final do *kit* montado;

- Os sacos para descarte dos resíduos resultantes da contenção de derrames não iam de encontro ao preconizado na política de gestão de resíduos do hospital. Os sacos têm que ser de cor vermelha para minimizar o risco de descarte incorreto deste tipo de resíduos, visto que terão de ser encaminhados para o contentor vermelho de grupo IV – resíduos perigosos;
- Alguns dos consumíveis já tinham sido adquiridos pelo HLX e como tal não necessitavam de ser abertos novos códigos na central de compras, nem de aguardar a expedição por parte do fornecedor, dado que já se encontravam em *stock* nos armazéns do HLX;

A opção por um *kit* de material absorvente granulado/areado em detrimento de um com material absorvente de panos, tem que ver com a quantidade de produto potencialmente derramado e com a eficácia da absorção do mesmo.

Conforme mencionado no subcapítulo anterior III.2 - , os *kits* de derrames possuem consumíveis-base que são comuns a todos os *kits* e consumíveis que diferem de um para outro, de acordo com o tipo de produtos presentes no serviço, como é o caso do tipo de material absorvente e o tipo de proteção individual utilizada.

No caso de estarmos perante um serviço onde sejam manuseados ou armazenados ácidos, o material absorvente constituinte do *kit* é o específico para ácidos e as luvas utilizadas são de nitrilo reforçadas específicas para manipulação de ácidos. Caso o produto derramado não seja um ácido, mas se trate de formol, as luvas utilizadas voltam a ser as de nitrilo normais (consumível-base) e a máscara utilizada terá que ser uma máscara de filtros ABEK, devido à perigosidade associada a esta substância.

Caso o derrame ocorra dentro de um serviço, a responsabilidade da sua contenção é exclusiva dos colaboradores do serviço que executavam qualquer tipo de tarefa com o produto que acabou por derramar. A contenção de um derrame resultante de uma ocorrência deste tipo tem de ser feita com o respetivo *kit* do serviço.

A definição da responsabilidade da contenção em zonas comuns, não tinha sido planeada no momento em que o procedimento foi redigido na sua primeira versão. No entanto, uma ocorrência em específico despertou algumas questões dentro do HLX. Esta

ocorrência teve que ver com uma situação ocorrida no último trimestre do ano de 2017 onde um fornecedor, que ia a fazer uma entrega num serviço, derramou um produto num corredor interno de circulação de colaboradores. Devido à falta de regra escrita da responsabilidade da contenção neste tipo de caso, as questões levantadas foram as seguintes:

- A responsabilidade da atuação na contenção do derrame é do serviço ao qual a encomenda se destina?
- A responsabilidade é do serviço mais perto do local exato onde ocorreu o derrame?
- A responsabilidade é do fornecedor que se deveria de fazer acompanhar de um *kit* de derrame no ato de entrega da encomenda no serviço?
- A responsabilidade é da Central de Segurança que foi quem deu o cartão de acesso para a entrada do fornecedor no HLX?

Para o efeito, ficou definido na nova versão do procedimento (versão 3) que o colaborador ou fornecedor que transporta o produto, em caso de derrame, deverá entrar em contacto com a Central de Segurança através dos respetivos contactos telefónicos, presentes no verso do cartão de “Visitante/Fornecedor” que possui, para que um vigilante se desloque ao local e garanta a segurança da área onde ocorreu o derrame. Em simultâneo, o vigilante informa o serviço de limpeza da ocorrência através da respetiva extensão, e a encarregada que atender deslocar-se-á ao local com um *kit* de derrames adequado para o efeito. O incidente deverá ser notificado de acordo com o passo nº 6 do procedimento pela encarregada de limpeza que atuou sobre o derrame. No entanto, as colaboradoras da limpeza terão um papel a desempenhar em todos os derrames ocorridos no hospital, conforme é visível através do passo nº 5 do procedimento.

Para efeitos de notificação de ocorrências de derrames de substâncias, a plataforma de gestão de risco do HLX permite ao sujeito notificador escrever em caixas de texto livres, por forma a dar conhecimento daquilo que achar pertinente. No caso dos derrames, e para se certificar que a informação que chega não é parcial, mas sim toda a informação

essencial à investigação do derrame, foi criado o modelo constante do Anexo 3. Este modelo possui 11 campos de preenchimento obrigatório.

Em caso de exposição ocular acidental a agentes químicos, quer durante a atuação em caso de derrame, quer durante a manipulação, ou até mesmo o descarte o colaborador deve:

- Dirigir-se a uma estação lava-olhos, caso desempenhe funções em serviços laboratoriais, dado que são os únicos que possuem lava-olhos;
- Dirigir-se a um ponto de água (limpa) onde possa enxaguar o globo ocular exposto;
- Enxaguar durante 15 minutos. O tempo de enxaguamento do globo ocular foi definido com base nas fichas de dados de segurança avaliadas, cujo tempo mínimo são os 15 minutos.

Não se encontra definido o intervalo ótimo para o acionamento periódico dos lava-olhos e chuveiros de emergência. Estes testes periódicos à operacionalidade de ambos os equipamentos tem que ver com a salubridade com que a água sai dos pontos de água do mesmo. Já foi reportado um episódio onde a água que saiu do lava-olhos, quando acionado, estava com uma tonalidade castanha.

IV.3 - Formação *online*: Gestão e Segurança das Instalações

Conforme mencionado no capítulo Capítulo III -, a Formação *online* era constituída por 28 *slides*. Cada um dos responsáveis dos programas tinha apenas um número máximo de 4 *slides* para colocar a informação que achava mais pertinente passar aos formandos. Especificamente em relação ao capítulo das SMP's, os conteúdos distribuídos pelos slides foram os seguintes:

- **Slide nº 10** – Objetivo da criação de um Programa de Gestão e Controlo de SMP's; Seis itens que todos os colaboradores que estejam em contacto com SMP's devem de saber, como é o caso, por exemplo, da correta armazenagem e manipulação segundo as indicações facultadas na FDS.

- **Slide nº 11 e 12** – Circuito de gestão de SMP's e principais aspetos a ter em linha de conta em cada uma das fases do circuito:
 - Compra do produto: parecer da saúde e segurança no trabalho e GCL-PPCIRA;
 - Receção do produto: confirmação de referências e verificação do estado da embalagem, rotulagem e FDS em português;
 - Armazenagem: segundo as recomendações da FDS; Regra HLX: embalagens de vidro, ácidos ou produtos corrosivos devem de ser armazenados nas prateleiras de níveis inferiores;
 - Manipulação: Saber a localização das FDS; Utilizar o EPI adequado; Regra HLX: enxaguar durante 15 minutos em caso de exposição accidental ao globo ocular; Saber a localização do kit e como o utilizar; Regra HLX: Rotular as preparações/diluições de acordo com as regras instituídas;
 - Descarte dos resíduos: de acordo com o manual de gestão de resíduos do HLX e da FDS.

IV.3.1 - Questionário online

Os dados que de seguida serão apresentados, relativos ao questionário *online*, são referentes ao período compreendido entre o dia 15/09/2017 (data de lançamento do questionário) e o dia 16/02/2018 (5 meses de dados). O *link* para realização do questionário *online* FMS permanece aberto, no entanto, num outro coletor de dados ativo. Apenas era possível extrair os dados de cada uma das questões, caso fosse feito um estudo de coorte, onde o dia selecionado para a secção da recolha de dados foi o dia 16/02/2018.

Ao extrair os dados do *SurveyMonkey* foram identificadas, ao longo dos cinco meses, 1724 entradas no *link* para realização do questionário. Após a análise de todos os dados recolhidos, apenas 1153 respostas ao questionário foram consideradas válidas.

Os colaboradores com taxa de sucesso inferior a 70% teriam de repetir o questionário, visto que era considerado com uma nota negativa. No entanto, o questionário

evidenciou um elevado conhecimento dos conteúdos abordados, dado que a média das classificações obtidas no mesmo foi de 92,53%.

A população-alvo da formação *online* do questionário foi o conjunto de colaboradores, com vínculo direto ao HLX ou não, que desempenhem funções nas instalações do hospital. As amostras referentes a serviços como é o caso da Direção Administrativa e Financeira e do *Call Center*, foram todas excluídas das amostras válidas após análise dos dados do questionário.

As outras razões que motivaram a acentuada diferença entre as respostas recolhidas e as respostas válidas para análise foram:

- 104 pessoas não se identificaram através da variável nome ou serviço, não permitindo ao grupo de trabalho localizar os serviços com maiores lacunas de formação ao nível dos temas abordados no questionário.
- Algumas desistências a meio do questionário. O facto de algumas pessoas iniciarem o questionário e não o concluírem pode ter variadas razões, como é o caso de: interrupção da rede de internet a meio do questionário; questionário muito extenso, apesar de ser de escolha múltipla; a maior parte das pessoas realizou o questionário em horário laboral, o que pode levar a interrupções momentâneas ou definitivas.

O facto da média das notas finais do questionário se centrarem nos 92,53% é um indicador bastante positivo do conhecimento dos colaboradores, no que diz respeito aos sete programas do FMS. No entanto, é importante frisar que a taxa de resposta não chega a 50% do número de colaboradores que faziam parte da população-alvo deste questionário. A forma de divulgação foi definida juntamente com a Direção Partilhada de Recursos Humanos e considera-se eficaz, no entanto, apesar do ênfase, na divulgação, da obrigatoriedade da realização do questionário, cada colaborador é livre de optar se realiza ou não questionário.

Para além das questões com opções de escolha múltipla, os inquiridos podiam deixar algum tipo de comentário ao questionário, e o *feedback* foi bastante positivo após a análise dos 85 comentários. Os comentários centraram-se bastante na pertinência da



formação, na clareza das questões colocadas e em elogios a esta iniciativa que, tal como foi referido anteriormente, se tornou inovadora no HLX, dado que para estes mesmos temas a formação sempre foi dada em regime presencial.

Conclusão

O presente trabalho foi despoletado pelo processo de acreditação da *Joint Commission International*, tendo por base todos os aspetos legais e regulamentares aplicáveis à matéria das SMP's. A implementação de um sistema gestão e controlo de SMP's é algo que, segundo a revisão bibliográfica efetuada, se pode considerar inovador, ainda para mais no setor da saúde, em Portugal.

A política do grupo de saúde em causa defende a uniformização de processos e documentos para todas as unidades localizadas noutros pontos do país. Todos documentos terão que ser revistos pelas restantes unidades hospitalares onde decorreu o trabalho, dado que as restantes incluem hospitais ou clínicas com menor dimensão, para os quais podem não fazer sentido alguns pontos da documentação produzida para as SMP's. Assim, espera-se que as outras unidades do grupo olhem para este trabalho, não como um sistema que visa dar resposta a alguns requisitos para obter uma acreditação, mas sim como um sistema que, acima de tudo, procura proteger a saúde e segurança dos colaboradores que nele coexistem com substâncias químicas e misturas perigosas.

Fazendo um balanço do processo de criação de todo o sistema de gestão de SMP's implementado, o balanço é bastante positivo. Este projeto teve o apoio total por parte do Conselho de Administração, todas as partes integrantes do sistema receberam muito bem as tarefas preconizadas no sistema para cada um, respetivamente, inclusive chefias, auxiliares de armazém, etc.

Os padrões da JCI específicos das substâncias químicas e misturas perigosas foram em tudo respeitado pelo que estava preconizado na legislação e regulamentação aplicável. O facto de a JCI definir que sempre que houver uma sobreposição do padrão JCI numa determinada área, e a legislação nacional ou regulamentação, caso esta for mais rígida, que acabou por se suceder, deve vigorar o requisito que for mais exigente. Podemos concluir, inclusive que a legislação nacional e regulamentação CE aplicável em tudo se sobrepõem aos requisitos JCI, sempre que as mesmas ocorram.

A definição das diversas etapas do sistema foi suportada na experiência de acreditação da outra unidade hospitalar do grupo, esta já possui um sistema idêntico há cinco anos. Este facto permitiu implementar um sistema renovado, que integra as lacunas identificadas ao longo dos anos no sistema de gestão da outra unidade (Figura III.2-1).

Em relação à implementação deste mesmo sistema de gestão a principal dificuldade tem que ver com o fornecimento de fichas de dados de segurança por parte dos fornecedores dos produtos já existentes no HLX. Devido a este facto, houve fornecedores cujos produtos foram descontinuados devido ao não envio das FDS após repetidas solicitações das mesmas.

Outra das dificuldades sentidas na implementação deste sistema de gestão foi o facto de, nomeadamente na fase de descarte de resíduos, ter aumentado bastante a tonelagem de resíduos de grupo IV – Resíduos Perigosos, principalmente. Isto porque, anteriormente, bastantes resíduos eram indevidamente descartados para o lixo comum. Outra dificuldade que está diretamente ligada com o descarte foi a mudança de práticas de descarte através da formação e sensibilização dos colaboradores, no entanto ainda não foi abrangido todo o hospital. Assim, continuam a haver alguns produtos que são descartados indevidamente, mas será temporário.

Apesar do muito trabalho que foi desenvolvido no hospital nos últimos meses, haverá ainda margem de progressão. A realização de um simulacro é algo que é solicitado no âmbito de outros planos de FMS, como o caso do Plano de Segurança contra Incêndio ou Plano de Catástrofes. A execução de um simulacro de derrame de uma SMP era algo que seria bastante vantajoso para testar a eficácia da formação dada neste âmbito e dos *kits* adquiridos e distribuídos. No entanto, esta apenas poderá ser realizada dentro de um prazo de 6 meses, visto que a formação dada no âmbito do simulacro foi muito recente. No momento de realização deste simulacro, seria importante testar o cenário passível de maior complexidade, como é o caso de derrames em zonas comuns. Desta forma, será testada a resposta e articulação de diversos serviços como é o caso da central de segurança e da limpeza.

A abrangência das ações de formação realizadas não foi a esperada, visto que ficou abaixo dos 50%. Para conseguirmos abranger um maior número de pessoas, será sugerido, em reunião juntamente com os Recursos Humanos o envio da lista de nomes dos faltosos por serviço para a respetiva chefia. Ao receber irá alertar o colaborador faltoso para a necessidade realização do questionário o mais brevemente possível. Em relação aos colaboradores que responderam ao questionário, podemos concluir que o seu desempenho foi fantástico, excedendo a meta dos 90% de sucesso na resposta.

Outro aspeto que não foi contemplado na metodologia e resultados nos capítulos III e IV, foi a manutenção dos lava-olhos existentes. O hospital possui 5 estações de chuveiro com lava-olhos acoplado, tendo sido reportada insalubridade da água no ato de acionamento destas estações. Seria de extrema importância definir de quem é a responsabilidade de manutenção e acionamento dos lava-olhos, por forma a diminuir este tipo de ocorrências. Dos cinco serviços que possuem lava-olhos, apenas o laboratório de anatomia patológica executa acionamentos da estação com a respetiva grelha de registos. A periodicidade de acionamento do lava-olhos é semanal, no entanto o chuveiro poderá apenas requerer acionamentos mensais. Terá que ser feita uma avaliação do critério de periodicidade de realização destes testes, para que se consiga definir o tempo mínimo ideal para acionamento da estação.

Referências bibliográficas

- ACT. (n.d.). Autoridade para as condições do trabalho - Evolução Histórica. Retrieved March 14, 2018, from [http://www.act.gov.pt/\(pt-PT\)/SobreACT/QuemSomos/EvolucaoHistorica/Paginas/default.aspx](http://www.act.gov.pt/(pt-PT)/SobreACT/QuemSomos/EvolucaoHistorica/Paginas/default.aspx)
- Agência Portuguesa do Ambiente. (2012). Regulamento CLP - FAQ's. Lisboa.
- Augusto Mateus & Associados. (2017). Setor Privado da Saúde em Portugal. Lisboa.
- Beck, U. (1998). *La Sociedad del Riesgo - Hacia una nueva modernidad*. Vasa. Barcelona: Paidós Básica. <http://doi.org/10.2307/2579937>
- Bell, D. (1973). *O advento da sociedade pós-industrial: uma tentativa de previsão social*. Brasil: Cultrix. Retrieved from <https://books.google.pt/books?id=subHOwAACAAJ>
- Carvalho, H. I. L. (2005). *Higiene e segurança no trabalho e suas implicações na gestão dos recursos humanos: o sector da Construção Civil*. Universidade do Minho.
- EU-OSHA. (n.d.). Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. Retrieved January 23, 2018, from <https://osha.europa.eu/pt/themes/dangerous-substances>
- EU-OSHA. (2007). Previsões de peritos sobre os riscos biológicos emergentes relacionados com a segurança e a saúde no trabalho. *Facts*, (84), 2.
- Eurofound. (2017). *Sixth European Working Conditions Survey - Overview report (2017 update)*. Luxemburgo. Retrieved from https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1634en.pdf%0Ahttps://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2016/working-conditions/sixth-european-working-conditions-survey-overview-report
- Hansen, S. F., Carlsen, L., & Tickner, J. A. (2007). Chemicals regulation and precaution: does REACH really incorporate the precautionary principle. *Environmental Science and Policy*, 10(5), 395–404. <http://doi.org/10.1016/j.envsci.2007.01.001>

Joint Commission International - Who is JCI. (n.d.). Retrieved January 10, 2018. Retrieved from <https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/who-is-jci/>

Neto, H. A. V. (2007). *Novos Indicadores De Desempenho Em Matéria De Higiene E Segurança No Trabalho: Perspectiva De Utilização Em Benchmarking*. Universidade do Minho.

Neto, H. V. (2011). *Segurança e saúde no trabalho em Portugal: um lugar na história e a história de um lugar*. *International Journal on Working conditions (RICOT Journal)*.

Pinto, A. (2009). *Sistemas de Gestão da Segurança e Saúde no Trabalho - Guia para a sua implementação (2ª)*. Lisboa: Sílabo. Retrieved from http://www.silabo.pt/Conteudos/8872_PDF.pdf

Legislação, Regulamentação e Normalização

Decreto-Lei nº 225/83, 27 de Maio do Ministério da Qualidade de Vida, Pub. L. No. Diário da República série I, N° 122 de 1983-05-27 (1983). Portugal. Retrieved from www.dre.pt

Decreto-Lei nº 505/85, de 31 de Dezembro da Presidência do Conselho de Ministros, Pub. L. No. Diário da República n.º 301/1985, Série I de 1985-12-31 (1985). Portugal. Retrieved from www.dre.pt

Decreto-Lei nº 280 A/87, de 17 de Julho do Ministério do Plano e da Administração do Território, Pub. L. No. : Diário da República série I, N° 162 de 1987-07-17 (1987). Portugal. Retrieved from www.dre.pt

Decreto-Lei nº 82/95, de 22 de Abril do Ministério do Ambiente e Recursos Naturais, Pub. L. No. Diário da República n.º 95/1995, Série I-A de 1995-04-22 (1995). Portugal. Retrieved from www.dre.pt

- Decreto-Lei nº 98/2010, de 11 de agosto do Ministério do Ambiente e do Ordenamento do Território, Pub. L. No. Diário da República n.º 155/2010, Série I de 2010-08-11 (2010). Portugal. Retrieved from www.dre.pt
- Despacho 242/96 de 5 de Julho do Ministério da Saúde, Pub. L. No. Diário da República n.º 187/1996, Série II de 13-08-1996 (1996). Portugal. Retrieved from www.dre.pt
- Directiva 67/548/CEE, do Conselho, de 17 de Junho, Jornal Oficial das Comunidades Europeias, 13/Vol. 01, 1967.
- Directiva 1999/45/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 31 de Maio, Jornal Oficial das Comunidades Europeias, L 200, 1999.
- Lei nº 35/2004, de 29 de Julho da Assembleia da Republica, Pub. L. No. Diário da República: série I, Nº 177 de 2004-07-29 (2004). Portugal. Retrieved from www.dre.pt
- Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro da Assembleia da República - Código do Trabalho, Diário da República 926–1029 (2009). Portugal. Retrieved from www.dre.pt
- Portaria nº 209/2004 de 3 de Março dos Ministérios da Economia, da Agricultura, Desenvolvimento Rural e Pescas, da Saúde e das Cidades, Ordenamento do Território e Ambiente, Pub. L. No. Diário da República n.º 53/2004, Série I-B de 03-03-2004 (2004). Portugal. Retrieved from www.dre.pt
- Regulamento (CE) nº 1907/2006, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 18 de Dezembro, Jornal Oficial da União Europeia, L 136, 2006.
- Regulamento (CE) nº 1272/2008, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 16 de Dezembro, Jornal Oficial da União Europeia, L 353, 2008.
- Regulamento (CE) nº 1005/2009, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 16 de Setembro, Jornal Oficial da União Europeia, L 286, 2009.
- Regulamento (UE) nº 453/2010, da Comissão, de 20 de Maio, Jornal Oficial da União Europeia, L 133, 2010.



Regulamento (UE) nº 2015/830, da Comissão, de 28 de Maio, Jornal Oficial da União Europeia, L 132, 2015.

IPQ (2008), NP 4397-2008: Sistemas de gestão de segurança e saúde do trabalho - Requisitos. Caparica: Instituto Português da Qualidade.



Anexos

Anexo 1



Anexo 2

Procedimento: Atuar em caso de derrames de SMP

Âmbito	Descrição da metodologia de atuação em caso de derrame de Substâncias e Misturas Perigosas (SMP).
Objetivo	Uniformizar a metodologia adequada na atuação em caso de derrame de SMP, desde a contenção até ao encaminhamento adequado do resíduo resultante.
Destinatários	Todos os colaboradores envolvidos na armazenagem e manipulação de Substâncias Químicas e Misturas Perigosas.

Descrição

Pré-condições

Os kits de contenção de derrames deverão estar armazenados em local próprio, no serviço de armazenagem e no serviço onde ocorre a manipulação do produto.

Sequência de Ações

Sempre que ocorra um derrame de uma SMP é necessária uma rápida atuação que vise a sua contenção e remoção com técnica adequada, prevenindo a contaminação de outros locais.

As tarefas a executar relativamente às situações de derrame implicam que o profissional utilize equipamento de proteção individual adequado (presente no kit) tendo em atenção a especificidade da SMP (ver Ficha de Dados de Segurança - FDS). Os EPI's constantes do kit devem de ser colocados de acordo as instruções que constam na folha de rosto do kit, redigidas de acordo com o Manual de Equipamentos de Proteção Individual (EPI).

Caso o derrame ocorra dentro de um serviço, a responsabilidade da sua contenção é exclusiva dos colaboradores do serviço que executavam qualquer tipo de tarefa com o produto que acabou por derramar. A contenção de um derrame resultante de uma ocorrência deste tipo tem de ser feita com o respetivo kit do serviço.

Se o derrame ocorrer em áreas comuns, como é o caso, por exemplo, de corredores de circulação (fora dos serviços) a responsabilidade da sua contenção está alocada ao serviço de limpeza. Para o efeito, o colaborador ou fornecedor que transporta o produto derramado, deverá entrar em contacto com a Central de Segurança através da extensão respetiva ou do contacto direto por telemóvel se existir, para que um vigilante se desloque ao local e garanta a segurança da área onde ocorreu o derrame. Em simultâneo, o vigilante informa o serviço de limpeza da ocorrência através da extensão respetiva, e a encarregada que atender deslocar-se-á ao local com um kit de derrames adequado para o efeito. O incidente deverá ser notificado de acordo com o passo nº 6 da tabela infra pela encarregada de limpeza que atuou sobre o derrame.

Aquando da ocorrência de um derrame, o colaborador deve cumprir, sequencialmente, cada uma das seguintes etapas:

Procedimento: Atuar em caso de derrames de SMP

Nº	Nome e Descrição	Código Modelo	Aplicação
1	Preparação para a atuação: Consultar a ficha de dados de segurança do produto derramado e verificar as especificidades da atuação em caso de derrame e utilização de proteção individual. O colaborador deve dotar-se dos EPI's adequados constantes do kit. Sinalização com fita adesiva do kit da área onde ocorreu o derrame.		
2	Efetuar contenção do derrame: Despejar o material absorvente do kit, tanto quanto necessário tendo em conta o volume de produto derramado, por cima do derrame e aguardar até os grânulos absorverem a totalidade do produto.		
3	Colheita do produto de contenção: Com a pá e a espátula constantes do kit, apanhar os grânulos absorventes utilizados na contenção.		
4	Encaminhamento do resíduo resultante da contenção: O material absorvente utilizado resultante da contenção do derrame (material absorvente) deve de ser colocado no saco vermelho constante do kit. A pá e a espátula são reutilizáveis, para tal, as mesmas devem de ser colocadas no saco preto presente no kit. Este saco deve de ser levado até ao local, dentro do serviço, onde o material será higienizado e desinfetado com água limpa e o produto de alta desinfeção com pano/mopa. A embalagem do produto, caso fique totalmente vazia, deve de ser encaminhada de acordo com as indicações da FDS.		
5	Limpeza e desinfeção do local: Realizar descontaminação química utilizando o produto de alta desinfeção com pano/mopa. Após esta limpeza, o profissional que conteve o derrame deve de descartar os EPI's utilizados (batas, luvas, máscaras), no mesmo saco onde se encontra já o material absorvente. Deve fechar o saco com a abraçadeira de plástico constante do kit e colocar o saco bem fechado em contentor do grupo IV – Resíduos Perigosos. Chamar a equipa de limpeza através da extensão respetiva para higienizar o local. Procedimento: sinalizar o local com sinalética vertical; retirar a sinalética autocolante do chão; enxaguar com água e limpar com pano/mopa; secar bem a superfície; colocar pano/mopas utilizados em saco próprio.		
6	Notificação e Investigação: Após a limpeza e desinfeção total do local onde ocorreu o derrame e arrumação do kit utilizado, o responsável do serviço, ou o seu substituto deve preencher o Modelo de Registo e Investigação de Derrame Acidental de SMP. O modelo deve de ser digitalizado e submetido juntamente com a notificação do incidente na plataforma digital de gestão de risco do hospital.	Modelo de Registo e Investigação de Derrame Acidental de SMP	

Procedimento: Atuar em caso de derrames de SMP

Nº	Nome e Descrição	Código Modelo	Aplicação
7	Avaliação da necessidade de reposição do kit: O Responsável do Serviço avalia a necessidade de reposição do kit, tendo em conta os consumíveis gastos na contenção do derrame e deve de o solicitar diretamente ao serviço de Compras.		

Modelos / Templates / Objetos de Dados

Código	Descrição	Suporte	Arquivo		Tempo Retenção	Destino
			Respons.	Local		
MOD.000469	Modelo de Registo e Investigação de Derrame Acidental de SMP.	Papel/Informático	Saúde e Segurança no Trabalho			

Controlo de Versões

Versão	Descrição das alterações
1	Criação inicial do documento de acordo com a 5ª Edição do Manual da JCI.
2	Atualização do documento de acordo com a 6ª Edição do Manual da JCI, sem alteração do conteúdo.
3	Acrescentadas as pré-condições; Na tabela, na sequência número 1 a ordem das frases foi alterada de modo a fazer mais sentido; na sequência número 3 foi substituído Listagem de Substâncias Químicas por FDS; na sequência número 4 foi substituído material por kit; o conteúdo da sequência número 5 foi apagado e resumido; por fim a sequência número 6 também foi editada na íntegra.
4	Alteração das Pré-condições; Alteração das Sequências de Ações; Alteração do corpo do texto das seis etapas existentes e introdução de uma nova etapa no procedimento.

Anexo 3

Registo e Investigação de Derrame Acidental de Substâncias e Misturas Perigosas

Introdução

O presente relatório vem a investigar o Derrame de Substâncias e Misturas Perigosas, de forma a evidenciar o ocorrido e a prevenir futuros acidentes.

Descrição do Derrame Acidental

Localização		Data	
Produto Derramado			
Responsável			

Descrição da Ocorrência
<Resposta a: O quê? Como? Quem?>
Materiais Utilizados na Contenção do Derrame
Consequências da Ocorrência
<Danos materiais e pessoais que possam ter ocorrido>

Identificação de Falhas

Causas Possíveis do Ocorrido:

<Descrição das causas que tenham levado ao derrame>

Selecione a(s) Categoria(s) de Causas que levaram ao Derrame:

- Condições do Local de Trabalho
- Condições de Armazenagem
- Equipamento de Proteção Individual
- Equipamento de Manipulação
- Defeito/Dano na Embalagem
- Falha Humana (desconhecimento, distração, cálculo, manipulação)
- Falta de Informação
- Outros.Quais:

Análise Crítica e Recomendações

Aspetos Positivos

Aspetos Negativos

Recomendações

<Apresentar medidas que considerem adequadas para corrigir falhas identificadas e prevenir novas ocorrências>