



O IMPACTO DA INTRODUÇÃO DE UM SISTEMA DE GESTÃO DOS MEDICAMENTOS  
LASA NA DIMINUIÇÃO DOS CUSTOS NO ACES ESPINHO/GAIA

**Maria da Conceição Gonçalves Braga**



Orientado por Professor Doutor Rui Alberto Ferreira dos Santos Alves



2019

## **AGRADECIMENTOS**

A etapa que agora se finaliza com a apresentação deste trabalho só foi possível com a colaboração dos meus colegas, com uma especial nota de agradecimento ao Dr. Jorge Vinagre e à Enfermeira Patrícia Damasceno que me acompanharam nas auditorias e me ajudaram nas diligências necessárias para a implementação no terreno de algumas atividades assim como às minhas colegas de turno que asseguraram o serviço para eu poder frequentar as aulas e realizar este projeto.

Gostaria ainda de agradecer ao Professor Rui Alves por toda a paciência, encorajamento, atenção, acompanhamento e disponibilidade para me orientar.

Por fim agradecer à minha família e em especial aos meus filhos que descurei um pouco aquando da realização deste meu projeto pessoal de realizar o mestrado.

## RESUMO

Evento adverso relacionado com o medicamento foi definido pelo National Coordinating Council for Medication Error and Prevention (NCCMERP) como “qualquer evento evitável que possa causar ou conduzir ao uso inadequado de medicamentos ou a danos no doente, enquanto a medicação estiver sob o controle do profissional de saúde, doente ou consumidor” (Institute of Medicine, 2007).

Uma abordagem multifatorial deve de ser definida desde o processo de desenvolvimento dos medicamentos, que inclui a seleção do nome de denominação comum internacional (DCI) não semelhante com o som e nomes de marcas pré-existentes, até à verificação dos medicamentos antes da administração.

Um em cada quatro eventos adversos relacionados com a medicação está associado aos medicamentos LASA e estima-se que 1,4% dos erros associados com estes resultem em agravamento do outcome do doente. (Chadwick, 2003). Por outro lado, estes erros também acrescentam despesa aos cuidados de saúde. (Berman, 2004).

A DGS elaborou uma norma sobre os medicamentos LASA, na qual foi definido o papel das instituições prestadoras de cuidados de saúde. Apesar dos riscos associados aos medicamentos LASA foram identificadas barreiras na implementação de medidas de segurança, sendo que na revisão bibliográfica, os artigos são consensuais na necessidade da uniformização de práticas seguras.

Os impactos das medidas implementadas ainda estão a ser estudados sendo que todos os pontos do circuito do medicamento devam de ser auditados com o objetivo de tentar erradicar os erros detetando-o precocemente

**Keywords/Palavras-chave:** LASA, Circuito do medicamento, Gestão de medicamentos, Kaizen

## ABSTRACT

A medication error, according to the National Coordinating Council for Medication Error and Prevention (NCCMERP), is “any preventable event that may cause or lead to inappropriate medication use or patient harm while the medication is in the control of the health care professional, patient, or consumer” (Institute of Medicine, 2007).

A multifactorial approach needs to be defined from the drug development process, which includes selecting a non-similar international common name (ICD), different from pre-existing sound and brand names, to checking drugs before administration.

One in four medication-related adverse events is associated with LASA drugs and it is estimated that 1.4% of errors associated with them result in worsening patient outcome (Chadwick, 2003). On the other hand, these errors also add expense to health care (Berman, 2004).

DGS has developed a standard on LASA drugs, in which the role of healthcare providers has been defined. Despite the risks associated with LASA drugs, barriers in the implementation of safety measures were identified, and the papers in the literature review are consensual in the need for standardization of safe practices.

The impacts of the implemented safety measures are still being analysed, and all points of the drug circuit must be audited in order to try to eradicate errors by detecting them as early as possible.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|                  |                                                                                            |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| ACeS             | Agrupamentos de Centros de Saúde                                                           |
| CSP              | Cuidados de Saúde Primários                                                                |
| EA               | Eventos Adversos                                                                           |
| EUA              | Estados Unidos América                                                                     |
| DGS              | Direção Geral de Saúde                                                                     |
| IA               | Investigação-Ação                                                                          |
| INE              | Instituto Nacional de Estatística                                                          |
| LASA             | Look-Alike Sound-Alike                                                                     |
| LINNEAUS Euro-PC | Learning from International Networks about Errors and Understanding Safety in Primare Care |
| MCDT'S           | Meios complementares de diagnóstico e terapêutica                                          |
| NOC's            | Normas de Orientação Clínica                                                               |
| OMS              | Organização Mundial de Saúde                                                               |
| PNV              | Plano Nacional Vacinação                                                                   |
| RAM              | Reação Adversa Medicamentosa                                                               |
| RNCCI            | Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados                                           |
| UCSP             | Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados                                                |
| UAG              | Unidade de Apoio à Gestão                                                                  |
| UF               | Unidade Funcional                                                                          |
| USF              | Unidade de saúde Familiar                                                                  |

## ÍNDICE DE TABELAS

|                                                                           |    |
|---------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>TABELA 1-</b> Incidentes em CSP                                        | 14 |
| <b>TABELA 2-</b> Recomendações para os Layouts dos Armazéns em CSP        | 18 |
| <b>TABELA 3-</b> Armazenamento de Medicação com Características Especiais | 18 |
| <b>TABELA 4-</b> Classificação ABC                                        | 23 |
| <b>TABELA 5-</b> Classificação XYZ                                        | 24 |

## ÍNDICE DE FIGURAS

|                                                                                                                            |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>FIGURA 1:</b> Identificação dos Custos da Qualidade                                                                     | 13 |
| <b>FIGURA 2:</b> Exemplo de um Armazenamento de Vacinas LASA                                                               | 22 |
| <b>FIGURA 3:</b> Matriz x de Nível 1                                                                                       | 41 |
| <b>FIGURA 4:</b> Matriz X de Nível 1- Implementação de um sistema de gestão de medicação LASA no ACeS Espinho Gaia – Ano 1 | 44 |
| <b>FIGURA 5:</b> Matriz X de Nível 2- Implementação de um sistema de gestão de medicação LASA no ACeS Espinho Gaia – Ano 1 | 45 |
| <b>FIGURA 6:</b> Ciclo PDCA                                                                                                | 46 |
| <b>FIGURA 7:</b> Instrumento Auditoria à aplicação da Norma 20/2014 aplicada Às USF's modelo B do ACeS Espinho/Gaia        | 49 |

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

|                                                                                                                       |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>GRÁFICO 1-</b> O que significa a sigla LASA?                                                                       | 35 |
| <b>GRÁFICO 2-</b> Já teve formação sobre esta temática?                                                               | 35 |
| <b>GRÁFICO 3-</b> Tem conhecimento da lista interna de medicação LASA?                                                | 36 |
| <b>GRÁFICO 4-</b> Reconhecimento de erros concretizados com medicação mesmo que não cheguem a ocorrer                 | 36 |
| <b>GRÁFICO 5-</b> Identificação de medicação LASA nas unidades                                                        | 38 |
| <b>GRÁFICO 6-</b> Estratégias usadas pelos profissionais para evitar erros com a medicação.                           | 38 |
| <b>GRÁFICO 7-</b> Resultado da Auditoria às USF's modelo B do ACeS Espinho/Gaia sobre a aplicação da norma nº 20/2014 | 48 |

## ÍNDICE DE CONTEÚDOS

|                                                                                                                    |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| AGRADECIMENTOS .....                                                                                               | 2         |
| RESUMO.....                                                                                                        | 3         |
| ABSTRACT .....                                                                                                     | 4         |
| LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS .....                                                                               | 5         |
| ÍNDICE DE TABELAS .....                                                                                            | 6         |
| ÍNDICE DE FIGURAS.....                                                                                             | 7         |
| ÍNDICE DE GRÁFICOS.....                                                                                            | 8         |
| ÍNDICE DE CONTEÚDOS .....                                                                                          | 9         |
| 1. INTRODUÇÃO .....                                                                                                | 10        |
| 2. CUSTO DA QUALIDADE E DA NÃO QUALIDADE NA GESTÃO<br>MEDICAMENTOSA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS .....          | 14        |
| 3. CICLO LOGÍSTICO.....                                                                                            | 22        |
| 3.1 Receção.....                                                                                                   | 23        |
| 3.2 Armazenamento.....                                                                                             | 23        |
| 3.3 Distribuição .....                                                                                             | 26        |
| 3.4 Controlo de Stocks.....                                                                                        | 26        |
| Classificação de materiais .....                                                                                   | 28        |
| 3.5 Sistema de Compras de Emergência.....                                                                          | 32        |
| 3.6 Informação e Inventariação.....                                                                                | 33        |
| 4. A METODOLOGIA KAIZEN™ :STRAT TO ACTION.....                                                                     | 34        |
| 5. CONCLUSÃO .....                                                                                                 | 53        |
| <b>REFERENCIAS .....</b>                                                                                           | <b>55</b> |
| ANEXO 1 – Questionário.....                                                                                        | 58        |
| ANEXO 2 - Instrumento de Auditoria à aplicação da norma 20/2014 nas unidades<br>modelo B do ACeS Espinho/Gaia..... | 63        |
| ANEXO 3 - Procedimento Qualidade e Segurança – Uso seguro do medicamento .....                                     | 65        |

## 1. INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, os cuidados de saúde têm sofrido uma grande evolução, sendo que os processos são cada vez mais complexos, quer devido ao desenvolvimento tecnológico e científico, quer devido à formação de profissionais dotados de crescente competência e conhecimentos (Sousa P. , 2009). Além disso, os tempos modernos disponibilizaram e facilitaram o acesso generalizado de informação ao público/clientes o que, por sua vez, leva a maiores expectativas e exigências. Paralelamente, tem havido um elevado investimento por parte das instituições de saúde na melhoria da qualidade dos cuidados prestados, investindo em processos de acreditação, com exigências e pressões crescentes sobre todo um corpo de profissionais.

Este ambiente complexo, associado ao facto de os cuidados de saúde serem prestados por pessoas, falíveis por natureza, pode comprometer a segurança dos clientes. A segurança torna-se, assim, um acontecimento atual e assume especialíssima importância não só para os utilizadores dos cuidados de saúde, mas também para os profissionais, responsáveis e responsabilizados pelos mesmos. A OMS estima que 13% dos utentes em ambulatório são vítimas de incidentes devido a práticas pouco seguras na utilização da medicação, gerando encargos financeiros elevados para os sistemas de saúde. A abordagem internacional centra-se na diminuição da prevalência dos incidentes, através da implementação de medidas estruturais e processuais de prevenção (Despacho 1400-A/2015, 2015-02-10- DRE, 2015). Em 1999 foi publicado pelo instituto de medicina dos EUA um livro relatório intitulado: *“To Error is Human: Building a Safer health system”* colocando as mortes por erros decorrentes da assistência em saúde como 8ª causa de mortalidade nos EUA. Esta publicação também trouxe dados da estimativa de custos gerados pelos eventos adversos ao longo de um ano nos Estados Unidos: entre 17 a 29 mil milhões de dólares por ano. (Kohn,2000)

O tema ***“O impacto da introdução de um sistema de gestão dos medicamentos LASA na diminuição dos custos no ACeS Espinho/Gaia”*** surge no seguimento da minha trajetória profissional na área da saúde e face à necessidade de se pesquisar e aprofundar temas clínicos que possam contribuir para aumentar a eficiência da prática diária no Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Espinho/Gaia. A metodologia escolhida-investigação/ação (IA) é aquela que a meu ver vai de encontro aos meus objetivos uma vez que tenta superar o dualismo entre a teoria e a prática. (Nofke & Somekh, 2010), podendo ser utilizada em qualquer contexto onde há problemas envolvendo pessoas, tarefas e

procedimentos que exijam solução, ou onde algumas mudanças são necessárias para melhorar os resultados. A IA pode ser utilizada em diferentes contextos sendo que na gestão e controle a sua aplicação permite uma introdução gradual de técnicas de modificação de comportamentos. Segundo Coutinho et al. (2009) a IA pode ser descrita como uma família de metodologias de investigação que incluem simultaneamente ação (ou mudança) e investigação (ou compreensão), com base num processo cíclico ou em espiral, que alterna entre a ação e a reflexão crítica.

Em 2014 a Direção Geral da Saúde emitiu uma norma sobre a medicação LASA (medicação que soa e/ou parece igual – Look alike, Sound alike) pelo que o meu ponto de partida neste trabalho começa com algo tão básico como: *“Porque é que a norma não está implementada nas unidades funcionais?”*. A evolução da farmacovigilância tem sido muito grande nos últimos anos passando de uma simples atividade de recolha e tratamento de reações adversas para a avaliação do benefício- risco dos medicamentos evoluindo mais recentemente para a complexa gestão proactiva de riscos. Assim considero que o grande desafio neste trabalho é perceber em que medida a implementação de critérios para a otimização dos stocks da medicação LASA podem influenciar os resultados que se pretendem obter, de acordo com o plano para a segurança nacional do doente.

De acordo com o que foi aprendido nas aulas de gestão: *“a gestão de materiais e de stocks é um dos elementos da logística e da gestão da cadeia de abastecimento. A colaboração entre os vários elementos da cadeia de abastecimento pode tornar possível reduções de custos e/ou melhorias ao nível do serviço ao cliente.”*

Com este trabalho pretendo debruçar-me sobre o problema da segurança da medicação LASA, o porquê da sua implementação ou não nos serviços e estabelecer uma proposta de medidas corretoras ou oportunidades de melhoria para as diversas unidades.

Torna-se necessário dar visibilidade à importância da implementação de um sistema de gestão de medicação LASA nos cuidados de saúde primários, de forma a diminuir a taxa de incidentes que ocorrem com os utentes; assim como avaliar a possibilidade da implementação de um sistema de gestão de *stocks* destes medicamentos que se traduzam numa diminuição de custos efetiva, quer por tornar os serviços mais céleres aquando da dispensa e administração, quer pela aquisição de medicamentos mais adequados quanto ao seu custo/ efetividade. Para a persecução dos meus objetivos, planeio fazer uma análise da cultura de

identificação de eventos adversos no ACES Espinho/Gaia, mais especificamente os eventos adversos relacionados com a medicação LASA, o circuito do medicamento, conhecimentos e motivação dos profissionais.

Através da revisão da literatura, verifiquei que em Portugal já existem alguns estudos, mas, a meu ver, ainda insuficientes, sendo que a maioria são efetuados em ambiente hospitalar e não em ambulatório. Os estudos que encontrei surgem com enquadramento mais abrangente, uma vez que se referem a eventos adversos na sua globalidade e eu pretendo focar-me nos eventos relacionados com a medicação LASA. Mesmo os melhores profissionais cometem erros ocasionalmente. A segurança é alcançada através do planeamento de sistemas, processos e tarefas que possam prevenir os erros.

De acordo com o livro *“To Err is Human: Building a Safer Health System”*, apesar dos erros medicamentosos relatados ocorrerem frequentemente em hospitais, a maioria não resulta em dano para o utente, mas os que resultam são dispendiosos. Temos ainda que considerar que os pacientes em ambiente hospitalar são uma amostra mais controlada e restrita do total da população em risco. Os cuidados prestados em regime de ambulatório são cada vez mais complexos: pequenas cirurgias, cuidados de saúde primários, hospitalização domiciliária, clínicas privadas assim como farmácias que desenvolvem um papel importante quer no seguimento e, reconciliação terapêutica, quer mesmo na educação dos utentes para a auto administração e uso de dispositivos. (Kohn, 2000)

O envelhecimento da população e o aumento de utentes vulneráveis polimedicados como é o caso dos diabéticos, hipertensos, utentes com mais de 75 anos entre outros fazem com que a relevância deste estudo na comunidade seja, a meu ver, oportuna. Por outro lado, sabemos que as reações adversas a medicamentos em pediatria, representam cerca de 10% das notificações espontâneas e dão origem a Reações Adversas a Medicamentos (RAM), na sua maioria consideradas graves. (Martins, Farinha, & Barão, 2018)

Simplicidade, uniformização, diferenciação, ausência de duplicação e ausência de discurso ambíguo são alguns conceitos relevantes para o processo/ circuito do uso do medicamento. Estes princípios têm sido muitas vezes ignorados em nome da etiquetagem e embalagem dos medicamentos. Maus nomes, más etiquetas e más embalagens resultam em acidentes prestes a acontecer. Os enfermeiros têm aqui um papel crucial, pois é aquando da administração que

existe a última oportunidade de prevenir um erro que pode já existir em qualquer ponto da cadeia e quanto mais precoce for detetado, mais fácil será a sua prevenção.

Para elaborar este trabalho baseei-me na aplicabilidade de alguns modelos de gestão cujos princípios fossem caracterizados pela importância da gestão da qualidade enquanto elemento de identificação do desperdício e racionalização de meios.

Os erros não são um custo por si só, mas também em questões de oportunidade. O dinheiro despendido para a repetição de exames, testes, atuar para reverter os efeitos adversos da medicação poderiam ser gastos noutros propósitos; mas os erros que não resultam em dano para o utente representam também uma mais valia e uma oportunidade para identificar a necessidade que os procedimentos têm de melhoria.

Prevenir erros significa um trabalho de construção de um sistema mais seguro com procedimentos de saúde mais eficientes. Apesar de errar ser humano, os erros podem e devem de ser prevenidos e esta máxima não deve fazer com que os profissionais não sejam responsabilizados pela sua falta de proatividade aquando da persecução do objetivo de melhoria contínua.

## 2. CUSTO DA QUALIDADE E DA NÃO QUALIDADE NA GESTÃO MEDICAMENTOSA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

A qualidade e a segurança são dois lados da mesma moeda. A qualidade tenta otimizar a efetividade dos cuidados de saúde através da minimização do risco. Como são complementares, a forma de os abordar consiste na combinação de várias medidas e mudanças. A investigação tem demonstrado que os eventos adversos não são apenas uma série de acontecimentos ao acaso, mas que resultam de uma cadeia de eventos que podem ser atribuídos a uma série de causas que determinam o comportamento humano e não apenas a um fator individual. (Sousa, Uva, Serranheira, Pinto, & Klazinga, 2009) Apesar de ser preferível que os erros nunca ocorram, é melhor aprender com estes do que ignorá-los.

A crescente atenção com a qualidade não é exatamente algo de novo nos cuidados de saúde, no entanto, face à preocupação com a contenção de custos torna-se importante perceber o custo da qualidade e da não qualidade. De acordo com Pedro Pita Barros, no encontro “Qualidade em cuidados de Saúde- avaliação e melhoria”<sup>1</sup>, existem várias definições de qualidade, mas é importante ter em conta se esta se centra na organização interna ou externa da entidade prestadora. Assim sendo, **torna-se importante a distinção** entre “*qualidade interna*” e “*qualidade externa*” para se avaliar os efeitos esperados do aumento da qualidade sobre os custos de saúde. Assim, neste trabalho é crucial separar a análise do *processo a implementar*, da *análise dos resultados produzidos* (Qualidade interna), com a *satisfação do utente*.

Qualidade numa perspetiva interna da organização significa que esta existe quando o seu processo produtivo se vai traduzir num serviço ou num bem, onde está inerente a melhor utilização de recursos possível. Por outro lado, a noção de qualidade de uma perspetiva externa vai ser medida através das características que os utilizadores dos serviços atribuem ao serviço/bem de acordo com as suas expectativas.

---

<sup>1</sup> Encontro anual da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 26 e 27 de novembro 1998; Auditório FIL

A falta de “qualidade interna” pode ser dividida em dois grupos:

- 1- Utilização excessiva de recursos
- 2- Os recursos usados não permitem atingir o resultado esperado.

Quando é administrado a um utente determinado medicamento, este dá o seu consentimento tendo por base a perceção de qualidade em todo o circuito que vai desde a sua prescrição à sua administração. E apesar de nenhum medicamento ser isento de risco, existe uma expectativa no resultado do tratamento que pode ser defraudada aquando esta não ocorre.

As reações adversas ao medicamento são uma das causas que vai afetar a perceção da qualidade, seja esta de causa interna (prescrição desadequada, via errada ou outra), ou de causa externa (reação à medicação previsível).

Neste sentido a medicação LASA, tendo em conta as suas características torna-se no ponto de partida no caminho que é alcançar melhores índices de qualidade e segurança enquadrando-se no ponto 2 referido acima.

As consequências resultantes de incidentes ocorridos na prestação de cuidados de saúde têm repercussão física e emocional no utente, família e às vezes comunidade, mas também tem repercussões na reputação dos serviços (públicos ou privados) assim como na economia (Despacho 1400-A/2015, 2015-02-10- DRE, 2015). Cabe a todas as organizações do Serviço Nacional de Saúde promoverem uma cultura de segurança, que se traduza no aumento de qualidade do serviço prestado.

De acordo com o estudo efetuado em 2011 intitulado “*Eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacto e evitabilidade*”, a taxa de incidência de eventos adversos foi de 11.1%, sendo que desses, 53.2% foram considerados evitáveis. Em 58,2% dos eventos adversos, houve prolongamento do período de internamento, sendo apurado um valor medio de 10,7 dias. (Beirão, s.d.) Os Erros com medicação não foram contemplados neste estudo no entanto as reações adversas de medicamentos contabilizaram 8.5% de todos os eventos adversos. (Sousa, Serranheira, & Leite, 2011). Um outro estudo realizado em Portugal entre 2003 e 2012 sobre uma revisão dos casos de notificações ao Sistema Português de Farmacovigilância, onde os casos incluíam apenas utentes dos 0-17 anos, concluiu que 31% das RAMS (reações adversas medicamentosas) graves ocorridas neste período de 10

anos (370 casos) tinham dado origem a hospitalização e 32 casos tiveram mesmo um desfecho fatal. (Leonor Nogueira Guerra, 2015)

No Reino Unido, o relatório «*An organization with a memory*» revelou que no serviço nacional de saúde existiam 850.000 eventos adversos por ano, com custos de 2 mil milhões de dólares em dias de internamento adicionais. Apesar de em Portugal não existirem dados disponíveis sobre esta temática e considerando como hipótese que os nossos hospitais têm a mesma fiabilidade dos seus congéneres americanos podemos estimar que 1.300-2.900 mortes anuais ocorrem como consequência de erros cometidos pelos profissionais de saúde. (J. Fragata, 2004) (DGS, 2015)

As RAM são uma importante causa de morbilidade e mortalidade, sendo que estatísticas baseadas em estudos de meta-análise demonstram que estas são responsáveis por cerca de 5% dos internamentos hospitalares. (Pirmohamed, et al., 2004). Estima-se ainda que os gastos com saúde relacionados com RAM, nos Estados Unidos rondem os 79 milhões de euros/ano, sendo a maior parte evitáveis. (Ernst & Grizzle, 2001). Neste trabalho vamos, no entanto, focarmo-nos nos erros de medicação, como acontecimentos adversos passíveis de serem prevenidos e que podem ocorrer em qualquer parte do circuito do medicamento.

Durante a prática clínica pude avaliar que a medicação LASA pode interferir na qualidade de uma organização de três maneiras:

- 1- Utilização de um recurso inadequado que vai ser desperdiçado e não causa mal ao utente
- 2- Utilização de um recurso inadequado que vai ser usado e que não causa mal ao doente
- 3- Utilização de um recurso inadequado que vai ser usado e vai causar dano ao doente.

Todas estas situações têm em comum o desperdício de recursos, mas diferem nas implicações o que se vai traduzir em custos diferentes, pelo que importa identificar um conjunto de questões que continuam a ser críticas no desenvolvimento da qualidade nos cuidados de saúde.

Apesar de serem emitidas normas, procedimentos e auditorias, cada unidade tem a sua própria cultura organizacional que vai influenciar a motivação dos profissionais para as colocarem em prática. Por outro lado, tendo em conta a constante atualização do conhecimento e, a imensa informação que chega todos os dias, é fácil que no meio da

azáfama diária haja por parte dos profissionais uma seleção mais ou menos apurada para a filtrar o que é mais emergente para a sua atuação diária e deixando para segundo plano algumas questões como é o desenvolvimento e organização de processos, o controlo de documentos e registos, o estabelecimento de indicadores de desempenho ou, ainda, a identificação de não conformidades, tratamento de reclamações e desenvolvimento de ações corretivas e respetivas auditorias.... (Valente, Esteves, & Padilha, A metodologia Lean na área hospitalar- a Gestão da Qualidade enquanto factor de Melhoria Contínua e humanização do esforço de racionalização dos recursos, 2012). Afinal, no meio disto tudo onde fica o tempo dedicado ao utente?

Nos cuidados de saúde primários implementou-se um sistema de incentivos que permitissem que as organizações/unidades de saúde trabalhassem com menos recursos e com o objetivo de atingirem ainda assim uma maior qualidade. No entanto a maioria desses incentivos traduzem-se em valores monetários aos funcionários apenas no que concerne ao atendimento ao utente e na perceção que este tem da qualidade do serviço, sendo fácil por isso que as atividades de BackOffice, que são a base de um bom serviço, sejam muitas vezes efetuadas “em cima do joelho”. Para quem está no terreno, é fácil perceber que a dificuldade de atingir uma boa gestão nos serviços reside principalmente na necessidade de conciliar a diversidade de interesses existentes e o convívio permanente de profissionais e pessoas que convivem diariamente com culturas, origens, formações e objetivos completamente distintos.

De acordo com a (WHO, World Alliance for Patient Safety, 2005) “*cultura de segurança é o produto dos valores individuais e de grupo, atitudes, perceções, competências e compromisso de padrões de comportamento e o estilo e proficiência de, uma organização de saúde e gestão de segurança*”. Cultura é assim o conhecimento adquirido e coletivo que grupos ou categorias de pessoas usam para interpretar experiências e gerar comportamento, que os distingue de outros grupos ou categorias de pessoas. A cultura nas organizações de saúde é algo que lhe é intrínseco. (Drupsteen, 2014)

Durante a minha pesquisa bibliográfica, verifiquei que o problema da qualidade em organizações de saúde é essencialmente abordado por grandes referências metodológicas entre as quais a Gestão da Qualidade Total (TQM-Total Quality Management), Lean, Kaizen, Six Sigma e custeio ABC.

De uma forma simplista o método Kaizen pode ser resumido como um método que tem por objetivo corrigir o problema pontual uma vez que se foca num problema detetado tentando compreendê-lo e resolvê-lo. O ideal é a existência de uma equipa auditora que vai recolher dados e usar ferramentas básicas de resolução de problemas para entender a sua causa. Posteriormente é criada uma solução dentro dos limites e restrições que lhes são conferidos pela administração (tempo e orçamento) e um plano de implementação. Tem como limitação não ser tão eficaz em problemas complexos e também não garante um bom controle de processo após a sua implementação.

Neste trabalho optei pela aplicação do método Kaizen através de um programa de melhoria contínua baseado no trabalho em equipa e na utilização do conhecimento prático e teórico dos profissionais envolvidos, uma vez que a qualidade tem sempre inerente custo inevitáveis e custos evitáveis, sendo que o custo da não qualidade são os custos que não se traduzem no valor do serviço.

Assim sendo, **o custo da qualidade vai ser aquele que é possível incorporar no serviço de forma a criar valor** ou seja:

**FIGURA 1- Identificação dos custos da qualidade**

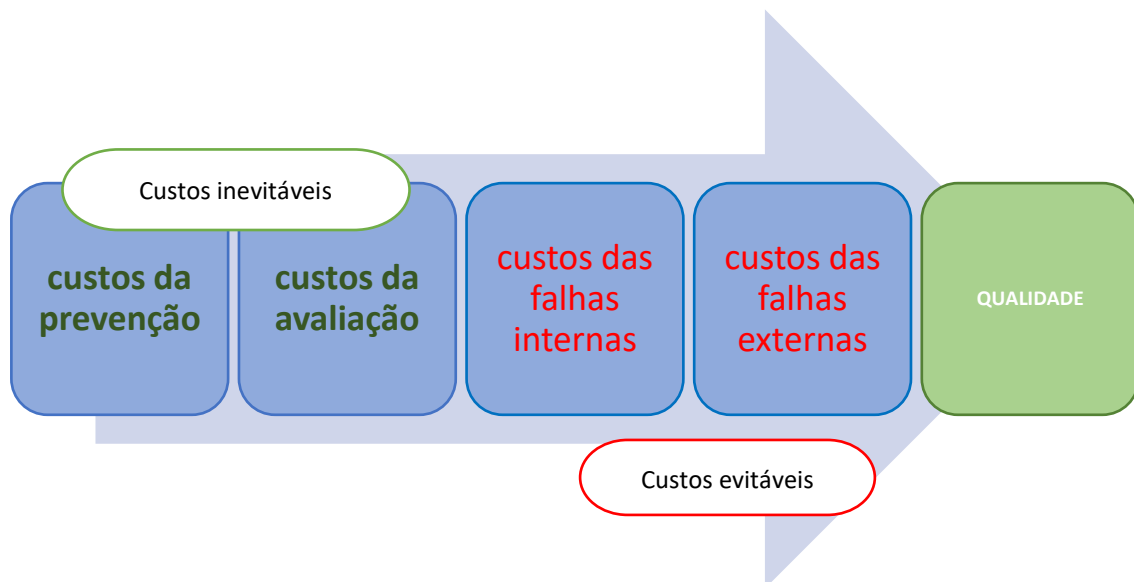


Figura 1- imagem adaptada do trabalho de (Valente, Esteves, & Padilha, A metodologia Lean na área hospitalar- a Gestão da Qualidade enquanto factor de Melhoria Contínua e humanização do esforço de racionalização dos recursos, 2012))

Os CSP (Cuidados de Saúde Primários) possuem determinadas características que predis põem a falhas entre as quais podemos distinguir as seguintes:

- Ambientes de trabalho incertos e em constante mudança com rotatividade de profissionais, alterações de procedimentos entre outros.
- Múltiplas fontes de informação que por vezes são contraditórias (entre pares, industria farmacêutica, estudos de investigação...)
- Imprecisões
- Necessidade de processar informação atualizada em circunstâncias e situações que mudam rapidamente (exemplo PNV)
- Presença da incerteza do diagnóstico
- A importância de atuar de imediato sem recurso a ajuda de meios de diagnóstico.
- O stress intercalado com longos períodos de atividade rotineira e repetitiva
- Variabilidade individual
- O ambiente de trabalho altamente influenciado por normas grupais e pela cultura organizacional ou a falta dela.

O projeto europeu LINNEAUS, coordenado pela European Society for Quality in Healthcare, em funcionamento desde 2009, é um grupo de trabalho que consiste essencialmente em desenvolver uma taxonomia de incidentes em CSP comum aos diferentes países da Europa, implementar um sistema universal de relato de eventos adversos , entender os aspetos relacionados com a liderança e cultura de segurança das diversas instituições de CSP da Europa, identificar métodos e divulgar boas práticas relacionadas com a aprendizagem de erros e eventos adversos para o desenvolvimento de ferramentas que possam melhorar a segurança do doente. (Mendes C. M., 2014)

De acordo com o relatório da Health Foundation em 2011, nas consultas de CSP ocorrem cerca de 1% a 2% de eventos adversos. Considerando as consultas médicas e de enfermagem efetuadas em Portugal durante o ano de 2014, isto traduz-se em cerca de 443 a 887 mil eventos adversos nesse ano.

**TABELA 1- Incidentes em Cuidados de Saúde Primários**

| Segurança do doente em CSP<br>LINNEAUS Euro-PC 2009-2013 |                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Taxa de incidentes                                       | 37-600 incidentes/dia                                                                                                                                                                                                         |
| Tipo de incidentes                                       | Os incidentes podem ser classificados em 4 áreas: <ul style="list-style-type: none"><li>• Diagnóstico</li><li>• Prescrição</li><li>• Comunicação entre profissionais e os utentes</li><li>• Aspetos organizacionais</li></ul> |
| Danos recorrentes de incidentes                          | <ul style="list-style-type: none"><li>• 50% sem incidentes</li><li>• 20% não são clinicamente relevantes</li><li>• 30% originam danos (2/3 resulta em consequências graves incluindo a morte)</li></ul>                       |

**Tabela1** - elaborada a partir do artigo “promover uma cultura de segurança em CSP” (Mendes, 2014)

A nível nacional, as políticas de saúde não são indiferentes à segurança do doente como podemos constatar pelo Despacho n.º 14.223/2009 que aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, sendo em fevereiro de 2009 criado o Departamento da Qualidade integrado na DGS.

No processo de busca da excelência, diversas instituições de saúde em Portugal candidataram-se a acreditação, o que provocou mudanças na sua cultura organizacional e a gestão do risco passou a fazer parte dos objetivos das mesmas. Mas o número de instituições de saúde acreditadas está aquém do desejável sendo um número ínfimo em CSP. Segundo dados do INE, em 2010 existiam em Portugal 127 hospitais públicos e 376 centros de saúde, com um total de 1.225 unidades/extensões. Esta realidade demonstra a existência de uma

deficiente cultura de qualidade e consequentemente de segurança nas organizações de saúde em Portugal. (INE, 2010)

### 3. CICLO LOGÍSTICO

Qualquer instituição de saúde, ao organizar o seu processo produtivo- cuidar- tem que ter em conta a necessidade de ter um stock de produtos que possam garantir a continuidade dos cuidados prestados.

Nos cuidados de saúde primários, as ruturas de stock habitualmente não têm consequências drásticas para o doente, podendo, no entanto, aumentar os custos quer por necessidade de deslocação do mesmo à urgência, quer pelo atraso na sua recuperação. Por outro lado, vai afetar a confiança que o utente tem no serviço e na instituição.

A gestão e fornecimento de medicação e apósitos de pensos são motivo de apreensão não só pelos recursos financeiros despendidos, mas também pela complexidade de atividades que envolvem, sendo importante uma boa articulação com os principais stakeholders:

- Gestores- Diminuição do desperdício, melhoria de indicadores, aumento da satisfação do utente, bom relacionamento com fornecedores, conhecimento do mercado, máximo de retorno, etc.
- Profissionais de saúde- Envolvimento e participação na tomada de decisão, aumento da eficiência do circuito do medicamento, seleção da alternativa mais custo-efetiva, otimização dos resultados em saúde, qualidade no atendimento, realização do pedido e da manutenção dos stocks, etc.
- Utente- diminuição da inefetividade e toxidade, aumento de acessibilidade do medicamento e garantir a segurança e qualidade do medicamento, etc.

Uma boa gestão do ciclo logístico deve ter como resultado a disponibilidade de produtos de qualidade, adquiridos em tempo oportuno, a custos acessíveis, armazenados e distribuídos de forma a preservar as suas características. Neste trabalho vou focar-me na medicação e apósitos de pensos LASA, no seu armazenamento e distribuição de forma a que sejam usados oportunamente de forma a minimizar os eventos adversos que possam ocorrer com o seu uso.

Vejamos como ocorrem as quatro fases do ciclo logístico nas unidades funcionais do ACES.

### **3.1 Receção**

O material de consumo clínico chega à unidade com o pedido efetuado (nota de encomenda) e os volumes efetivamente entregues. Tendo em conta que a receção é efetuada por um profissional de enfermagem, que não tem na sua agenda tempo disponível para atividades não assistenciais, é possível fazer-se a confirmação dos bens recebidos posteriormente. Esta validação deve ocorrer o mais cedo possível e caso seja detetada a falta de algum item ou incongruência entre o que está escrito na guia de receção e o que efetivamente foi entregue é comunicado à Enfermeira responsável pela gestão do material (profissional adstrita à UAG-unidade de apoio à gestão) de forma a que esta verifique se o mesmo foi entregue noutra unidade ou ACES. Posteriormente é feita a articulação com os serviços farmacêuticos centralizados na ARS Norte.

A atualização dos stocks é imediatamente feita no sistema de informação IBERIA, ficando o registo do prazo de validade e lote informatizado automaticamente no caso da medicação e vacinação, para aquando do seu uso este poder ser selecionado.

O problema reside na demora em excluir os lotes que não estão a ser usados ou mesmo expirados e aquando da consulta, perde-se mais tempo na seleção dos mesmos do que no próprio atendimento.

### **3.2 Armazenamento**

O objetivo primordial do armazenamento é utilizar o espaço existente e destinado para o efeito, da maneira mais eficiente possível sendo que as instalações devem proporcionar uma movimentação fácil, rápida assim como o acondicionamento seguro de determinada medicação e materiais. A observação do critério de ordem de entrada e de saída para que se evite deterioração, perda de propriedades físicas ou perda de validade, são princípios que não se podem descurar.

Existem algumas recomendações efetuadas pela ACSS quanto ao layout do armazém:

**TABELA 2- Recomendações para os Layouts dos Armazéns em CSP**

| Estrutura física                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Equipamento                                                                                 |                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Segurança                                                                                   | Geral                                                                                                                                |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Boa ventilação</li> <li>✓ Proteção de luz solar direta</li> <li>✓ Iluminação</li> <li>✓ Temperatura e humidade controladas (abaixo dos 25°C e humidade inferior a 60%)</li> <li>✓ Facilidade de limpeza</li> <li>✓ Fechadura exterior que permita encerramento</li> <li>✓ Dimensões que permitam o uso de mobiliário adequado</li> <li>✓ Nenhum produto deve estar assente no chão e deve de estar devidamente espaçado de forma a permitir limpeza e inspeção</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Extintor</li> <li>✓ Sinalética adequada</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mobiliário adequado para o acondicionamento de fármacos e outro material clínico</li> </ul> |

Tabela adaptada das orientações da unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (RNCCI, 2009)

Existem propriedades dos materiais que vão ditar a sua disposição no armazém: inflamáveis, psicotrópicos, vacinas e a medicação LASA.

O armazenamento dos medicamentos é uma atividade importante e relevante, não podendo ser encarada de forma meramente administrativa, conforme podemos verificar no quadro seguinte:

**TABELA 3 -Armazenamento de medicação com características especiais**

| Estupefacientes, psicotrópicos e benzodiazepinas                                                                                                        | Inflamáveis                                                                                           | Gases medicinais                                                                      | Frigorífico                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Local reservado com fechadura de segurança.</li> <li>✓ Arrumação separada e identificação adequada.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Detetor de fumos</li> <li>✓ Sistema de ventilação</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Área separada do restante armazém</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Temperatura entre 2-8°C</li> <li>✓ Controlo e registo de temperatura</li> <li>✓ Alarme automático</li> </ul> |

Tabela adaptada das orientações da unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (RNCCI, 2009)

Cada vez mais, existe uma atenção dirigida para esta área uma vez que esta representa uma grande parte dos custos envolvidos no SNS. O armazenamento indevido é um dos fatores que pode causar a perda e desperdício de medicamentos.

No plano estratégico 2010-2011, a Missão para os CSP considera alguns objetivos primordiais a atingir entre os quais se encontra os cuidados de saúde de qualidade para todos os cidadãos. Estão ainda definidos 5 eixos que se entendem como essenciais para a consolidação da reforma dos CSP dos quais destaco o Eixo II- Governação clínica e de saúde que «abrange vários aspetos da condução de um serviço de saúde como a efetividade clínica, a auditoria clínica, a gestão do risco, a satisfação do utente e o desenvolvimento de competências dos profissionais», assumindo como objetivos estratégicos a «Identificação e implementação, de forma sistemática, de boas práticas clínicas e gestão do risco em todo o ACES». (MCSP, 2012).

No que concerne à medicação LASA foi emitida a Norma 020/2014 datada de 30/12/2014 sobre “Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes”. Os medicamentos LASA são um dos múltiplos fatores que, quando se conjugam e beneficiam das vulnerabilidades ou deficiências dos sistemas, contribuem para a ocorrência de incidentes de segurança do doente, relacionados com a medicação, justificando-se assim a normalização de práticas seguras que possam contribuir para a redução destas situações. Uma dessas práticas é o seu armazenamento separado e devidamente identificado. Para isso as unidades de saúde necessitam de armazéns com dimensões e layouts adequados.

**FIGURA 2- Armazenamento de Vacinas LASA**



Imagem capturada numa USF do ACeS Espinho Gaia

### **3.3 Distribuição**

Para se evitar duplicação de pedidos, existem apenas alguns elementos (habitualmente dois enfermeiros) com login do software (IBERIA) que permite registar os consumos, stock existente, quebras, entre outras ações.

A distribuição é efetuada pelo armazém central, sendo enviado anualmente às unidades o dia do mês programado para esse processo.

Normalmente as quantidades em medidas corretas evitam sub-stocks, mas quando há um aumento pontual do consumo de determinado produto é efetuado pedido extra ao armazém com o conhecimento da UAG, de forma a que se possa posteriormente fazer uma reflexão se a quantidade extra pedida é algo para se alterar os níveis de stock, se é algo pontual, se é para introduzir no stock, entre outras.

Existem pedidos que exigem ainda o preenchimento de formulário em papel por ser um pedido efetuado para uma utente específica (ex. Implanon), material de penso com justificação clínica, estupefacientes, entre outros. Também a inexistência de pelo menos um farmacêutico afeto a apoiar diretamente o exercício das unidades funcionais é sem dúvida um ponto fraco dos ACeS.

A existência deste profissional para além de dar orientações nas Unidades poderia ficar como responsável pelo atendimento e distribuição de Metadona que, sendo um estupefaciente, tem obrigatoriamente que ter o circuito validado e monitorizado por um Farmacêutico, este fator iria permitir um aumento de tempo útil adstrito à prestação de cuidados.

### **3.4 Controlo de Stocks**

Esta atividade permite determinar o que é necessário pedir de forma a garantir a regularidade do abastecimento, permitindo ainda diminuir as perdas e desperdícios.

Existem vantagens e desvantagens aquando da constituição dos stocks.

Enumero algumas:

### Vantagens

Assegurar o consumo regular de determinado produto e fazer face às variações do consumo como é o caso por exemplo da medicação para os problemas respiratórios, de uso mais comum no inverno. A aquisição centralizada por parte da ARS Norte em vez de ser efetuada pelo ACeS permite uma redução do preço unitário na compra de maiores quantidades. A constituição de stocks é também uma mais valia, no caso de haver atrasos das entregas, situação que por vezes ocorre por rutura do produto por parte do fornecedor.

Apesar do stock ser “dinheiro parado nas prateleiras”, na saúde o controle sobre a procura é limitado, dificultando o trabalho com os stocks mínimos. O grande desafio nesta área é perceber qual o nível de stock adequado a cada produto de forma a evitar ruturas e a necessidade de ter produtos LASA ou se pode haver produtos similares (não LASA) que minimizem a possibilidade do erro.

### Desvantagens

As unidades por vezes recebem as quantidades necessárias para a sua reposição de stock, mas com prazos de validade curtos como é o caso dos contraceptivos orais. Tendo em conta que esta medicação é disponibilizada ao utente para um período mínimo de 3 a 6 meses a perecibilidade é uma das desvantagens na constituição de stocks.

Outra das desvantagens é a rutura e a existência de medicação LASA, de onde poderão advir consequências mais ou menos graves para o utente.

Nas aulas de gestão aprendemos que os custos dos stocks e da gestão de stocks são coisas diferentes, sendo que para minimizar os custos do primeiro temos que investir no segundo.

Assim os custos associados à gestão de stocks incluem:

- Custo de aquisição.
- Custo da operacionalização do pedido (salários, impressos, comunicação entre outros)
- Custo da manutenção onde está incluído o custo de oportunidade dos ativos, custo de desperdício e de obsolescência.
- Custo por excesso, o que pode causar perda do prazo de validade.
- Custo por falta que vai implicar os pedidos extra, a rutura do stock e consequente perda de credibilidade por parte do utente

A implementação do programa informático IBERIA, foi de facto uma mais valia nos cuidados de saúde primários, pois ajuda a um controlo mais eficiente e um acompanhamento adequado dos níveis de stock quer a nível da unidade quer a nível central.

### Classificação de materiais

A classificação de materiais consiste no agrupamento dos mesmos de acordo com as suas características de forma a auxiliar as atividades administrativas e operacionais da organização, favorecendo uma gestão mais eficaz. (Millstein, Yang, & Li, 2013)

A escolha do material adequado envolve um compromisso entre o serviço prestado e o seu utilizador, sendo que o objetivo de agrupar e classificar os materiais de acordo com diferentes critérios advém da necessidade dos gestores precisarem de estabelecer políticas de planeamento e controlo de stocks de forma a darem resposta a este compromisso. (Mendes & Castilho, 2009).

As técnicas/ferramentas utilizadas pela gestão de materiais têm como finalidade a conciliação de interesses de ambos.

O tipo de classificação de materiais utilizado numa organização depende do principal critério adotado: custo global, custo individual, requisitos de armazenamento, sazonalidade, entre outros. O método mais conhecido é a classificação ABC, que visa separar os produtos em grupos com características semelhantes em função do seu valor e consumo. Segundo esta classificação, os produtos podem ser divididos em três classes: classe A- inclui o grupo de produtos mais importantes que correspondem a um pequeno número de produtos, cerca de 20% dos produtos que representa cerca de 60 % do valor total do stock. Classe B- representa um grupo de produtos em situação e valores intermédios entre as Classes A e C. Classe C- agrupa cerca de 60% dos produtos cuja importância em valor é pequena, representando 20% ou menos do valor do stock. Importa frisar que é possível estabelecer tantas classes quantas as necessárias para o controlo que se deseja obter.

A classe C constituindo-se com itens secundários, cuja representatividade financeira é baixa não é tão controlada como os itens das classes A e B, porém é preciso avaliar se na falta de um destes itens há ou não prejuízo quanto ao desempenho das atividades, tornando-se assim útil a combinação de outras ferramentas de classificação.

**TABELA 4- Classificação ABC**

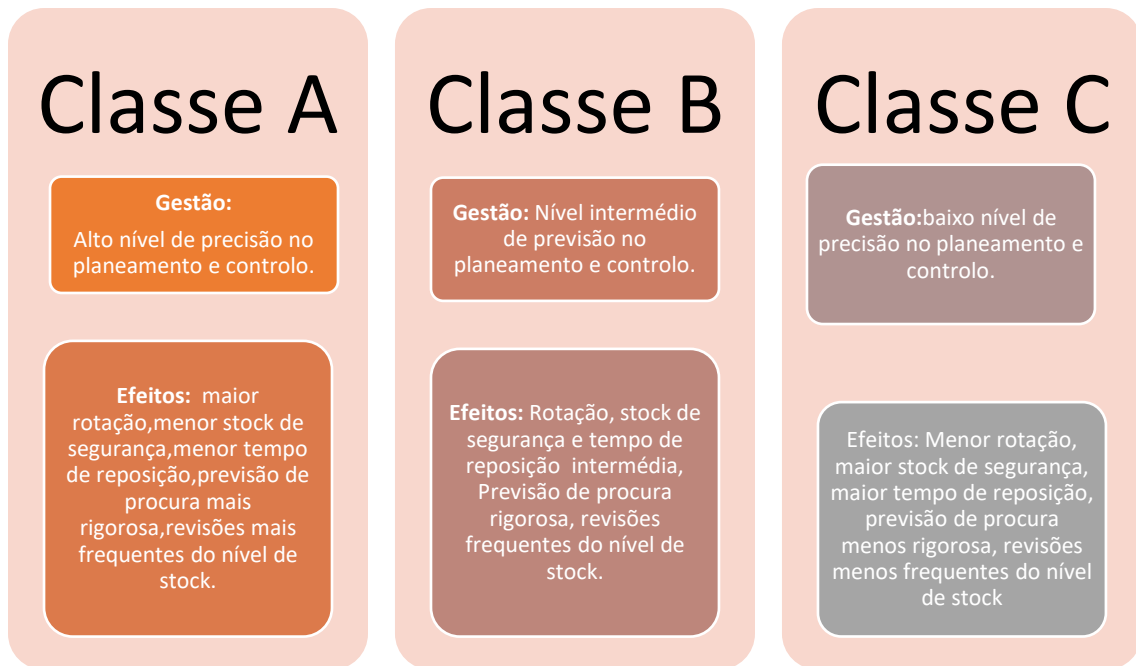


Tabela adaptada de Barbieri e Machline, 2006

A classificação XYZ é, de acordo com Mendes & Castilho (2009), baseada na imprescindibilidade do material aquando do exercício das atividades desenvolvidas, ou seja, os itens são classificados de acordo com o impacto que a sua ausência tem no serviço prestado.

Assim sendo, os mais críticos e insubstituíveis seriam classificados como correspondendo à classe Z cuja sua falta impediria a prestação de cuidados e colocaria em risco a vida do utente, enquanto que os de mais fácil substituição seriam classificados de X não interferindo na assistência prestada e podendo ser substituído por outra alternativa (inadine/ gaze gorda e betadine®) e um item Y comprometeria mas não impediria a assistência ( ex. Contracetivos oral) (Lourenço, 2017)

**TABELA 5- Classificação XYZ**

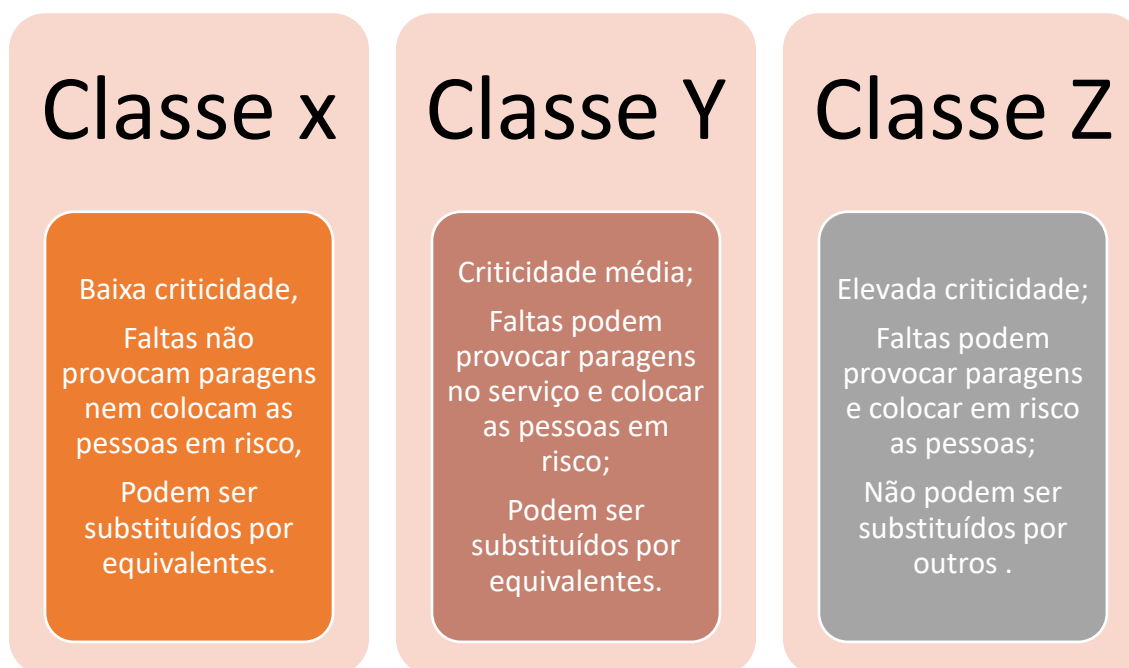


Tabela adaptada de Barbieri e Machline, 2006

Quando falamos em cuidados de saúde é necessário considerar o impacto da falta do material no cuidado que é prestado ao utente e a possibilidade da sua substituição por outro similar. Fazendo uma análise da medicação LASA existente no ACES, verifiquei que a sua grande maioria incide nos contraceptivos e nas vacinas, cujo o custo monetário e quantidades são superiores no que concerne á restante medicação. O ideal é a combinação das duas classificações pois a classificação ABC dá prioridade ao investimento e a XYZ avalia a imprescindibilidade e criticidade dos produtos, sendo esta uma avaliação mais qualitativa e que varia de serviço para serviço.

No entanto, com uma classificação mista ficamos com 9 classes conforme podemos verificar a seguir:

**TABELA 6- Classificação Mista**

| Classe | X  | Y  | Z  |
|--------|----|----|----|
| A      | ax | AY | AZ |
| B      | bx | BY | BZ |
| C      | cx | cy | cz |

Fonte: (SCHLINDWEIN, 2009)

AZ: são produtos que têm elevado valor de consumo e elevada criticidade exigindo uma atenção especial. Recomendam-se stocks pequenos e aquisição em curto espaço de tempo. Por serem classificados como Z são vitais e devem de estar sempre disponíveis para atender em situação de emergência – exemplo: medicação existente na mala de emergência/DAE

AY: produtos de elevado valor e média criticidade- exemplo: contraceptivos/ vacinas

BZ: produtos de elevada criticidade, mas de valor inferior aos produtos AY- exemplo: imunoglobulinas, estupefacientes

BY: representam produtos com intermédio valor de consumo e média criticidade. Deve-se de ter em atenção que os produtos de classe Y são essenciais e devem de estar disponíveis em stock para atender emergências, sugerindo-se um modelo de stock por revisão contínua.  
- exemplo: produtos de pensos.

AX: inclui produtos com elevado valor de consumo, mas considerados de baixa criticidade, podendo alguns ser substituídos por outros- modelo de gestão por revisão periódica- exemplo: analgésicos e anti-inflamatórios; anti-histamínicos, outra medicação.

CZ: inclui produtos que devem de estar sempre disponíveis em stock, mas não tem grande impacto financeiro. Recomendam-se aquisições de grandes quantidades de forma a obter descontos, tendo sempre em conta o prazo de validade. A monitorização pode ser efetuada poucas vezes no ano- exemplo: compressas, luvas outro material

BX e CY devem possuir um controlo e seguimento baixo, podendo-se reduzir significativamente o nível de stock, o número de produtos com que se têm de lidar na gestão de stocks e melhorar o desempenho financeiro. Sugere-se um modelo de gestão de stocks por revisão periódica. - Álcool, creme hidratante.

CX é a classe menos importante baseada na classificação mista. É possível que alguns produtos até não tenham mais aplicação na atividade desenvolvida. Os responsáveis pela gestão de stocks podem eventualmente deixar de fora alguns produtos que pertencem a esta classe para reduzir o número de linhas de produtos no stock. O modelo de gestão de stocks

deve ser o mais barato, neste caso sugere-se o de revisão periódica. – exemplo: produtos sazonais

Relativamente a esta classificação mista apenas encontrei alguns trabalhos realizados no Brasil, mas não encontrei nenhuma publicação nas fontes habituais de pesquisa como por exemplo na Scopus/ Elsevier e apenas 3 documentos na SciELO sobre o modelo XYZ. Mesmo em publicações brasileiras onde esta classificação se encontra em muitos trabalhos, relatórios e publicações na área da indústria farmacêutica existem algumas classificações que apesar de terem como base os mesmos trabalhos apresentam a classificação invertida (Z, produtos com menos criticidade e os X com mais criticidade).

### **3.5 Sistema de Compras de Emergência**

Na área da saúde temos que considerar o consumo em situações de emergência. Quando ocorre a rutura de um produto por aumento temporário do consumo, falha na entrega ou mesmo erros de dimensionamento, é comum cada unidade ter tendência a criar o seu próprio stock de segurança fora do sistema institucional. Esta é uma situação minimizada pela existência de um elemento da UAG que ajuda as diversas unidades a redistribuir os materiais entre elas.

Cada unidade tem um nível de serviço com as quantidades e os produtos predefinidos para o pedido mensal e que, normalmente, inclui pomadas, formas orais sólidas e líquidas, supositórios, injetáveis, contraceptivos femininos (pílulas, anéis vaginais, implantes e dispositivos intrauterinos), preservativos, material de penso, injetáveis de grande volume e vacinas. Contudo, estes não têm sido atualizados com frequência, estando, na sua grande maioria, desatualizados, face às necessidades atuais das Unidades Familiares, o que inviabiliza o acesso a novos produtos e atualizações ao PNV (Plano Nacional de Vacinação), por meio da requisição mensal, gerando um grande volume de pedidos não programados, que seria evitável e ainda um aumento da carga de trabalho no atendimento. O programa IBERIA® vem ajudar na inventariação assim como no ajuste de stocks máximos e mínimos, no entanto com o aumento da acessibilidade do utente e sem um elemento com horas definidas para gestão este trabalho acaba sempre por ser secundarizado.

### **3.6 Informação e Inventariação**

Existem alguns requisitos básicos a nível da informação para que a gestão possa ser eficiente e o sistema informático apesar de ainda necessitar de melhorias veio ajudar muito neste sentido: objetividade, rapidez, arquivo da documentação e precisão da informação.

A inventariação é a contagem física dos stocks para se verificar se a quantidade do produto em stock coincide com a quantidade registada no sistema de controlo utilizado, permitindo assim conhecer os stocks efetivamente existentes em armazém. A divergência entre as quantidades inventariadas e as registadas podem estar relacionadas com erros de registo ou de contagem na entrada e na saída e muitas vezes essas ocorrências dão-se porque nas diversas unidades funcionais estas atividades são desempenhadas por profissionais sem horas alocadas para realizar estas funções.

#### 4. A METODOLOGIA KAIZEN™ :STRAT TO ACTION

Um ACES é constituído por várias unidades, cada uma com as suas particularidades de funcionamento e com gestores diferentes, sendo comum existirem tomadas de decisão adiadas e dificuldades acrescidas na implementação de projetos transversais a várias áreas.

Isto acontece, porque mesmo com objetivos e indicadores comuns, cada gestor tem uma visão diferente sobre as prioridades da sua unidade e no quotidiano o foco encontra-se na resolução dos problemas diários que necessitam de resposta célere.

O Desencadeamento de tarefas que não geram valor, consumindo recursos (tempo, trabalho, energia e/ou custo) são desperdício que devem ser eliminados. A análise económica não é mais do que a análise da decisão de utilização de recursos escassos entre alternativas possíveis. Sempre que os objetivos a alcançar implicarem escolhas na utilização de recursos existe racionamento, no sentido de que utilizações alternativas de recursos têm valor positivo. (Barros P. P., 2013)

O método Kaizen™ entende a importância de intervir na Cultura organizacional para melhorar a estratégia, pois como dizia Peter Drucker citado no livro “*Strat to action*” (Bastos & Sharman, 2018), “a cultura come a estratégia ao pequeno almoço” e de facto, penso que todos nós que trabalhamos em instituições durante alguns anos percebemos que as barreiras culturais impedem boas estratégias de serem colocadas em prática e que rapidamente os novos elementos que integram os serviços se acomodam ao que já está institucionalizado. Assim, os “pequenos poderes”, os recursos dispersos em projetos secundários e a prevalência de objetivos pessoais acabam por interferir na visão dos gestores ou de quem quer implementar a mudança.

Todas as organizações têm desperdício nas suas atividades: um exemplo de ineficiência na gestão de stock vive-se diariamente nas unidades de saúde uma vez que este serviço está a subtrair horas aos profissionais de saúde que poderiam ser aplicadas no atendimento do utente através de cuidados efetivos, sendo comum observar estes profissionais gastarem tempo a cuidar do sistema, envolverem-se na obtenção dos produtos, medicamentos e informações necessárias, quando deviam estar a cuidar do utente.

## 4.1 Modelo de 7 tipos de MUDA

### MUDA

Criado no Japão, este modelo aplicado em contexto industrial identifica 7 tipos de MUDA.

O mesmo modelo é aplicado para logística e serviços com ligeiras adaptações:

1. Produção em excesso
2. Transporte
3. Materiais em Espera
4. Movimentos de pessoas
5. Pessoas em Espera
6. Sobre processamento
7. Erros e defeitos

Neste trabalho e no que se refere à medicação LASA, o ponto 1 não se aplica visto que a medicação utilizada nas diversas unidades são parte integrante de um serviço prestado em 3 situações diferentes:

- medicação da unidade para ser administrada na hora/ situação urgente
- vacinação
- planeamento familiar

Quanto ao ponto 2, a transferência de uma unidade para outra de um medicamento, ou mesmo da informação respeitante ao mesmo, vai aumentar os custos com motorista, pessoas a quem o serviço não foi prestado por rutura de stock, disponibilidade de um profissional para articular com outras unidades para saber onde há excessos, etc.

Por sua vez a existência de material parado (ponto 3) é material que não acrescenta valor. O aumento de níveis de inventário implica mais espaço ocupado e recursos adicionais. Existem ainda muitas unidades cujos layouts dos armazéns são desajustados, sem condições de temperatura e humidade levando á degradação dos materiais e a falta de ergonomia nas salas de trabalho, proporciona maior desperdício de tempo. Ao se garantir uma disponibilidade dos medicamentos e dos produtos de forma mais eficiente aumenta-se também o tempo que os enfermeiros podem disponibilizar para o atendimento. Mas relativamente a este ponto existe uma desproporção entre o material existente nas salas cujos stocks máximos e mínimos não estão definidos fazendo com que os mesmos terminem durante os procedimentos. Isto

faz com que os enfermeiros interrompam a sua atividade assistencial para repor a sala de cuidados e o facto de não haver um procedimento definido que determine a reposição das salas faz com que haja mais idas ao armazém central do que seria expectável. O facto de qualquer elemento poder repor ou ir buscar material também provoca um desconhecimento por quem faz a aquisição de materiais sobre o que existe ou não naquela altura no armazém central, obrigando a uma disponibilidade maior para contagem de material aquando da sua aquisição. O atendimento acaba por ser mais moroso, duplicam-se funções e há uma maior propensão para erros.

A prestação de cuidados com erros não está só relacionada com o circuito da medicação em si, os erros, quase erros ou outros. Estamos também a falar dos itens rejeitados e desperdiçados por ineficiências da logística já anteriormente referidas.

De acordo com Sistema Nacional de Notificação de incidentes, foram registadas no 2º semestre de 2019 7428 notificações por parte dos profissionais de saúde e 415 notificações por parte dos cidadãos sendo que das notificações efetuadas pelos profissionais de saúde temos que 38% referem-se a acidentes do doente, 15% estão relacionados com recursos e gestão organizacional e 9% relacionados com a medicação. Por outro lado, das 415 notificações efetuadas pelos cidadãos 24% estão relacionadas com o procedimento clínico, 19% com os recursos/gestão organizacional e 12% acidentes do doente.

Independentemente de uma pessoa procurar os serviços de saúde por estar doente ou para manter a saúde, não deve ser da sua preocupação o facto de o próprio sistema lhe fazer mal: “não morre da doença, morre da cura”. É importante que os profissionais entendam que estes são o motor da mudança e que a procura da qualidade deve ser algo intrínseco, moldado quer pela ética profissional, normas e motivação.

Para implementar o método Kaizen™ é necessário falar de dados e por isso, para perceber o que se passa no ACeS Espinho/Gaia, elaborei um questionário que enviei a todas as unidades para poder definir o caminho a médio prazo que deveria de seguir.

## 4.2. Colheita de dados e diagnóstico preliminar

O ACeS Espinho/Gaia tem no seu quadro de pessoal 109 médicos e 129 enfermeiros, sendo que o total da minha amostra seria então os 238 profissionais de saúde que lidam diariamente com medicação independentemente da fase do seu circuito (prescrição, dispensa, administração, etc.).

Foi feita proposta à diretora executiva para elaborar um diagnóstico preliminar através da implementação de questionário (anexo 1) enviado e elaborado através do “Google Formulários” que foi autorizado, mas os profissionais de saúde mostraram muita inércia na resposta aos mesmos sendo que uma primeira vez obtive apenas 24 respostas, o que me deixou bastante insatisfeita. Uma vez que pretendia uma margem de erro não superior a 5% e como as respostas através de e-mail iam aparecendo de forma esporádica e a conta-gotas, foi necessário intervir proactivamente nas diferentes unidades e pedir pessoalmente o preenchimento em papel para posteriormente inserir os dados informaticamente.

No fim obtive 139 questionários respondidos.

O feedback obtido aquando da visita às diversas unidades quanto aos obstáculos encontrados para a adesão à resposta ao questionário foram, entre outros os seguintes:

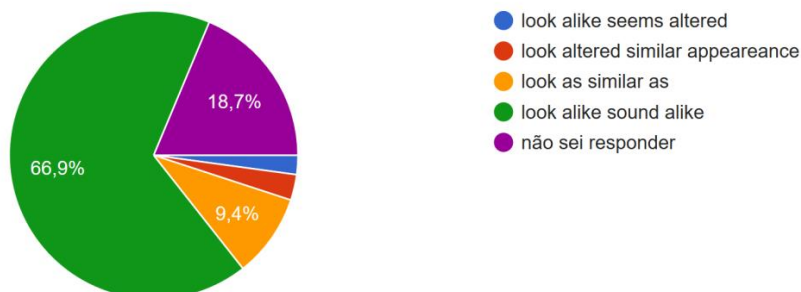
- Política de gestão da informação inadequada incluindo o excesso e repetição de e-mails, os profissionais que não abrem o e-mail institucional entre
- Excesso de trabalho burocrático, delegação e desinteresse
- Ausência de feedback aos questionários respondidos
- Medo da inexistência de anonimato e penalizações
- Escassez de recursos humanos e falta de envolvimento/motivação
- Sistemas informáticos obsoletos que não permitem a abertura de mais que um programa em simultâneo ou que não abrem algumas versões de programas
- Desvalorização da temática

### Caracterização da amostra:

Dos 139 profissionais de saúde que responderam, apenas 114 identificaram a sua categoria profissional, sendo que destes 32.5% foram médicos e 67.5% enfermeiros.

## Análise das questões elaboradas

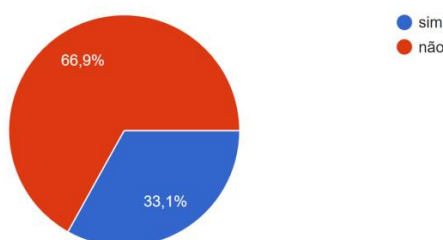
**GRÁFICO 1- O que significa a sigla LASA?**



Apesar do ACeS já ter realizado formação sobre a medicação LASA, ainda existem profissionais que desconhecem o significado da sigla. Aqui coloca-se mais uma vez a questão, da comunicação. Está a transmissão de informação a ser efetuada de forma adequada?

Conforme verificamos no gráfico seguinte, 66,9% dos profissionais referiu que não teve formação sobre esta temática, no entanto esta foi efetuada aos elementos do Conselho Técnico das diversas unidades que deveriam transmitir internamente a informação. Aqui podemos deduzir as diferentes prioridades que cada gestor da sua unidade funcional dá às diferentes temáticas abordadas em reunião multidisciplinar onde os indicadores quantitativos têm um destaque central em relação aos qualitativos.

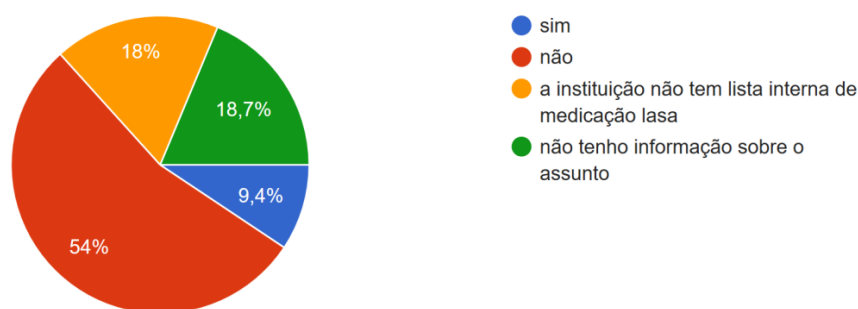
**GRÁFICO 2- Já teve formação sobre esta temática?**



A revisão sistemática de Lopez-Gonzalez e colaboradores, analisou 45 estudos que incidiram sobre a farmacovigilância e o problema da subnotificação de RAM pelos profissionais, considerando como referencial o modelo teórico de Inman, sobre os motivos atribuídos a médicos, designado como “seven deadly sins”. Os obstáculos assinalados com maior frequência prendem-se essencialmente com atitudes e conhecimentos dos profissionais de saúde sendo que as principais causas para a subnotificação identificadas foram a ignorância (crença de que

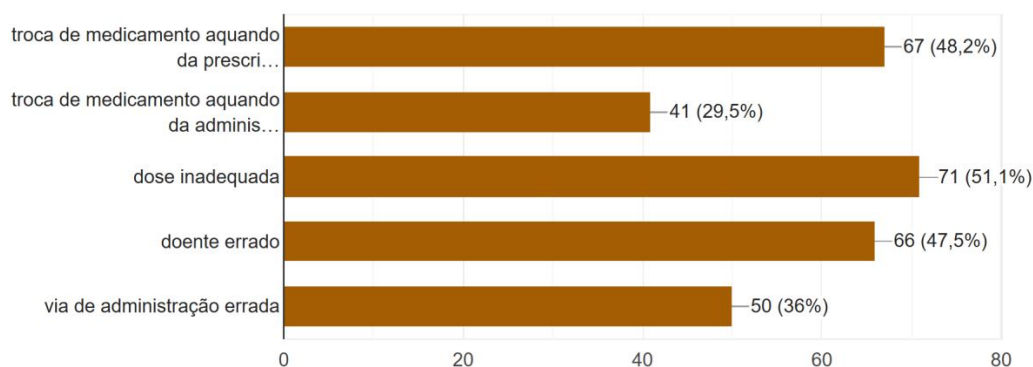
apenas as situações graves merecem ser notificadas), a reserva (ligada ao receio de poder estar a reportar uma suspeita de RAM infundada), a letargia (falta de tempo, interesse e motivação), a indiferença (crença de que a comunicação de um caso não pode contribuir para um aumento de conhecimento), a insegurança (crença de que é impossível determinar o envolvimento de um medicamento no surgimento de uma RAM) e a complacência (crença de que os medicamentos comercializados apresentam um perfil de segurança bem estabelecido e de completa confiança). (Lopez-Gonzalez & Herdeiro, 2009)

**GRÁFICO 3- Tem conhecimento da lista interna de medicação LASA?**



Nesta altura o ACeS estava a elaborar uma lista interna de medicação LASA ainda não divulgada, pelo que as 9.4% de respostas afirmativas serão de profissionais que consideraram a lista da norma da DGS ou pertenciam a alguma unidade que já tinha elaborado uma. Esta avaliação iria posteriormente ser avaliada na auditoria clínica às unidades funcionais.

**GRÁFICO 4- Reconhecimento de erros concretizados com medicação mesmo que não cheguem a ocorrer**



Os profissionais reconhecem a existência de erros, sendo que o mais frequentemente detetado é a dose inadequada conforme podemos verificar no gráfico anterior.

Existem alguns medicamentos que diferem apenas na concentração do princípio ativo o que pode levar a subdosagem ou sobredosagem medicamentosa. A troca de medicamento aquando da prescrição e o doente errado, também se verificam como erros bastante comuns, sendo que o menos frequente é a troca de medicamentos aquando da administração. Esta situação pode advir de este ser o último elo da cadeia do medicamento, por outro lado tendo em conta que o maior número de respostas obtidas foi dos enfermeiros e são estes que administram a medicação; *poderão estes profissionais estarem mais alerta para a problemática?*

Os erros podem ser classificados numa perspetiva modal, de acordo como ocorrem: consideram-se erros de comissão a realização de ações erradas e erros de omissão a não execução dos procedimentos corretos. (Guerreiro, et al., 2010). Numa perspetiva clínica o erro medicamentoso é designado pela etapa do processo do uso de medicamento em que ocorre. Assim, pela taxonomia proposta pela OMS (WHO, Conceptual framework for the international classification for patient safety., 2009), considera **incidentes** ao nível da prescrição, preparação/dispensa, administração, armazenamento/monitorização.

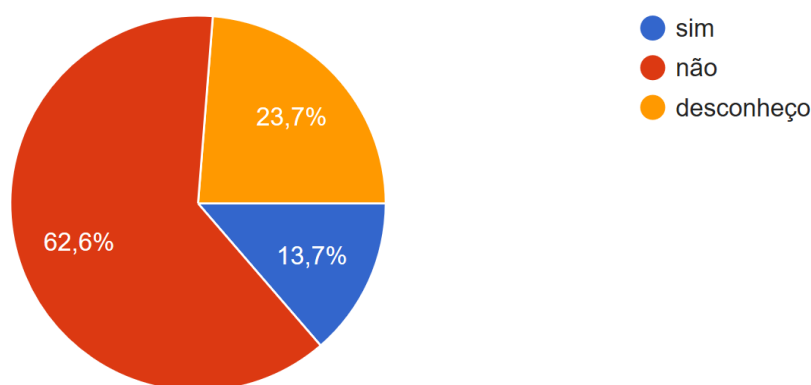
Ainda assim, 17.3% dos profissionais desconhece o sistema de notificação de eventos adversos e apenas 35.3% refere ter o hábito de notificar ficando aqui demonstrada a necessidade imperiosa de intervir na cultura das instituições.

Numa análise retrospectiva, verificamos que o envolvimento do enfermeiro no sistema de farmacovigilância em Portugal tem sido feito de forma gradual. Constatei que só desde 1999 é que os enfermeiros têm autonomia para notificar reações adversas aos medicamentos (RAM). Quer na literatura internacional quer nacional existe uma grande concordância em relação ao baixo envolvimento do enfermeiro nos sistemas de farmacovigilância sendo necessário investir mais na sensibilização e em programas de formação.

O enfermeiro no âmbito das suas competências tem a responsabilidade da promoção de um ambiente seguro e para isso deve usar as estratégias de garantia da qualidade e da gestão do risco. No que diz respeito à administração de substâncias farmacológicas, este deve garantir a segurança da pessoa, aplicando os princípios técnico-científicos, éticos e legais (Ordem dos enfermeiros, 2012 e 2015). No entanto, os vários fatores de risco presentes no circuito do

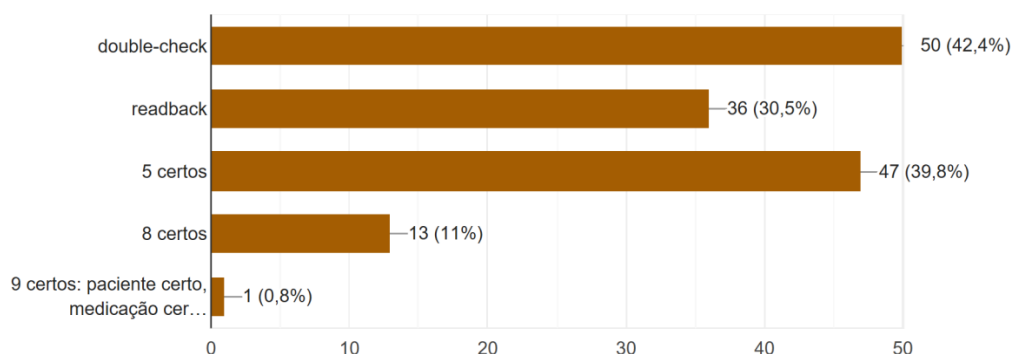
medicamento podem ter repercussões na atividade e na resposta do enfermeiro entre os quais destaca-se a prescrição manual e verbal, interrupções, mecanismos de alerta insuficientes, desconhecimento de protocolos escritos e medicamentos LASA.

**GRÁFICO 5- Identificação de medicação LASA nas unidades**



Apenas 13.7% dos profissionais refere ter a medicação identificada, situação que propicia o aumento do risco principalmente quando o profissional não toma as devidas diligências para evitar o erro. E quanto a esta questão, 13.7% refere não tomar nenhuma atitude específica para evitar erros e como podemos verificar no gráfico seguinte, apenas 86.3% dos que usam alguma estratégia utilizam majoritariamente o double-check.

**GRÁFICO 6- Estratégias usadas pelos profissionais para evitar erros com a medicação.**



Os sistemas informáticos não têm nenhum sistema de alerta que possam ajudar a prevenir ou minimizar o erro.

Após a análise das respostas, concluiu-se que existe um desconhecimento considerável relativamente á temática LASA e pela bibliografia consultada, são vários os autores que reconhecem o desconhecimento como um risco para o erro, sendo também este fator preponderante para a subnotificação.

As estratégias adotadas pelos profissionais para evitar os erros, levam a deduzir que a mecanização dos procedimentos, quando a medicação é algo que está sempre a mudar, pode levar a erros mais ou menos perceptíveis pelos profissionais, mas esta situação será verificada in loco aquando da auditoria clínica.

Estão descritas em vários estudos, algumas metodologias de segurança para o melhor controlo e verificação da medicação que descrevo sucintamente de seguida:

**Double-check:** esta técnica consiste na verificação da medicação por uma segunda pessoa, sem que a primeira pessoa diga à segunda o que é esperado que ela encontre. A realização desta técnica de forma inadequada pode criar uma falsa sensação de segurança. Como já verificado por Hewitt et al. em 2015, também constatei que o conceito de dupla verificação variava entre os profissionais que a referiam, sendo que a maioria referia-se à dupla verificação do próprio trabalho e outros à confirmação da medicação com os pares (Hewitt T, 2015)

**Readback:** os erros relacionados com a comunicação estão na base de muitos eventos adversos, utilizada há muito tempo na aviação com o objetivo de melhorar a comunicação e a execução de tarefas, foi reconhecida em 2009 como um marco na segurança do doente pela Joint commission- 2nd National Patient Safety Goal. (Stahel, 2008). Esta técnica consiste na repetição por parte do profissional recetor da mensagem da informação verbal recebida, de forma a confirmar e poder corrigir um eventual erro.

**5 Certos, 8 certos ou 9 certos?** Estas técnicas diferem apenas no número de itens que são verificados:

1. Paciente certo- confirmar o nome e sobrenome, solicitando ao utente que o diga.
2. Medicamento certo- ler o rótulo e conferir com a prescrição
3. Dose certa- verificar no rótulo a concentração, nas crianças a dose/kg entre outros.
4. Via certa- oral, subcutânea, intradérmica, intramuscular, etc.
5. Hora certa
6. Tempo certo- diário, 12/12horas, outros
7. Validade certa
8. Abordagem certa – Deve de ser efetuado ensino ao utente, esclarecendo-o de qualquer dúvida relativamente ao procedimento e levar em conta o direito do mesmo em o recusar.

## 9. Registo certo

De acordo com o objetivo estratégico 4 do Plano Nacional para Segurança dos Doentes 2015-2020: aumentar a segurança na utilização da medicação refere que a abordagem internacional exige uma diminuição da prevalência de incidentes, através da adoção de medidas estruturais e processuais de prevenção, implicando mudanças organizacionais e comportamentais. Refere ainda que as instituições devem implementar estratégias que assegurem o uso de medicamentos de alto risco assim como os medicamentos LASA.

Apesar da estratégia estar definida porque é que ainda não está implementada no ACeS? E porque é que ainda há profissionais que desconhecem a temática? A metodologia “Strat to Action” desenvolvida pelo Kaizen Institute poderá vir a ser uma mais valia na persecução deste objetivo?

### 4.3 Hoshin Planning

Com base no que já foi publicado na **“ESTRATÉGIA NACIONAL PARA A QUALIDADE NA SAÚDE 2015 – 2020 Despacho n.º 5613/2015, DR n.º 102 de 27/5/2015”**, decidi aplicar a Matriz X, que permite traduzir de uma forma visual, as oportunidades estratégicas em objetivos estratégicos, sendo que numa segunda fase esta ferramenta serve de input para o desdobramento da estratégia em níveis inferiores da organização.

Para a construção da matriz é preciso responder a algumas questões chaves:

- O que se pretende atingir em 3 a 5 anos? Esta estratégia nacional para a qualidade definiu objetivos em 5 anos, sendo que em 2020 se previa que 90% das instituições prestadoras de cuidados de saúde tivesse implementado práticas seguras de medicação e a redução em 50% , em cada ano, relativamente ao ano anterior, do número de ocorrências relacionadas com erro de medicação. (Coelho, Monitorização da Qualidade e Segurança, 2017).
- Relativamente à segurança com medicação e especificamente com a medicação LASA, no próximo ano onde se pretende chegar? Em 2016 o número de ACES com Estratégia LASA era de 36, faltando a implementação de estratégias em 10, por sua vez apenas 8 não tem lista de medicamentos LASA. Ainda assim 3 ACES com lista

de medicação LASA não tem estratégias de armazenamento e identificação do mesmo.

Podemos ainda verificar que tem havido um decréscimo no que concerne à notificação de incidentes relativamente à medicação (580 em 2014 e 131 em 2016), por outro lado também houve um decréscimo de 26% face a 2014 do número de auditorias realizadas às práticas seguras da medicação.

Sabemos ainda que quanto à reconciliação terapêutica, 10 ACES (22%) desenvolvem algumas atividades de reconciliação da medicação (2 desenvolvem estudos-piloto e 8 desenvolvem atividades mas não as concretizam). (Coelho, Monitorização da Qualidade e Segurança, 2017).

- Como vamos fazê-lo?
- Como vamos medir o sucesso do que foi efetuado?
- Quem é o responsável por este processo?

Após estas questões, podemos elaborar um esboço da matriz, cuja denominação está relacionada com a sua forma em “X”.

**FIGURA 3- Matriz x de Nível 1**

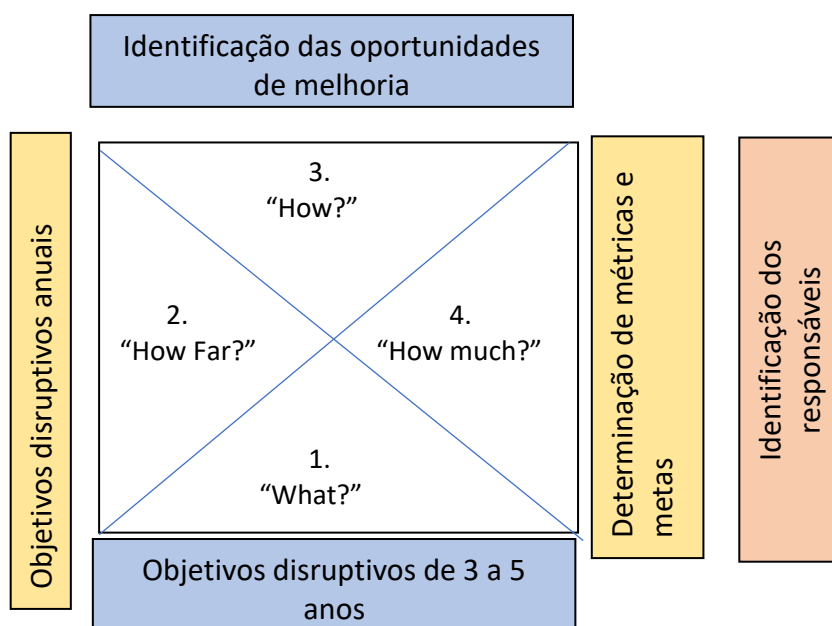


*Figura adaptada (Bastos & Sharman, 2018)*

O Strat to Action leva a cabo a implementação de dois programas de melhoria:

- Breakthrough Kaizen- com a implementação de processos disruptivos que levam a organização a mudar a sua forma de executar, causando rutura com a cultura vigente.
- Daily Kaizen- que vai suportar o breaktrhoug kaizen uma vez que converte a nova forma de agir numa forma de trabalho normalizada.

Assim sendo, a nova gestão adota estes novos padrões como parte integrante do seu trabalho, permitindo uma sustentabilidade a longo prazo. Os hábitos das pessoas são influenciados através do treino e acompanhamento sistemático e frequente.

### **O processo de pensamento crítico relativamente à medicação LASA no ACES Espinho/Gaia**

O processo de pensamento crítico é uma abordagem de pensamento composta por 5 passos para a definição de objetivos da organização, que promove a discussão e consequentemente alinhamento de todos os envolvidos, questionando-se sobre quais os processos críticos que a impedem de alcançar esse mesmo resultado.

#### **Passo 1: “What”- Decidir breakthroughs de 3 a 5 anos**

- Implementação de práticas seguras relativamente à medicação LASA em todas as unidades do ACES
- Redução de 50% dos erros relativamente aos anos anteriores
- Aumentar em 25% as notificações com a medicação
- Aumento do número de auditorias realizadas no que concerne às práticas seguras com medicação de 50%

#### **Passo 2: “How Far?”- Determinar breakthroughs anuais**

- Implementação de práticas seguras no primeiro ano nas USF modelo B, no segundo no modelo A, no terceiro nas UCSP e posteriormente alargar às restantes unidades.
- Redução de 50% dos erros relativamente ao ano 0
- Aumentar em as notificações com medicação

- Elaborar auditorias de diagnóstico, aplicando a norma da DGS, no primeiro ano nas USF B, segundo ano para as modelo A, no terceiro para as UCSP e posteriormente alargar às restantes unidades.
- Elaborar as auditorias de avaliação ao fim de 6 meses após ter sido dado conhecimento às unidades da primeira auditoria.

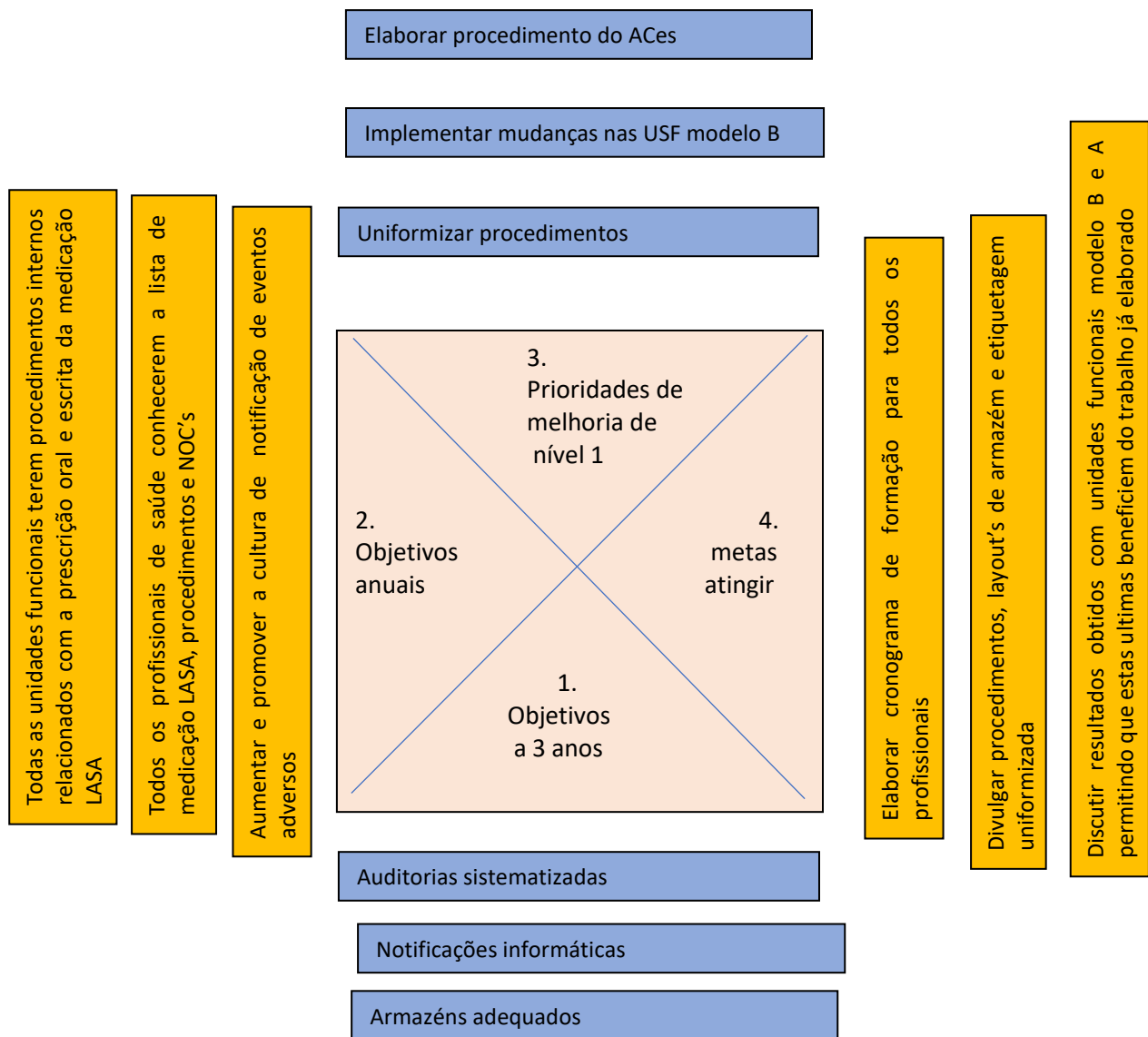
### **Passo 3: Prioridades de melhoria para o 1º Ano**

- Implementar um processo para aumentar a produtividade através da dotação dos profissionais da capacidade de diferenciar valor acrescentado de valor não acrescentado, para se poder trabalhar na eliminação constante do desperdício nos processos.
- Definir um processo para a melhoria da qualidade (mais que quantificar, identificar a origem dos problemas da qualidade)
- Implementar um processo para melhorar o serviço ao cliente/utente, através da adoção de medidas de simplificação dos processos suportados através da gestão visual.

### **Passo 4: Definição de metas a atingir no 1º ano**

- Implementação da norma da DGS em todas as USF's modelo B no primeiro ano
- Implementação de auditorias anuais e/ou semestrais
- Implementar fóruns de discussão e partilha de conhecimentos entre as diversas equipas, trimestralmente
- Implementar cultura de divulgação e análise de resultados entre todos os profissionais.

**FIGURA 4- Matriz X de Nível 1- Implementação de um sistema de gestão de medicação LASA no ACeS Espinho Gaia – Ano 1**

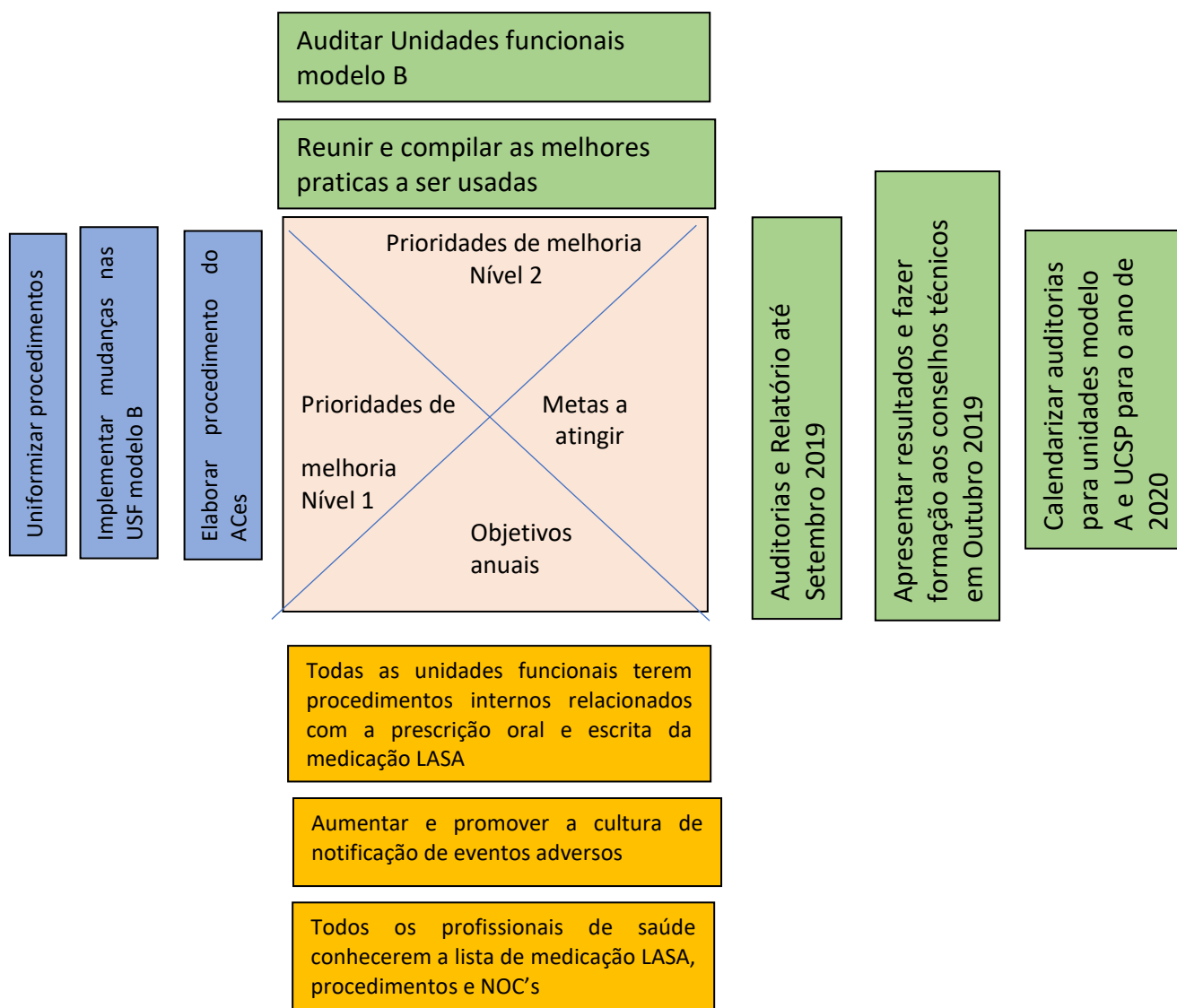


As principais características que diferenciam a gestão Hoshin de outros modelos são:

- Catchball, processo de negociação que emprega reuniões formais e informais para traduzir fins em meios, estabelecer o uso de recursos, e converter os objetivos dos diversos níveis da organização em metas acordadas entre todos;
- Relação entre a gestão Hoshin e o TQM, assim como com outras formas de trabalho semelhantes como o lean;
- Relação com a estratégia corporativa, que deliberadamente utiliza as diretrizes derivadas das estratégias globais para gerir o trabalho, possibilitando que não haja desconexão dos objetivos da administração com os do dia-a-dia.

Assim sendo, depois de se elaborar esta análise, deve-se construir uma **matriz de nível 2**, que requer uma cultura de envolvimento e valorização dos intervenientes deste processo e não só da gestão:

**FIGURA 5 - Matriz X de Nível 2- Implementação de um sistema de gestão de medicação LASA no ACeS Espinho Gaia – Ano 1**



A matriz é de pouca ou nenhuma utilidade se não despoletar ação. Pretende-se assim, gerar um plano de ação materializado em Eventos Kaizen e usar os conhecimentos dos profissionais, assim como o próprio trabalho em equipa para desenhar o programa de melhoria contínua.

Trabalhar com o foco num evento Kaizen, permite à organização obter resultados mais rápidos. Mas com o desenrolar deste trabalho fui percebendo que a própria calendarização de auditorias para a recolha de dados era algo moroso e que dependia de vários profissionais em horário laboral e não laboral.

Habitualmente, planejar e executar um evento Kaizen segue um formato **PDCA** (Plan, Do, Control, Act):

**FIGURA 6- Ciclo PDCA**



Imagem retirada do site: <https://socialconcursos.com.br/blog/ciclo-pdca-definicao>

O problema subsiste na dificuldade de passar do plano para a Execução: “Qual o motivo da norma sobre a medicação LASA ainda não estar implementada nas unidades”, uma vez que as normas não são recentes, os profissionais têm acesso a informação via eletrônica, então porquê? Destas questões advém a necessidade de se compreender a situação em cada unidade e definir objetivos específicos e adaptados à cultura dos profissionais para que o plano de ação seja exequível. Assim, foi decidido elaborar auditorias clínicas nas USF modelo B e posteriormente alargar para as USF modelo A e UCSP já com medidas corretoras e exemplos práticos encontrados nas primeiras. Fizemos uma auditoria piloto na USF Canelas e posteriormente avaliamos as restantes obtendo através de entrevista, algumas informações dos diferentes grupos profissionais e a observação dos locais de armazenamento.

Enquanto se procedia às auditorias internas a troca de impressões com os profissionais assim como os exemplos práticos foram uma mais valia para a elaboração de estratégias a implementar nas restantes unidades assim como a própria uniformização de critérios.

Unidades auditadas: USF Canelas; USF Aguda, USF S. Félix/Perosinho, USF Nova Via, USF Anta, USF Além Douro, USF S. Miguel e USF Espinho.

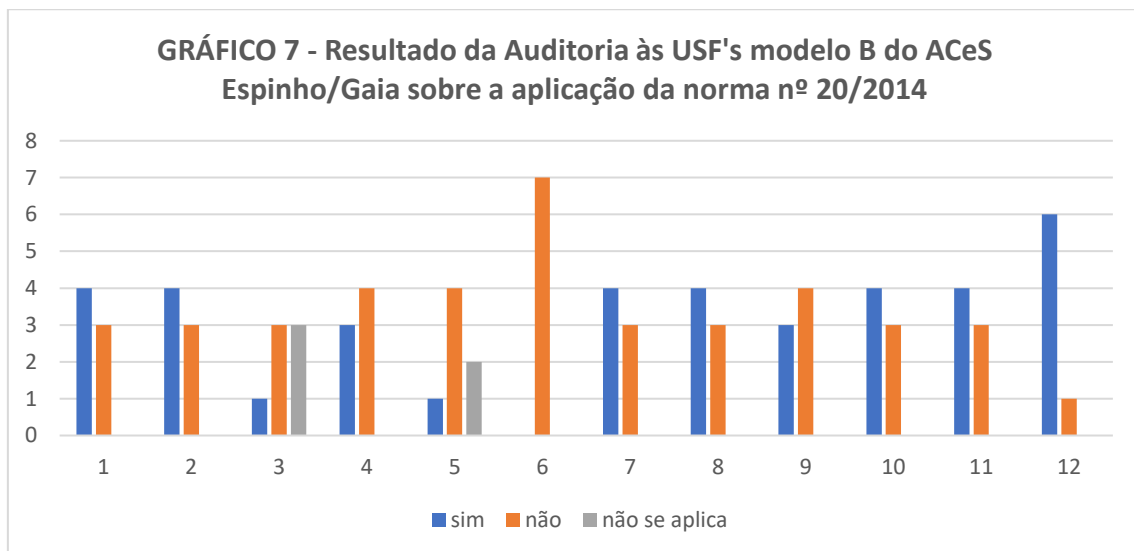
Com os dados obtidos, conseguimos perceber que:

- Diferentes unidades têm diferentes necessidades de inventário e por isso apesar da lista geral da DGS e da lista do ACeS era necessário que cada unidade elaborasse a sua própria lista reduzindo/eliminando medicamentos que não são usados nas unidades (exemplo de lidocaína que só é usada em unidades que fazem pequena cirurgia).
- É necessário dotar os profissionais de tempo para gestão ou então dotar o ACeS de farmacêuticos/técnicos de farmácia.
- As aplicações informáticas não ajudam a minimizar os erros e o uso de diversas aplicações durante as consultas médicas implicam diminuição de foco na tarefa a ser realizada (prescrição). Uma vez que os profissionais não conseguem intervir nas aplicações, várias unidades optaram por afixar posters de alerta para a medicação LASA e MAM (medicamentos de alerta máximo) nas áreas de trabalho.
- Os armazéns e respetivos layouts são desadequados na sua maioria às especificidades dos stocks em saúde.
- O ACeS deve elaborar etiquetas uniformes para todas as unidades usarem de forma a diminuir o risco quando colaboradores são deslocados das suas unidades e de forma a facilitar a etiquetagem do armazém pelos enfermeiros.
- Deve-se evitar o pedido manuscrito ou oral pelos profissionais, mas em caso de esse ocorrer deve estar definido no manual de procedimentos. Aqui também deve ser elaborado um procedimento para o pedido feito de profissional para profissional e de utente para profissional.

A grelha em anexo (anexo 2) assim como o gráfico seguinte demonstram o resultado desta análise, sendo que os pontos avaliados se encontram enumerados:

1. A instituição elaborou a lista interna de medicamentos LASA
2. A lista foi divulgada na instituição
3. A lista foi revista, pelo menos anualmente
4. Os profissionais tiveram conhecimento da lista em vigor na instituição
5. Na aquisição de medicamentos e sempre que possível, a instituição considerou alternativas para não adicionar medicamentos LASA à lista interna existente
6. As aplicações informáticas dispõem de alertas para os medicamentos LASA

7. Os medicamentos LASA estão armazenados separadamente
8. Os medicamentos LASA estão identificados para que se diferenciem entre eles e dos restantes
9. A instituição utiliza o método de inserção de letras maiúsculas para a diferenciação das denominações de medicamentos LASA
10. A instituição tem estratégia implementada quando existe pedido oral de medicamentos LASA
11. A instituição tem estratégia implementada quando existe caligrafia ilegível num pedido escrito de medicamentos LASA
12. Os profissionais realizam formação incluindo os medicamentos LASA



## 5. CONCLUSÃO

O circuito do medicamento faz parte integrante do quotidiano de todos os profissionais de saúde que se encontram na prestação de cuidados quer hospitalares quer cuidados de saúde primários; em instituições públicas ou privadas.

Hoje em dia sabemos, graças às Comissões da Qualidade e Segurança, que em Portugal existem entre 16 mil a 18 mil notificações de incidentes de segurança do doente por ano. Mas ainda assim têm sido identificadas barreiras na implementação de medidas de segurança no que concerne à medicação LASA, algumas inclusive detetadas neste trabalho.

Sendo a Investigação-ação uma metodologia com base num processo cíclico ou em espiral, pretende-se que nos ciclos posteriores se verifique o aperfeiçoamento de métodos, dados, experiência obtida com o ciclo anterior. Assim, não podemos dizer que existe uma conclusão, mas sim um novo ciclo que se inicia avaliando se o impacto das alterações introduzidas nas USF modelo B vão gerar uma melhor qualidade na gestão da medicação LASA em menor tempo nas USF modelo A.

O essencial na IA é a exploração reflexiva da prática que contribua quer para a resolução dos problemas quer para a planificação e introdução de alterações nos processos. Sendo esta metodologia utilizada em contextos particulares e comunidades específicas, confere à IA uma individualidade própria.

Enquanto elemento da equipa auditora pude verificar que houve um cuidado prévio das unidades para nos receberem, tentando melhorar os procedimentos existentes. Isso por si só já abalou a inércia inicialmente verificada aquando da obtenção da resposta aos questionários. A verificação de várias realidades e de diferentes visões do mesmo problema levou à elaboração de um procedimento onde cada unidade se identifique. Existem vários pontos que se seguem e que dependem de aspetos burocráticos do ACeS, entre os quais:

- Partilha dos resultados das auditorias assim como do novo procedimento
- Calendarização de novas auditorias
- Planificar formação sobre notificação
- Calendarizar auditorias às unidades modelo A e UCSP.

Todos os profissionais de saúde envolvidos no circuito medicamentoso devem ter formação atualizada, sendo que nesta deve ser reforçada a importância dos riscos associados à prescrição oral. Os diferentes pontos do circuito do medicamento devem de ser auditados em cada unidade com o objetivo de identificar os pontos críticos e as possíveis áreas de melhoria, expondo as fragilidades das unidades de trabalho e criando espaço à protocolização e diminuição do erro.

Perante as dificuldades da implementação de medidas de segurança associadas à medicação LASA, a Organização Mundial de Saúde já sugeriu que a própria indústria farmacêutica realize o screening de nomes pré-existentes de forma a evitar a introdução de “novos LASA” no mercado.

No ACeS Espinho/Gaia já se encontra em análise um novo procedimento elaborado em conjunto com os elementos auditores (Anexo 3) que permite a standardização de procedimentos nas diversas unidades, uniformização de etiquetas e o envolvimento de todos os profissionais na procura da Melhoria Contínua. Muitas vezes esta procura pela qualidade não carece de novas ideias, mas de foco.

O impacto da introdução deste procedimento longe de estar concluído permite dar resposta à auditoria da DGS permitindo assim ganhos de qualidade e consequentemente diminuição de erros e custos, mas só podemos efetivamente avaliar quando o apoio à notificação por parte dos dirigentes do ACeS, reforçando o propósito educacional em detrimento da culpa da ocorrência dos doentes, estiver efetivamente implementado.

## REFERENCIAS

- (s.d.). *Despacho nº 14223/2009. DR. 2 a Série. 120 (2009-06-24). 24667-24669. Procede à aprovação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde.*
- Barros, P. P. (06 de 2011). *momentos economicos. files. wordpress.com*. Obtido em 12 de 2018, de momentos economicos. files. wordpress.com:  
<http://momentoseconomicos.files.wordpress>
- Barros, P. P. (2013). *Economia da Saúde, Conceitos e comportamentos*. Edições Almedina.
- Bastos, A., & Sharman, C. (2018). *Strat to Action- o método Kaizen de levar a estratégia à prática*. (C. Rodrigues, Trad.)
- Beirão, I. (s.d.). *GERIR O ERRO EM SAÚDE-medicoscaticos.pt*. Obtido de medicoscaticos.pt: [https://www.medicoscaticos.pt › images › pdf › gerir\\_o\\_erro\\_artigo](https://www.medicoscaticos.pt/images/pdf/gerir_o_erro_artigo)
- Berman, A. (2004). Reducing medication errors through naming, labeling, and packaging. *J Med Syst.*, pp. 9-29.
- Chadwick, M. (2003). Look-alike Sound-alike Health Product Names. *Health Canada workshop*.
- Coelho, A. (2017). *Monitorização da Qualidade e Segurança*. Lisboa: DGS.
- Coelho, A. (20 de Janeiro de 2017). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*. Obtido de [apdh.pt/sites/apdh.pt/files/ACOELHO-PNSD-](http://apdh.pt/sites/apdh.pt/files/ACOELHO-PNSD-)
- Coutinho, C. P., Sousa, A., Dias, A., Bessa, F., Ferreira, M., & Vieira, S. (2009). Investigação-ação: metodologia preferencial nas práticas educativas. *Revista Psicologia, Educação e Cultura*. pp. 355-379.
- Despacho 1400-A/2015, 2015-02-10- DRE*. (10 de 02 de 2015). Obtido de DRE: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/66463212/details/normal>
- DGS. (10 de fev de 2015). Obtido de Plano Nacional Segurança do Doente 2015-2020: <https://www.dgs.pt>
- Drupsteen, L. (2014). *Improving organisational safety through better learning from incidents and accidents*. Centre for Industrial Production - Aalborg University Denmark.
- Ernst, F., & Grizzle, J. (march-april de 2001). Drug-related morbidity and mortality: updating the cost-of-illness model. *Journal of American Pharmaceutical Association*, 41(2), pp. 192-199. doi:10.1016/S1086
- Guerreiro, M. P., Sousa, P., Almeida, L. B., Silva, D. T., Siqueira, J. S., & Júnior, D. P. (2010). Erro medicamentoso em cuidados de saúde primários e secundários: dimensão, causas e estratégias de prevenção. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*.

- Herdeiro, M., Figueiras, A., Polonia, J., & Gestal-Otero, J. (2005). Physicians' attitudes and adverse drug reaction reporting : a case-control study in Portugal. . *Drug Safety* , 825-33.
- Hewitt T, C. S. (2015). Double checking: a second look. . *Journal of evaluation in clinical practice*.
- INE. (2010). Instituto Nacional de Estatística. Dados estatísticos. Base de dados. Saúde. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, Portugal. Obtido de [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_base\\_dado](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_base_dado)
- Institute of Medicine, C. o. (2007). Preventing Medication Errors . *National Academies Press*, pp. 125-125.
- J. Fragata, L. M. (2004). *O erro em medicina: perspectivas do indivíduo da organização e da sociedade*. . Almedina.
- Kohn, L. C. (2000). *To Err Is Human Building a Safer Health System*. Washington(DC): National Academy press. . doi:10.17226/9728
- Leonor Nogueira Guerra, M. T.-V. (2015). Adverse drug reactions in children: a ten-year review of reporting to the Portuguese Pharmacovigilance System, Expert Opinion on Drug Safety. pp. 1805-1813. doi: 10.1517/14740338.2015.1105214
- Lopez-Gonzalez, E., & Herdeiro, M. F. (2009). Determinants of under-reporting of adverse drug reactions: a systematic review. . *Drug Safety* , 19-31.
- Lourenço, K. e. (2017). Nível de atendimento dos materiais classificados como críticos no hospital universitário da USP. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60: 15-20.
- Martins, A. P., Farinha, H., & Barão, P. (2018). Segurança do Medicamento nas Crianças e Adolescentes- o que podemos melhorar. *Jornadas da SPEOS*. Leiria.
- MCSP, M. p. (2012). *Reforma dos cuidados de saúde primários: plano estratégico 2010-2011*. Ministério da Saúde.
- Mendes, C. M. (2014). Promover uma cultura de segurança em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(2), 197-205. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.06>.
- Mendes, C. M. (Dezembro de 2014). Promover uma cultura de segurança em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2(32), pp. 197-205.
- Mendes, K., & Castilho, V. (2009). Determinação da importância operacional dos materiais de enfermagem segundo a Classificação XYZ. *Rev Inst Ciênc Saúde*.
- Millstein, M. A., Yang, L., & Li, H. (2013). Optimizing ABC Inventory Grouping Decisions. *International Journal of Production Economics*. doi:10.1016/j.ijpe.2013.11.007
- Nofke, S., & Somekh, B. (2010). *Handbook of Educational Action Research*. London: Sage.

- Pirmohamed, M., Breckenridge, A., Park, B., Farrar, K., Walley, T., Scott, A., . . . James, S. (01 de July de 2004). Adverse drug reactions as cause of admission to hospital. *BMJ-British Medical Journal* vol.329, pp. 15-19. doi:10.1136/bmj329.7456.15
- RNCCI. (2009). *ACSS*. Obtido de ACSS: [www2.acss.min-saude.pt](http://www2.acss.min-saude.pt)
- SCHLINDWEIN, N. (2009). *Avaliação da gestão de suprimentos em hospitais: Proposição de um modelo teórico aplicados nos hospitais de Santa Catarina*. Universidade Regional de Blumenau.
- Sousa, P. (2009). O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. *Acta Paulista de Enfermagem. Especial 70 anos, 2009, Vol. 22*, pp. 884-894.
- Sousa, P. U., Serranheira, F., & Leite, E. (2011). *Segurança do doente: Eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacto e evitabilidade*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Sousa, P., Uva, A. d., Serranheira, F., Pinto, F., & Klazinga, N. e. (setembro de 2009). The patient safety journey in Portugal: Challenges and opportunities from a public health perspective. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* , pp. 91-106.
- Stahel, P. (2008). Learning from aviation safety: a call for formal "readbacks" in surgery. *Patient Safety in Surgery*, pp. 21-21.
- Valente, R. P., Esteves, M., & Padilha, J. (2012). A metodologia Lean na área hospitalar- a Gestão da Qualidade enquanto factor de Melhoria Contínua e humanização do esforço de racionalização dos recursos. *III seminário de I&DT, organizado pelo centro Interdisciplinar de Investigação e Inovação do Instituto Politécnico de Portalegre*. Portalegre.
- Valente, R. P., Esteves, M., & Padilha, J. P. (s.d.). *A metodologia Lean na área hospitalar – a Gestão da Qualidade enquanto factor de Melhoria Contínua e humanização do esforço de racionalização dos recursos*. Obtido de <https://pdfs.semanticscholar.org>
- WHO. (2005). Obtido de World Alliance for Patient Safety: <http://www.who.int/patientsafety>
- WHO. (2009). *Conceptual framework for the international classification for patient safety*. Geneva: World Health Organization.

## **ANEXO 1 – Questionário**

## Auditoria ao uso dos medicamentos LASA

Suporte referencial desta auditoria é a NOC 020/2014 da DGS publicada em 30/12/2014 que contem uma grelha de apoio à auditoria.

A auditoria ao uso dos medicamentos LASA tem como objectivos verificar a existência de práticas seguras em relação aos medicamentos, objectivar o nível de conhecimentos dos profissionais sobre o tema.

### Endereço de email \*

Endereço de email válido

Este formulário está a recolher endereços de email. [Alterar definições](#)

### Identificação do Grupo Profissional

☐ Enfermeiro

☐ médico

### Identificação da Unidade de Saúde \*

Texto de resposta curta

### O que significa a sigla LASA? \*

☐ look alike seems altered

☐ look altered similar appeareance

☐ look as similar as

☐ look alike sound alike

☐ não sei responder

Tem conhecimento da lista interna de medicação LASA? \*

- ☐ sim
- ☐ não
- ☐ a instituição não tem lista interna de medicação lasa
- ☐ não tenho informação sobre o assunto

Já teve formação sobre esta temática? \*

- ☐ sim
- ☐ não

O ACES tomou medidas relativamente aos medicamentos LASA? \*

- ☐ sim
- ☐ não
- ☐ desconheço
- ☐ não tenho informação sobre o assunto

Na sua unidade os medicamentos LASA encontram-se devidamente identificados?

- ☐ sim
- ☐ não
- ☐ desconheço

Após a secção 1 Continuar para a secção seguinte



## Reconhecimento de eventos já ocorridos

Tendo em conta que os medicamentos LASA estão na base de muitos erros no Circuito do Medicamento é importante verificar o reconhecimento que os profissionais de saúde têm sobre os erros cometidos pelos próprios. Muitas vezes o erro é detectado antes de chegar ao utente, mesmo assim deve de ser identificado.

Erros com a medicação detectados incluindo os que não chegam a ser concretizados \*

- ☐ troca de medicamento aquando da prescrição(médicos)
- ☐ troca de medicamento aquando da administração
- ☐ dose inadequada
- ☐ doente errado
- ☐ via de administração errada

Conhece o sistema de notificação de eventos adversos? \*

- ☐ sim
- ☐ não

Tem por habito notificar? \*

- ☐ sim
- ☐ não

...

Na sua atividade profissional diária adota alguma atitude para evitar erros medicamentosos? \*

- ☐ não
- ☐ sim

---

Se respondeu que sim na questão anterior refira qual o método mais frequente

☐ double-check

☐ readback

☐ 5 certos

☐ 8 certos

☐ Outra opção...

...

As aplicações informáticas dispõem de alerta relacionados com a medicação LASA?

\*

☐ sim

☐ não

☐ desconheço

Qual estratégia implementada na sua instituição para diferenciar a medicação LASA?

\*

Texto de resposta longa

---

**ANEXO 2 - Instrumento de Auditoria à aplicação da norma 20/2014 nas unidades modelo B do ACeS Espinho/Gaia**

**Instrumento de Auditoria à aplicação da Norma nº 20/2014 de 30/12/2014 e atualizada em 14/12/2015 - Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes clínica- LASA**



|                 |                       |
|-----------------|-----------------------|
| Data:           | Hora:                 |
|                 | USP's Modelo B        |
| Equipa Auditora | Dr. Jorge Vinagre     |
|                 | Enf.ª Conceição Braga |
|                 | Enf.ª Telma Silva     |

| OBSERVAÇÕES                                                                                                                                              |  | SIM | NÃO | NÃO APLICÁVEL |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----|-----|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Critérios                                                                                                                                                |  |     |     |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| A instituição elaborou a lista interna de medicamentos LASA                                                                                              |  | 4   | 3   |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| A lista foi divulgada na instituição                                                                                                                     |  | 4   | 3   |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| A lista foi revista, pelo menos anualmente                                                                                                               |  | 1   | 3   | 3             | Das 4 unidades que elaboraram lista de medicamentos LASA, fizeram-no há menos de um ano                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Os profissionais tiveram conhecimento da lista em vigor na instituição                                                                                   |  | 3   | 4   |               | Observou-se numa unidade com lista interna o desconhecimento de profissionais sobre a mesma através de entrevista                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Na aquisição de medicamentos e sempre que possível, a instituição considerou alternativas para não adicionar medicamentos LASA à lista interna existente |  | 1   | 6   |               | No início foi considerado pela equipa auditora que "A unidade não tem autonomia para a aquisição de medicamentos ou interferência no processo, pelo que este critério foi considerado não aplicável". No entanto, houve uma unidade que se destacou pela proactividade, fazendo revisão da medicação em uso e decidiu em equipa excluir medicação pouco usada pedindo-a apenas pontualmente. Pelo que o critério sofreu alterações de avaliação. |
| As aplicações informáticas dispõem de alertas para os medicamentos LASA                                                                                  |  | 7   |     |               | Não foi possível observar nas aplicações informáticas alertas para medicamentos LASA e os profissionais questionados também afirmam que desconhecem alertas                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Os medicamentos LASA estão armazenados separadamente                                                                                                     |  | 4   | 3   |               | Foi observado que na maioria das vezes o local de acondicionamento da medicação não proporciona as melhores condições para o armazenamento separado da medicação LASA. Mesmo assim nota-se um esforço dos profissionais no seu acondicionamento                                                                                                                                                                                                  |
| Os medicamentos LASA estão identificados para que se diferenciem entre eles e dos restantes                                                              |  | 4   | 3   |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| A instituição utiliza o método de inserção de letras maiúsculas para a diferenciação das denominações de medicamentos LASA                               |  | 3   | 4   |               | Apesar de haver unidades com os medicamentos diferenciados, nem todas usam este método para a diferenciação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| A instituição tem estratégia implementada quando existe pedido oral de medicamento LASA                                                                  |  | 4   | 3   |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| A instituição tem estratégia implementada quando existe caligrafia ilegível num pedido escrito de medicamento LASA                                       |  | 4   | 3   |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Os profissionais realizam formação incluindo os medicamentos LASA                                                                                        |  | 6   | 1   |               | Apesar dos resultados foi possível verificar em atas e por entrevista que os profissionais realizaram formação sobre a temática                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

## **ANEXO 3 - Procedimento Qualidade e Segurança – Uso seguro do medicamento**

## Procedimento

### Qualidade e Segurança – Uso seguro do medicamento

**Âmbito:** este procedimento aplica-se aos profissionais de Saúde do ACeS Espinho/Gaia

**Objetivos:** promover a segurança na utilização da medicação em todo o seu ciclo.

**Responsabilidades:** compete à comissão da Qualidade e segurança do ACES Espinho/Gaia, a implementação e monitorização deste procedimento com a colaboração dos interlocutores da qualidade de cada unidade funcional.

### Descrição:

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), os eventos adversos com medicamentos são uma das principais causas de dano e de morte nos sistemas de saúde.

Nos cuidados de saúde primários este dano é muito mais difícil de controlar, potenciando a gravidade destes eventos quer a níveis de saúde quer a nível económico. (Guerreiro, et al., 2010)

De acordo com os dados do sistema nacional de notificação de incidentes, 13% do total de incidentes notificados são incidentes de medicação e tendo em conta a cultura de notificação existente podemos considerar que o valor é muito superior a este. (Mendes C. M., 2014)

Todas as instituições prestadoras de cuidados de saúde têm por obrigação adotar práticas seguras inclusive a implementação da norma 020/2014 de 30/12/2014 no que respeita aos medicamentos com **nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhantes**, designados **LASA**.

Por outro lado, **os medicamentos de alerta máximo (MAM)**, necessitam de uma atenção especial não porque os erros ocorridos com estes sejam muito frequentes, mas sim porque são mais graves podendo ocasionar lesões permanentes e até mesmo a morte.

Dos incidentes relacionados com medicação, 50% ocorrem devido a sobredosagem de anticoagulantes e/ou insuficiente monitorização, isto ocorre devido à dificuldade em identificar interações com agonistas opiáceos, associados a sonolência e depressão respiratória entre outras.

As fases do circuito medicamentoso onde ocorrem mais eventos adversos são: na **prescrição**, na **dispensa** e na **administração**.

#### 1. O que pode correr mal na prescrição?

-  Informação escassa sobre as indicações e contraindicações do medicamento;
-  Fator associado ao doente, como alergias, polimedicação, entre outros;
-  Comunicação verbal e não verbal (escrita) não perceptível;
-  Documentação ilegível, incompleta ou ambígua;
-  Cálculo errado da dose;
-  Registo incorreto de dados na prescrição on-line.

Assim, na prescrição medicamentosa deve-se:

- ✓ Privilegiar a prescrição eletrónica de medicação e elaborar procedimento para quando não há sistema informático
- ✓ Reduzir ao mínimo as indicações/pedidos orais e definir procedimentos internos específicos para quando tal acontecer
- ✓ Estabelecer procedimentos de revisão da medicação
- ✓ Na prescrição eletrónica preencher os dados fornecidos pelo sistema informático, evitando o texto livre

## 2. O que pode correr mal na dispensa medicamentosa?

A dispensa de um medicamento implica a interpretação médica, a validação, a preparação e distribuição do medicamento ao doente adequado para cumprimento do prescrito.

Fatores que podem influenciar na dispensa medicamentosa:

- ✎ Volume de trabalho
- ✎ Medicamentos com nomes semelhantes ou embalagens semelhantes (LASA)
- ✎ Acondicionamento incorreto da medicação
- ✎ Interrupções no trabalho
- ✎ Ilegibilidade das prescrições

## 3. O que pode correr mal na administração do medicamento?

- ✎ Doente errado
- ✎ Via de administração incorreta
- ✎ Hora errada
- ✎ Dose errada
- ✎ Diluição incorreta
- ✎ Medicamento errado
- ✎ Omissão ou falha na administração
- ✎ Registo inadequado
- ✎ Ensino desajustado

Assim sendo, na preparação, dispensa e administração de medicamentos deve-se verificar os seguintes pontos:

- a) Prescrição correta (medicamento, dose, via, hora, doente certo)
- b) Doente certo
- c) Medicação, diluição e dosagem adequada e correta
- d) Acondicionamento dentro do preconizado em termos de exposição solar, temperatura, humidade, validade, etc.
- e) Hora e via de administração correta
- f) Técnica adequada
- g) Registo e ensino adequado

## **Medidas preventivas:**

### **Prescrição:**

#### ✎ **Alergias e reações adversas**

Os profissionais de saúde têm o dever de registar (em Item próprio para registo no S-Clinico) as alergias e as reações adversas em qualquer episódio de prestação de cuidados, sempre que delas tenham conhecimento, quer estas estejam associadas á utilização de fármacos ou não. Devem ainda registar no Catálogo Português de alergias e outras reações adversas, os dados relativos a alergias e reações adversas ocorridas em episódios passados ou atuais, mesmo que

não haja certeza que estas foram causadas por um medicamento. Assim sendo, a simples suspeita de que a toma de um ou a combinação de vários medicamentos conduziu a uma reação, os utentes e/ou os profissionais devem fazer chegar essa informação ao Infarmed. (Anexos)

As informações são confidenciais e não são partilhadas com entidades externas ao sistema nacional de farmacovigilância.

A notificação da RAM (reação adversa medicamentosa) é efetuada em plataforma própria, que se encontra disponível em [www.infarmed.pt](http://www.infarmed.pt) ou ainda através de impresso de notificação de suspeita de reações adversas a medicamentos ( exclusivo a profissionais de saúde). Após preenchimento deve ser enviado para Infarmed I.P- Parque de Saúde de Lisboa, Avenida do Brasil, 53 1749-004 Lisboa.

Em caso de dificuldades na submissão de uma notificação, poder-se-á contactar o Infarmed através de email: [ciminfarmed.pt](mailto:ciminfarmed.pt) ou telefone: +351 217987373.

*Ver em anexo o que deve constar na notificação de uma reação adversa.*



### **Reconciliação terapêutica**

No processo do utente deve constar informação sobre a medicação sujeita a receita médica e a de venda livre, como é o caso de produtos naturais e suplementos alimentares.

Aquando da prescrição de medicação o médico deve ter em atenção a medicação que o utente tem em casa e que faz de forma a evitar medicação LASA no domicílio, deve ainda ter em atenção algum episódio de internamento, consulta externa á unidade ou outra situação que possa implicar a duplicação de medicação ou outra reação cuja dificuldade de vigiar em domicílio possa trazer consequências mais ou menos graves para o utente.

Ter em atenção de efetuar a reconciliação terapêutica num prazo máximo de 24 horas após a transição de cuidados de uma unidade para outra.



### **Comunicação**

O profissional de saúde deve confirmar sempre se o utente percebeu a indicação que lhe foi dada e deve dar oportunidade ao utente a repetir para o confirmar.

O mesmo deve acontecer entre profissionais aquando da prescrição oral onde o nome do doente, dose, via de administração deve ser sempre confirmada (considerando que se há uma prescrição oral na unidade esta é para ser dada na hora, não havendo oportunidade para a prescrever informaticamente ou por escrito antes da administração).

Quando um utente se dirige á unidade com um pedido impercetível escrito ou oral de medicação, o médico deve tentar perceber se é medicação crónica do utente ou não e caso fique com duvidas marcar consulta para o utente ensinando-o na mesma como proceder noutras situações similares.



### **Registos**

Nos registos informáticos ou escritos á mão deve sempre constar o nome do doente, a medicação com a dosagem adequada ao peso, via de administração. Caso a hora não seja a da prescrição esta deve de estar discriminada na guia de tratamento.

Quando a guia de tratamento é escrita á mão estas informações devem ser escritas em letra de máquina de forma a não causar duvida a quem vai administrar e posteriormente registar no sistema informático assim que houver oportunidade.

No caso de medicação MAM, na prescrição não deve ser usado abreviaturas.

### **Dispensa medicamentosa:**

Os erros ocorridos pela dispensa de medicamentos estão diretamente relacionados com o seu armazenamento e não só. A ilegibilidade já foi abordada anteriormente

O volume de trabalho e as interrupções contantes são fatores de distração que podem conduzir a erros podendo ser minimizados com as condições de armazenamento.

### Armazém

Pelas normas da ACSS e adaptadas ao nosso ACES temos que, a área de armazenamento adequada aos produtos farmacêuticos deve de ter as seguintes características:

- a) Dotada de ventilação, proteção da luz solar direta, iluminação, temperatura e humidade controladas. (temperatura abaixo dos 25°C, humidade inferior a 60%);
- b) Facilidade de limpeza;
- c) Fechadura exterior que permita encerramento;
- d) Janelas se existirem devem ser protegidas contra intrusão;
- e) Dimensões adequadas á instalação de suportes para armazenagem de medicamentos e/ou soluções injetáveis, como estantes de metal ou prateleiras;
- f) Nenhum produto deverá assentar diretamente no chão, estando devidamente espaçado de modo a permitir limpeza e inspeção;
- g) **A arrumação dos medicamentos deve ser feita por ordem alfabética do nome genérico, por especialidade farmacêutica**, devidamente identificadas **com o código** do produto;
- h) Os medicamentos **LASA** (ver lista anexa), devem de estar separados fisicamente e identificados com o método de inserção de letras maiúsculas, utilização de cores, negrito entre outros.
- i) A medicação **MAM** (ver lista anexa) deve de estar armazenada em local de acesso restrito, fechado á chave ou selado nomeadamente em armários de medicação, stock geral e saco de emergência.
- j) Deve permitir rotação adequada dos stocks garantindo que sejam utilizados em primeiro lugar os medicamentos de menor prazo de validade, ou mantendo o princípio: primeiro entrado/ primeiro saído;
- k) Produtos farmacêuticos e fármacos danificados ou partidos devem ser retirados do restante stock existente;
- l) Os prazos de validade devem estar devidamente verificados e controlados, preferencialmente por via informática.
- m) Para acondicionamento de fármacos deve haver estantes fechadas e de fácil acesso e higienização
- n) Para registo de temperatura e humidade: termo – higrómetro
- o) Extintor
- p) Sinalética adequada

Inflamáveis:

- ☼ Local individualizado do restante armazém, a sua dimensão vai estar dependente do número e da variedade das especialidades a armazenar.
- ☼ Sistema de ventilação
- ☼ Chuveiro de deflagração.
- ☼ Instalação elétrica do tipo antideflagrante

Gases Medicinais:

- ☼ Área separada do restante armazém

Estupefacientes e Psicotrópicos:

-  Local reservado com fechadura de segurança
-  Prateleiras que permitam a arrumação dos medicamentos estupefacientes /psicotrópicos de forma correta.

Medicamentos e Reagentes que necessitam refrigeração:

-  Frigorífico: Temperaturas entre 2-8°C
-  Sistema de controlo e registo da temperatura.

A conservação correta dos medicamentos é um fator crítico para garantir a sua qualidade, eficácia e segurança, pelo que é imprescindível a implementação de procedimentos de trabalho que assegurem essa conservação.

#### Administração:

Antes de se administrar qualquer medicamento deve-se promover a verificação do mesmo: nome, dose, via não chegando para isso a visualização do mesmo, mas a leitura do seu rótulo. Confirmar se o nome do doente corresponde ao da guia de tratamento.

Promover a participação do utente no seu processo de cuidado, disponibilizando informação/formação adequada sobre a medicação a administrar.

Questionar o utente sobre alergias ou medicação efetuada.

Promover uma cultura de notificação de incidentes relacionados com a administração.

Registar de forma adequada o procedimento efetuado.

#### Medidas preventivas- etiquetagem:

Exemplo etiquetas para medicação LASA:

|                                                                                                  |                                                                          |                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <br><b>LASA</b> | Desogestrel <b>0,150</b> mg + Etinilestradiol <b>0,030</b> mg            | <b>Stock máximo:</b><br>400 |
|                                                                                                  | Nome comercial: <b>REGUlon/MARVELon</b><br>Referencia: <b>1110010651</b> | <b>Stock mínimo:</b><br>100 |

|                                                                                                    |                                                                             |                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <br><b>LASA</b> | Desogestrel <b>0,150</b> mg + Etinilestradiol <b>0,02mg</b>                 | <b>Stock máximo:</b><br>400 |
|                                                                                                    | Nome comercial: <b>MERCilon/ Novynette</b><br>Referencia: <b>1110023481</b> | <b>Stock mínimo:</b><br>100 |

Como se procede para a diferenciação de dois medicamentos com denominações ortograficamente semelhantes?

1ª começa-se pela primeira letra das denominações dos medicamentos, compara-se cada letra em comum da esquerda para a direita até pelo menos duas letras sejam diferentes. A partir desse ponto, inclusive, todas as letras seguintes deverão de ser colocadas em maiúsculas.

Ex:

|            |                |            |
|------------|----------------|------------|
| Adrenalina | Altera-se para | aDRENALINA |
| Atropina   |                | aTROPINA   |

Em seguida, começando na última letra das denominações dos medicamentos, compara-se cada letra maiúscula em comum da direita para a esquerda até que pelo menos duas letras sejam diferentes. Até esse ponto, as letras em comum retornam a minúsculas.

|            |                |            |
|------------|----------------|------------|
| Adrenalina | Altera-se para | aDRENALina |
| Atropina   |                | aTROPina   |

Exemplo etiquetas para medicação MAM:

|                                                                                                                     |                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ALERTA</b><br><br><b>MÁXIMO</b> | <b>ATROPINA</b><br><br>Referencia:<br><b>1110000461</b><br>Stock<br>máximo:<br><b>2</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|

### Referencias:

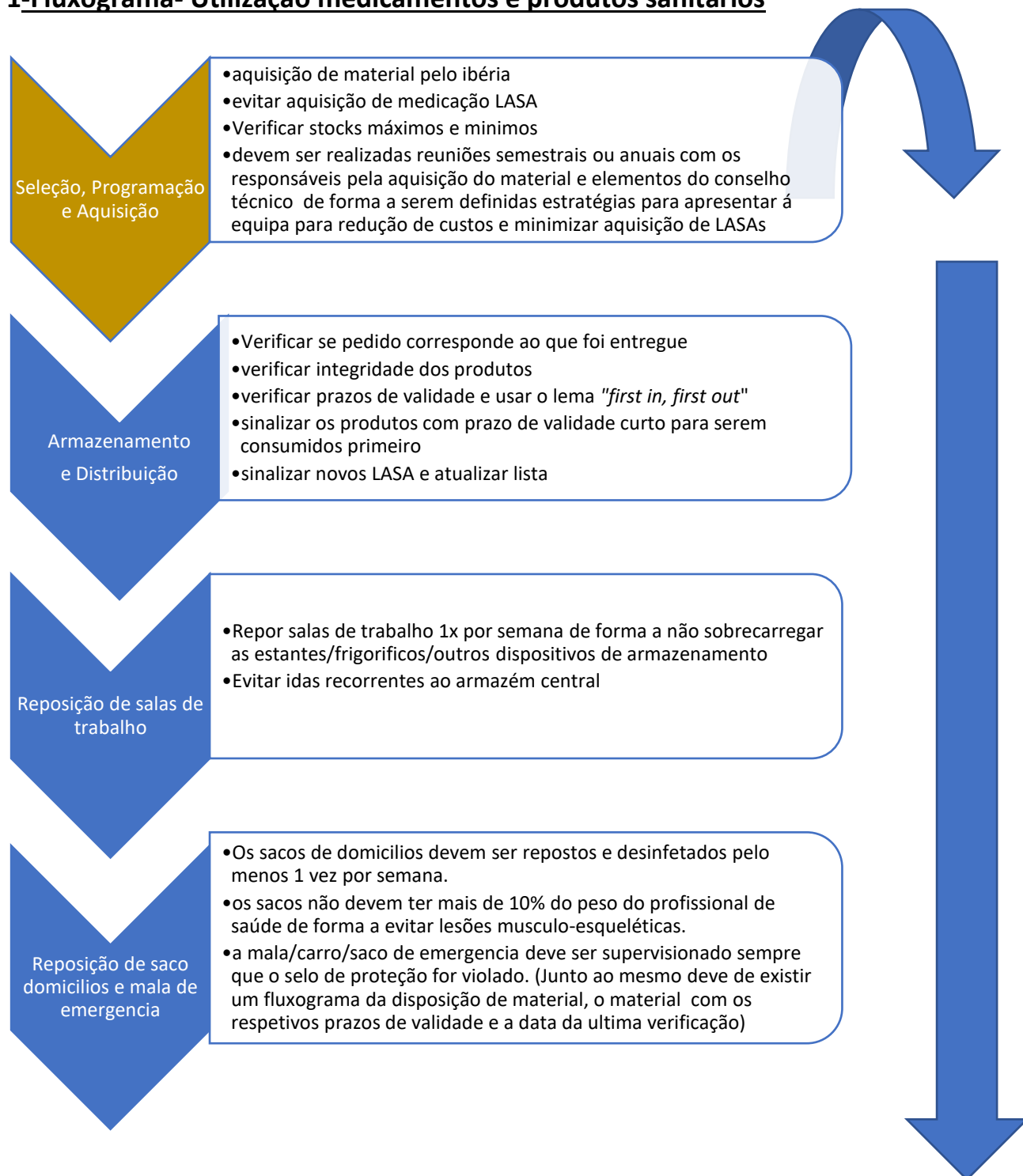
Este procedimento foi elaborado com base nos seguintes documentos:

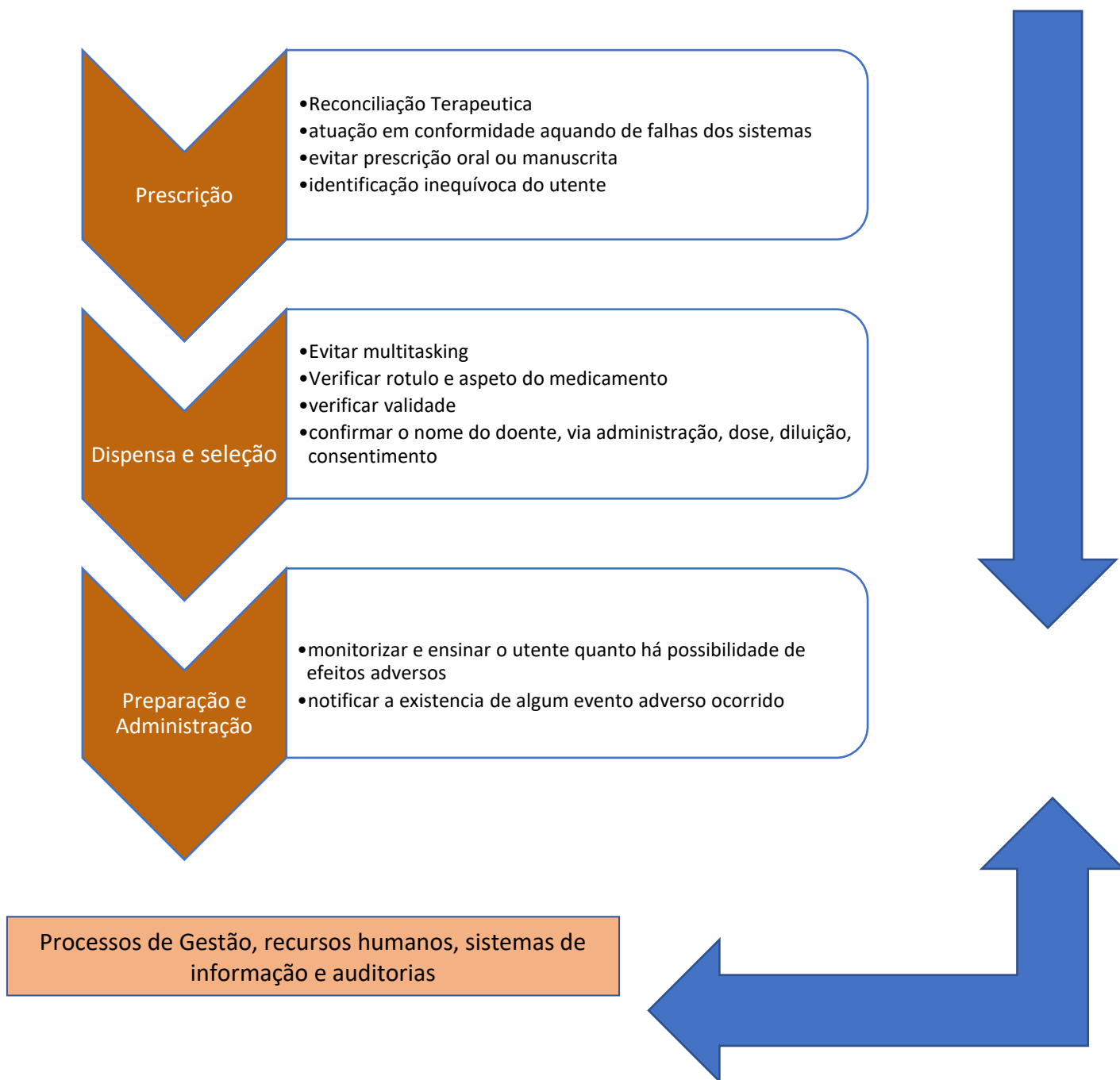
- ✓ “Boas Práticas da Farmácia Hospitalar” - Ordem dos Farmacêuticos
- ✓ “Manual da Farmácia Hospitalar” – Infarmed
- ✓ Direção Geral da Saúde- Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhante), Norma nº 020/2014 de 30/12/2014, atualizada em 14/12/2015.
- ✓ Direção Geral da Saúde- Processo de Gestão da Medicação, Norma nº 14/2015 de 17/12/2015
- ✓ Diversos procedimentos analisados durante auditoria á medicação LASA efetuada no ACES Espinho/Gaia às USF modelo B
- ✓ Guerreiro, M. P., Sousa, P., Almeida, L. B., Silva, D. T., Siqueira, J. S., & Júnior, D. P. (2010). Erro medicamentoso em cuidados de saúde primários e secundários: dimensão, causas e estratégias de prevenção. Revista Portuguesa de Saúde Publica.
- ✓ INE. (2010). Instituto Nacional de Estatística. Dados estatísticos. Base de dados. Saúde. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, Portugal. Obtido de [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_base\\_dado](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_base_dado)
- ✓ Mendes, C. M. (2014). Promover uma cultura de segurança em cuidados de saúde primários. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 32(2), 197-205. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.06>

### ANEXOS do procedimento:

- 1-Fluxograma
- 2-Lista de medicamentos LASA
- 3-Lista de medicamentos MAM
- 4-Plano de auditoria
- 5-Norma reconciliação terapêutica
- 6-O que deve constar na notificação
- 7-CPARA - Catálogo Português de Alergias e outras Reações Adversas

## 1-Fluxograma- Utilização medicamentos e produtos sanitários





## 2-Lista de medicamentos LASA

| MEDICAMENTOS LASA EXISTENTES NO ACeS Espinho/Gaia                               |                                                                                                                                             |                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ranitidina Hikma 50 mg ampola                                                   | Diclofenac Hikma 75 mg ampola                                                                                                               |                                                                 |
| Dinitrato de isossorbida Flindix® Laboratórios vitoria 5 mg comp                | Captopril Generis 25mg comp                                                                                                                 |                                                                                                                                                    |
| Cloreto de sódio 0.9% Labesfal 10ml ampola                                      | Lidocaína 1% Braun 10ml ampola                                                                                                              |                                                                 |
| Atropina 0,5 mg ampola                                                          | Adrenalina 1 mg ampola                                                                                                                      |                                                                                                                                                    |
| Desogestrel <b>0,150</b> mg + Etinilestradiol 0,030 mg comp Regulon® /Marvelon® | Desogestrel <b>0,150</b> Mg + Etinilestradiol 0,020 Mg comp Novynette/Mercilon                                                              | Desogestrel <b>0,075</b> Mg Cerazette/Azalia                                                                                                       |
| Gestodeno 0,075 Mg + Etinilestradiol <b>0,020</b> Mg Minigeste/Harmonet         | Gestodeno 0,075 mg + Etinilestradiol <b>0,030</b> mg Minulet/Gynera                                                                         |                                                                                                                                                    |
| Levonorgestrel <b>0,1</b> mg + Etinilestradiol <b>0,020</b> mg Miranova         | Levonorgestrel <b>0,150</b> mg + Etinilestradiol <b>0,030</b> mg Microginon                                                                 |                                                                                                                                                    |
| Acet. Ciproterona 2 mg + Etinilestradiol <b>0,035</b> mg Diane 35               | Levonorgestrel 0,1mg + Etinilestradiol <b>0,020</b> mg Miranova<br><br>Levonorgestrel 0,150 mg + Etinilestradiol <b>0,030</b> mg Microginon | Gestodeno 0,075 Mg + Etinilestradiol <b>0,020</b> Mg Minigeste/Harmonet<br><br>Gestodeno 0,075 mg + Etinilestradiol <b>0,030</b> mg Minulet/Gynera |

|                                                            |                                                    |                                                         |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| DTPaVIP<br>Tetravac                                        | DTPa <b>HIB</b> VIP<br>Pentavac                    | DTPa <b>HIB</b> VIP <b>VHB</b><br>Hexyon; Infanrix Hexa |
| DTPaHibVIP <b>VHB</b><br><b>INFAN</b> rix Hexa;<br>Hexyon; | VHB <b>ENG</b> erix B20<br>VHB <b>ENG</b> erix B10 | Tdpa <b>BOO</b> strix<br>VASPR <b>PRI</b> orix          |
| DTPaVIP<br><b>TETRA</b> vac                                | DTPaHibVIP<br><b>PENTA</b> vac                     | VG<br><b>INFLU</b> vac                                  |
| VHB Engerix B <b>20</b>                                    | VHB Engerix B <b>10</b>                            |                                                         |
| VASPR <b>MMR</b> Vax <b>PRO</b>                            | Td <b>DT</b> Vax                                   |                                                         |
| Aciclovir                                                  | <b>VAL</b> aciclovir                               |                                                         |
| a <b>DRENA</b> Lina                                        | a <b>TROP</b> ina                                  |                                                         |
| alo <b>PURIN</b> ol                                        | hal <b>OPERID</b> ol                               |                                                         |
| ami <b>NOFIL</b> ina                                       | amio <b>DARO</b> na                                | am <b>LODIP</b> ina                                     |
| <b>BETA</b> metasona                                       | <b>DEXA</b> metasona                               |                                                         |
| ca <b>LITRI</b> ol                                         | ca <b>RVEDI</b> ol                                 |                                                         |
| <b>CARBAM</b> azepina                                      | <b>OXCARB</b> azepina                              |                                                         |
| citalopram                                                 | <b>ES</b> citalopram                               |                                                         |
| c <b>LARITROM</b> icina                                    | <b>CIPRO</b> floxacina                             |                                                         |
| clomi <b>PRAMINA</b>                                       | cloro <b>PROMAZ</b> ina                            | clomi <b>FENO</b>                                       |
| <b>CLON</b> azepan                                         | <b>D</b> iazepan                                   | <b>LOR</b> azepan/ <b>OX</b> azepan                     |
| clo <b>NID</b> ina                                         | clo <b>ZAP</b> ina                                 |                                                         |
| cloro <b>PROMAZINA</b>                                     | cloro <b>DIAZEPÓXIDO</b>                           |                                                         |
| <b>DUL</b> oxetina                                         | <b>FLU</b> oxetina                                 | <b>PAR</b> oxetina                                      |
| gli <b>BENCLAM</b> ida                                     | gli <b>PIZ</b> ida                                 | gli <b>MEPIR</b> ida/gli <b>CLAZ</b> ida                |
| hidr <b>ALAZ</b> ina                                       | hidro <b>OXI</b> zina                              |                                                         |
| levo <b>MEPROMAZ</b> ina                                   | levo <b>TIROX</b> ina                              |                                                         |
| met <b>FORMINA</b>                                         | met <b>RONIDAZOL</b>                               |                                                         |
| met <b>IM</b> azol                                         | met <b>RONIDAZOL</b>                               |                                                         |
| morfina                                                    | <b>HIDRO</b> morfona                               |                                                         |
| ni <b>MOD</b> ipina                                        | ni <b>FED</b> ipina                                |                                                         |
| <b>OLANZ</b> apina                                         | <b>QUET</b> iapina                                 |                                                         |
| predniso <b>LON</b> a                                      | prednisona                                         |                                                         |
| prop <b>RANOLO</b> l                                       | prop <b>OF</b> ol                                  |                                                         |
| sulfa <b>DIAZ</b> ina                                      | sulfa <b>SSAL</b> azina                            |                                                         |
| <b>SUMAT</b> riptano                                       | <b>ZOLM</b> itriptano                              |                                                         |
| Cef <b>AZOLINA</b>                                         | cef <b>OXITINA</b> / cef <b>TRIAXONA</b>           | cef <b>TAZIDIMA</b> /<br>cef <b>OTAXIMA</b>             |
| <b>CIPRO</b> floxacina                                     | <b>LEVO</b> floxacina/ <b>MOXI</b> floxacina       | <b>NOR</b> floxacina/<br><b>O</b> floxacina             |

### **3-Lista de medicamentos MAM**

| <b>MEDICAMENTOS DE ALERTA MÁXIMO</b> |                            |                             |
|--------------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| ADENOSINA                            | ADRENALINA                 | AMIODARONA                  |
| ATROPINA                             | CLORETO DE CALCIO<br>10%   | CLORETO DE POTÁSSIO<br>8.4% |
| DIGOXINA                             | DOPAMINA                   | FLUMAZENIL                  |
| GLICOSE HIPERTÓNICA 30%              | LIDOCAINA 1%               | PROPOFOL                    |
| MIDAZOLAN                            | SULFATO DE MAGNÉSIO<br>20% |                             |

## **4-Plano de Auditoria**

**Objetivo estratégico:** Acreditação e promover Melhoria Contínua da Qualidade

Existem vários ***procedimentos de gestão da qualidade*** (PGQ) que estarão de forma mais direta ou indireta relacionados com a medicação LASA e MAM, entre as quais sugerimos os seguintes:

- PGQ Segurança e estrutura
- PGQ Consentimento informado
- Controle de infeção entre as quais:
  - % de verificações mensais da check list de controle de infeção
  - % de mais de 80% de respostas certas ao teste de avaliação Higiene das mãos.
- Avaliação da qualidade dos processos de suporte
- Auditoria à entrega de protocolos assistenciais SM, SI, Diabetes, HTA.
- Taxa de revisão das NOC's
- Aumento da cultura de segurança do ambiente interno
- Plano de segurança
- Aumentar a segurança na comunicação
- Aumentar a segurança da terapêutica- identificação inequívoca do doente
- Avaliação prática reconciliação terapêutica
- Auditar conhecimento dos profissionais de saúde sobre práticas seguras na administração de terapêutica e uso de dispositivos médicos
- Auditoria ao correto armazenamento de medicamentos LASA
- Implementar práticas seguras entre identificação doente e administração de fármacos
- Promover a adesão dos profissionais à notificação no Notific@
- Análise dos Eventos notificados e medidas corretoras

O plano de auditoria à medicação LASA não deve ficar apenas restrita á aplicação da do Instrumento de Auditoria incluído na Norma 20/2014 de 30/12/2014 e atualizada em 14/12/2015 - Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes clínica- LASA, que apresentamos de seguida.

As equipas devem de ser proactivas na implementação de ferramentas que promovam a qualidade e segurança dos serviços onde estão inseridas.

|                                                                                                                                                             | SIM | NÃO | NÃO<br>APLICÁVEL | EVIDÊNCIA/FONTE | OBSERVAÇÕES |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|------------------|-----------------|-------------|
| Critérios                                                                                                                                                   |     |     |                  |                 |             |
| 1- A instituição elaborou a lista interna de medicamentos LASA                                                                                              |     |     |                  |                 |             |
| 2- A lista foi divulgada na instituição                                                                                                                     |     |     |                  |                 |             |
| 3- A lista foi revista, pelo menos anualmente                                                                                                               |     |     |                  |                 |             |
| 4- Os profissionais tiveram conhecimento da lista em vigor na instituição                                                                                   |     |     |                  |                 |             |
| 5- Na aquisição de medicamentos e sempre que possível, a instituição considerou alternativas para não adicionar medicamentos LASA à lista interna existente |     |     |                  |                 |             |
| 6- As aplicações informáticas dispõem de alertas para os medicamentos LASA                                                                                  |     |     |                  |                 |             |
| 7- Os medicamentos LASA estão armazenados separadamente                                                                                                     |     |     |                  |                 |             |
| 8- Os medicamentos LASA estão identificados para que se diferenciem entre eles e dos restantes                                                              |     |     |                  |                 |             |
| 9- A instituição utiliza o método de inserção de letras maiúsculas para a diferenciação das denominações de medicamentos LASA                               |     |     |                  |                 |             |
| 10- A instituição tem estratégia implementada quando existe pedido oral de medicamento LASA                                                                 |     |     |                  |                 |             |
| 11- A instituição tem estratégia implementada quando existe caligrafia ilegível num pedido escrito de medicamento LASA                                      |     |     |                  |                 |             |
| 12- Os profissionais realizam formação incluindo os medicamentos LASA                                                                                       |     |     |                  |                 |             |
| Subtotal                                                                                                                                                    |     |     |                  |                 |             |
| TAXA DE CONFORMIDADE                                                                                                                                        |     |     |                  |                 |             |

## **5-Norma reconciliação terapêutica- Nº 018/2016**

ASSUNTO: Reconciliação da medicação  
PALAVRAS-CHAVE: Segurança do doente; segurança na medicação; reconciliação da medicação  
PARA: Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Sistema de Saúde  
CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)

---

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, a Direção-Geral da Saúde, por proposta do Departamento da Qualidade na Saúde emite, na área da qualidade organizacional a seguinte:

### **NORMA**

1. As instituições prestadoras de cuidados de saúde, através das comissões da qualidade e segurança, criadas pelo Despacho nº 3635/2013, de 27 de fevereiro, devem promover a implementação do processo de reconciliação da medicação, designadamente:
  - a) Adotar uma abordagem sistemática para a reconciliação da medicação, envolvendo uma equipa multidisciplinar que identifique e estabeleça as estratégias adequadas à implementação do processo, conforme anexo.
  - b) Assegurar que a reconciliação da medicação seja realizada nos pontos vulneráveis/críticos de transição de cuidados, nomeadamente na admissão e alta hospitalar e na transferência intra/inter instituições prestadoras de cuidados de saúde.
  - c) Avaliar a possibilidade de implementação simultânea deste processo em todos os pontos críticos. Quando tal não for exequível, definir um plano de operacionalização, para o qual se sugere a priorização subsequente:
    - (i.) Ao nível dos Cuidados Hospitalares, o primeiro ponto crítico a considerar deverá ser a admissão que resulte em internamento.
    - (ii.) Ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, o primeiro ponto crítico a considerar deverá ser a consulta após alta hospitalar com entrega da respetiva nota de alta.
    - (iii.) Ao nível dos Cuidados Continuados Integrados, o primeiro ponto crítico a considerar deverá ser a admissão.
  - d) Assegurar que a reconciliação da medicação seja realizada num prazo máximo de 24 horas após a transição de cuidados.
  - e) Normalizar a forma de comunicação entre os profissionais de saúde e a informação essencial a transmitir sobre o doente e a sua medicação.
    - (i.) Garantir que a informação sobre o doente (idade, peso, alergias, resultados de exames, etc.) está disponível, é eficaz, oportuna, exata e adequada aos diferentes níveis de intervenção profissional, ao longo de todo o processo.
  - f) Desenvolver estratégias e implementar medidas que garantam o envolvimento do doente e/ou cuidadores disponibilizando informação/formação útil e adequada sobre a medicação, no cumprimento do Despacho n.º 2784/2013, de 12 de fevereiro de 2013.

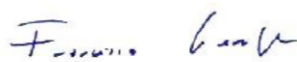
- g) Definir políticas de responsabilização individual e de envolvimento dos profissionais de saúde, dentro de um contexto de responsabilidade compartilhada, designando, de forma clara, os papéis e os responsáveis das diferentes etapas no processo de reconciliação da medicação.
  - (i.) Os profissionais envolvidos deverão ser responsáveis por manter toda a documentação do processo completa, exata, relevante e atualizada.
  - (ii.) Os profissionais envolvidos deverão ser responsáveis pela precisão e qualidade da informação transmitida em todos os pontos de transição de cuidados, de forma a garantir a eficácia do processo.
- h) Assegurar que os profissionais são qualificados e detentores de formação específica no âmbito do processo de reconciliação da medicação. Para tal, deve ser:
  - (i.) Disponibilizada orientação e formação, garantido um período adequado de integração dos profissionais no processo.
  - (ii.) Assegurado que os profissionais envolvidos no processo frequentam, pelo menos anualmente, formação sobre segurança do doente, segurança na medicação e reconciliação da medicação.
- i) Monitorizar o processo de reconciliação da medicação, o seu impacto na redução do risco de incidentes relacionados com a medicação e admissões hospitalares evitáveis, promovendo uma aprendizagem não-punitiva num contexto de melhoria contínua da qualidade.

## 2. O instrumento de auditoria organizacional.

| Instrumento de Auditoria                                                                                          |     |                  |     |                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------------|-----|-------------------|
| Norma "Reconciliação da medicação"                                                                                |     |                  |     |                   |
| Unidade:                                                                                                          |     |                  |     |                   |
| Data: __/__/__                                                                                                    |     | Equipa auditora: |     |                   |
|                                                                                                                   |     |                  |     |                   |
| Critérios                                                                                                         | Sim | Não              | N/A | Evidência / Fonte |
| Instituição do processo de reconciliação da medicação                                                             |     |                  |     |                   |
| Realização do processo de reconciliação da medicação por uma equipa multidisciplinar                              |     |                  |     |                   |
| Identificação dos pontos vulneráveis/críticos na Instituição                                                      |     |                  |     |                   |
| Realização da reconciliação da medicação em todos os pontos vulneráveis/críticos identificados                    |     |                  |     |                   |
| Realização da reconciliação da medicação no prazo máximo de 24 horas após a transição de cuidados                 |     |                  |     |                   |
| Normalização da comunicação entre profissionais e entre instituições                                              |     |                  |     |                   |
| Garantia da acessibilidade dos profissionais de saúde à informação essencial do doente e da medicação             |     |                  |     |                   |
| Implementação de medidas que garantam o envolvimento do doente e/ou cuidador no processo                          |     |                  |     |                   |
| Definição clara dos papéis e responsabilidades dos profissionais                                                  |     |                  |     |                   |
| Promoção de formação e atualização dos profissionais                                                              |     |                  |     |                   |
| Monitorização do processo de reconciliação da medicação, com implementação de medidas de acordo com os resultados |     |                  |     |                   |
| Subtotal                                                                                                          | 0   | 0                | 0   |                   |
| ÍNDICE CONFORMIDADE (IC)                                                                                          | %   |                  |     |                   |

**Avaliação de cada padrão:**  $x = \frac{\text{Total de respostas SIM}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100 = (\text{IQ}) \text{ de } \dots\%$

3. A presente Norma é complementada com o seguinte texto de apoio que orienta e fundamenta a sua implementação.



Francisco George  
Diretor-Geral da Saúde

Os documentos de apoio que fundamentam esta norma não se encontram aqui incluídos.

## **6- O que deve constar na notificação de incidentes e eventos adversos**

(informação retirada do site: <https://www.dgs.pt/servicos-on-line1/notific-sistema-nacional-de-notificacoes-de-incidentes-e-de-eventos-adversos.aspx>)

O NOTIFICA é uma plataforma destinada à gestão de incidentes ocorridos no Sistema de Saúde, na qual o cidadão ou o profissional de saúde podem reportar três tipos diferentes de incidentes:

- Relacionado com a prestação de cuidados de saúde;
- Relacionado com a violência contra profissionais de saúde ocorrida no local de trabalho;
- Relacionado com a utilização de dispositivos médicos corto-perfurantes.

### **Incidentes relacionados com a prestação de cuidados de saúde**

O conhecimento mais importante para a segurança do doente é aquele que permite prevenir a ocorrência de incidentes durante a prestação de cuidados de saúde.

O propósito fundamental de um sistema de notificação é aprender com a experiência, de forma a possibilitar a implementação de medidas que impeçam a sua repetição.

A notificação é uma atividade voluntária do profissional de saúde e/ou do cidadão, com vista ao desenvolvimento de uma análise causal e à tomada de medidas para evitar novos episódios.

A notificação através desta plataforma **é anónima e não punitiva.**

### **Incidentes relacionados com a violência contra profissionais de saúde no local de trabalho.**

O sistema de notificação online dos episódios de violência contra profissionais de saúde no local de trabalho, integra o sítio da Direção-Geral da Saúde dedicado ao Observatório da Violência Contra os Profissionais de Saúde no Local de Trabalho (Circular Informativa N.º 15/DSPCS de 07/04/2006).

O formulário de notificação, assegurar a confidencialidade e o anonimato da informação

### **Incidentes relacionados com dispositivos médicos corto-perfurantes**

O Decreto-Lei n.º 121/2013, de 22 de agosto, nomeadamente no seu artigo 9.º (notificação de incidentes e acidentes) não altera os procedimentos relativos a acidentes de trabalho, que deverão ser tratados de acordo com a legislação própria aplicável.

Este Decreto-Lei apenas prevê a notificação no Notific@ dos incidentes ou eventos adversos que envolvam doentes ou utentes, nomeadamente os incidentes ou eventos adversos decorrentes do uso específico de objetos corto-perfurantes.

**Se, em vez da comunicação de um incidente, desejar fazer uma exposição/elogio no Livro de Reclamações, poderá utilizar a via online da unidade de saúde ou da ERS.**

## **7- CPARA - Catálogo Português de Alergias e outras Reações Adversas**

Filipa Sabino- Departamento da Qualidade na Saúde Direção-Geral da Saúde

### **Procedimento**

- ✓ A SPMS procedeu à adaptação das suas aplicações clínicas para incluir o registo de alergias e reações adversas no início do ano de 2012 (SAM, SAPE).
- ✓ Em Abril de 2012 foi disponibilizada aplicação CPARA nos CSP e Hospitais.
- ✓ Icon de “Alergias”, na plataforma (SAM, SAPE), por forma a assinalar a possibilidade de registo pelo médico e/ou enfermeiro.
- ✓ Criado um sistema de alerta nas aplicações SAM e SAPE para assinalar a existência de alergias e reações adversas ativas.
- ✓ Nos CSP existe interação entre os problemas de saúde identificados através da ICPC-2 e os códigos CPARA, de acordo com o mapeamento do CPARA.