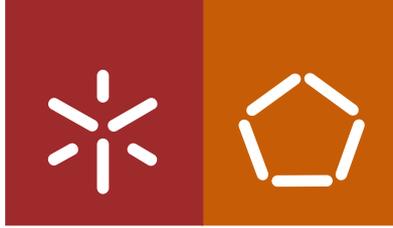


Universidade do Minho
Escola de Engenharia

Carina Alexandra Lima de Freitas

**Implementação de Modelos de Gestão
de Risco nos Serviços Farmacêuticos
do Centro Hospitalar Póvoa de
Varzim – Vila do Conde**



Universidade do Minho

Escola de Engenharia

Carina Alexandra Lima de Freitas

**Implementação de Modelos de Gestão
de Risco nos Serviços Farmacêuticos
do Centro Hospitalar Póvoa de
Varzim – Vila do Conde**

Dissertação de Mestrado
Mestrado Integrado em Engenharia Biomédica
Ramo de Engenharia Clínica

Trabalho efetuado sob a orientação da
**Professora Doutora Maria Olívia Baptista de
Oliveira Pereira**
e da
**Professora Doutora Paula Alexandra Correia
Velooso da Veiga**

outubro de 2014

Nome:

Carina Alexandra Lima de Freitas

Endereço electrónico: carinaalfreitas@gmail.com

Número do Bilhete de Identidade: 13956508

Título dissertação:

Implementação de Modelos de Gestão de Risco nos Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim – Vila do Conde

Orientadores:

Professora Doutora Maria Olívia Baptista de Oliveira Pereira

e

Professora Doutora Paula Alexandra Correia Veloso da Veiga

Ano de conclusão: 2014

Designação do Mestrado:

Mestrado Integrado em Engenharia Biomédica – Ramo de Engenharia Clínica

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTA DISSERTAÇÃO, APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, ___/___/_____

Assinatura: _____

Agradecimentos

A realização desta dissertação marca o fim de uma importante etapa da minha vida e constituiu um grande desafio e uma experiência única. Desta forma, não poderia deixar de agradecer a todos os que, de alguma forma, tornaram possível a conclusão deste projeto.

Em primeiro lugar gostaria de mostrar a minha gratidão à Doutora Olívia Pereira e à Doutora Paula Veiga pela oportunidade de trabalhar neste tema, pela orientação e pela preocupação em encontrar um local para a realização do estágio. À Doutora Paula agradeço também a disponibilidade, o entusiasmo e as sugestões que muito contribuíram para a conclusão do presente trabalho.

Ao Doutor Henrique Capelas, Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim – Vila do Conde, gratulo a possibilidade de realizar o estágio curricular nesta instituição.

À Doutora Rosa Armandina Pontes agradeço a liberdade para a execução do trabalho, o apoio incondicional, a sabedoria transmitida e a confiança em mim depositada.

À Doutora Olinda Melo dirijo a minha sincera gratidão pela amizade, pelo tempo disponibilizado na elaboração do Manual da Qualidade dos Serviços Farmacêuticos e pela possibilidade de frequentar as reuniões da Comissão da Qualidade e Segurança do Doente.

Não posso deixar de agradecer a todos os elementos dos Serviços Farmacêuticos por me fazerem sentir parte da equipa, pelos ensinamentos transmitidos e pelos momentos de descontração.

Às Marias (Ju, Licas e Raquel) mostro o meu agradecimento pela amizade, pela força nos momentos de dificuldade, pelo companheirismo e, principalmente, pela diversão.

Ao Daniel agradeço a preocupação, a partilha de sonhos e aspirações. Obrigada por acreditares.

Por último, mas não menos importante, reconheço o esforço dos meus pais na minha educação. Agradeço-lhes o amor incondicional, a cumplicidade, a compreensão e a omnipresença.

Resumo

Atualmente, qualidade e gestão de risco são conceitos abordados diariamente nas unidades de saúde com o intuito de promover a segurança do doente.

A presente dissertação foi desenvolvida no âmbito de um estágio curricular nos serviços farmacêuticos do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim – Vila do Conde. O estágio teve como objetivos: i) a implementação de um modelo de gestão de risco neste departamento e ii) a elaboração do Manual da Qualidade dos Serviços Farmacêuticos, que implicou a avaliação do desempenho dos serviços farmacêuticos.

A implementação do modelo de gestão de risco passou pela identificação, análise e descrição dos riscos. Os métodos utilizados na identificação dos riscos foram as listas de verificação e o registo de eventos adversos. Para a análise e avaliação dos riscos foi utilizado o método da matriz composta – P. A identificação dos riscos permitiu a recomendação de implementação de medidas, cujos custos foram estimados de forma a permitir uma gestão custo-efetiva das prioridades. O Manual da Qualidade dos Serviços Farmacêuticos baseou-se num manual existente noutra departamento da organização e no debate gerado com os diferentes intervenientes. A avaliação do desempenho dos serviços farmacêuticos foi realizada com recurso a inquéritos de satisfação e à verificação da conformidade dos pedidos de distribuição clássica e de estupefacientes preparados pelo departamento. No âmbito do estágio, houve uma colaboração ativa noutras atividades desenvolvidas pelos serviços farmacêuticos, como na elaboração do Plano de Higiene e Segurança dos Serviços Farmacêuticos, do Plano de Segurança Contra Incêndios e do Plano de Gestão Ambiental dos Serviços Farmacêuticos.

A aplicação dos métodos de avaliação de risco permitiu identificar várias situações de risco nos serviços farmacêuticos, sendo que nenhuma foi considerada urgente. Detetaram-se situações que afetam ou podem afetar utentes, mas são consideradas aceitáveis. Algumas das medidas propostas não apresentam custos ou apresentam custos relativamente reduzidos, sugerindo que as medidas podem ser custo-efetivas. Os resultados merecem, no entanto, uma leitura cuidadosa dado que o método da matriz composta – P mostrou ser subjetivo, dependendo dos critérios do avaliador. A matriz deve assim ser entendida como um instrumento dinâmico, sensível às alterações nos cuidados de saúde prestados e à participação dos profissionais de saúde. A implementação do modelo de gestão de risco permitiu constatar a elevada adesão por parte dos profissionais ao reporte dos eventos adversos ocorridos. Este resultado sugere que as organizações podem com baixo custo tornar efetivo o reporte de eventos adversos e assim poder atuar sobre eles. Durante o período de estudo foram declarados 248 eventos adversos distribuídos por 20 tipos diferentes, sendo o mais frequente o erro na preparação de gavetas de cassetes de distribuição em dose unitária. Não existem situações urgentes ou críticas no que diz respeito ao risco associado aos eventos adversos ocorridos. Nos pedidos verificados pelos serviços clínicos não houve incorreções, o que indica qualidade nos procedimentos de distribuição clássica e de estupefacientes. A análise dos inquéritos de satisfação permitiu concluir que a opinião dos clientes sobre os serviços farmacêuticos é bastante positiva, existindo, no entanto, aspetos a melhorar.

Abstract

Currently, quality and risk management concepts are discussed daily in health facilities in order to promote patient safety.

The work presented here was developed during a probation period at the Póvoa de Varzim – Vila do Conde Hospital Center pharmacy services. This training period had as objectives: i) the implementation of a risk management model in this department and iii) the development of the Pharmaceutical Services Quality Manual, involving the evaluation of the pharmaceutical services' performance.

The implementation of the risk management model implied the identification, analysis and description of the risks. The methods used in identifying risks were checklists and registration of adverse events, as described in the literature. For the analysis and risk assessment the composite matrix-P method was used. Risk identification allowed the recommendation for the implementation of measures whose costs were estimated to allow for cost-effective management of priorities. The Pharmaceutical Services Quality Manual was based on an existing one from another department of the organization and the discussions between the probationer and the different staff. The performance evaluation of the pharmaceutical services was based on satisfaction surveys and a conformity verification of the requests for classic distribution as well as the distribution of drugs prepared by the department. During the probation period, there was active collaboration in other activities undertaken by pharmaceutical services as the preparation of Pharmaceutical Services Care and Safety Plan, the Fire Safety Plan and the Pharmaceutical Services Environmental Management Plan.

The application of risk assessment methods has allowed the identification of several risk situations in the pharmaceutical services, none of which was considered urgent. Furthermore, there were situations that affect or may affect users, but are considered acceptable. Some of the measures proposed have no costs or have relatively low ones, suggesting that the measures may be cost-effective. However, the results must be read carefully as the composite matrix-P method proved to be subjective and dependent of the criteria of the evaluator. The matrix should thus be understood as a dynamic instrument, sensitive to the changes both in the health care provided and the participation of the health professionals. An important outcome of the probation period verified on this thesis is the high adherence of professionals to the reporting of adverse events. This result suggests that organizations can, at low costs, make the reporting of adverse events effective and thus become capable of acting on them. During the study period, 248 adverse events of 20 different types were declared, the most frequent being related to the preparation of the unit-dose medication drawers. There are no emergency or critical situations related to the risk associated with these adverse events. In the requests checked by the medical services there were no incorrections, which indicates good quality of the classical and narcotics distribution procedures. The analysis of the satisfaction surveys allows for the conclusion that the client's opinion on the pharmaceutical services is very positive. However, there are aspects to improve.

Índice

Resumo	iii
Índice.....	vii
Lista de Abreviaturas.....	xi
Índice de Figuras	xiii
Índice de Tabelas.....	xvii
1. Introdução	3
1.1. Motivação.....	3
1.2. Objetivos da Dissertação	4
1.3. Organização da Dissertação.....	5
2. Caracterização do Local de Estudo	9
2.1. Caracterização do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim-Vila do Conde	9
2.1.1. Missão, Valores e Objetivos.....	11
2.1.2. Política da Qualidade	11
2.1.3. Comissão da Qualidade e Segurança do Doente.....	12
2.2. Caracterização dos Serviços Farmacêuticos	13
2.2.1. Funções dos Profissionais.....	14
2.2.2. Seleção e Aquisição de Medicamentos e Outros Produtos Farmacêuticos	16
2.2.3. Armazenamento de Medicamentos e Outros Produtos Farmacêuticos.....	16
2.2.4. Farmacotecnia	17
2.2.5. Distribuição de Medicamentos.....	20
a) Distribuição de Medicamentos Controlados	20
b) Distribuição Clássica.....	21
c) Distribuição por Reposição de <i>Stocks</i> Fixos	22
d) Distribuição Individual Diária em Dose Unitária	22
e) Distribuição de Gases Medicinais.....	24
f) Distribuição a Clientes Externos.....	24
2.2.6. Serviço de Informação de Medicamentos	24
2.2.7. Controlo de Medicamentos nos Serviços Clínicos	25
3. Fundamentação Teórica.....	29
3.1. A Qualidade no Setor da Saúde.....	29
3.1.1. Ciclo PDCA e Tartarugas de Crosby	33

3.2.	Segurança do Doente.....	34
3.3.	Riscos, Erros e Outros Conceitos	35
3.4.	Gestão do Risco	36
4.	Implementação do Processo de Gestão de Risco	45
4.1.	Enquadramento e Objetivos	45
4.2.	Procedimentos Metodológicos.....	45
4.3.	Análise e Discussão de Resultados	48
4.3.1.	Avaliação dos Riscos Identificados Através de Listas de Verificação.....	48
4.3.2.	Avaliação dos Riscos Associados aos Eventos Adversos Ocorridos	63
a)	Eventos Adversos Decorrentes da Atividade nos SF	63
b)	Eventos Adversos Relacionados com a Dispensa de Medicamentos de Ambulatório.....	71
5.	Elaboração do Manual da Qualidade	75
5.1.	Enquadramento e Objetivos	75
5.2.	Procedimentos Metodológicos.....	75
5.3.	Análise e Discussão de Resultados	75
6.	Avaliação do Desempenho dos Serviços Farmacêuticos	79
6.1.	Enquadramento e Objetivos	79
6.2.	Procedimentos Metodológicos.....	79
6.3.	Análise e Discussão dos Resultados.....	80
6.3.1.	Análise da Conformidade dos Pedidos	80
a)	Pedidos de Distribuição Clássica	80
b)	Pedidos de Estupefacientes	87
6.3.2.	Análise dos Inquéritos de Satisfação.....	93
a)	Inquéritos de Satisfação de Clientes Internos.....	93
b)	Inquéritos de Satisfação de Clientes Externos.....	96
7.	Conclusões.....	101
8.	Outras Atividades Desenvolvidas no CHPVWC,EPE.....	107
8.1.	Elaboração de Rotulação Específica	107
8.2.	Participação em Reuniões da Comissão da Qualidade e Segurança do Doente	108

8.3.	Formação.....	108
8.3.1.	Ação de Formação “Boas Práticas para a Segurança dos Doentes”	108
8.3.2.	Ação de Formação “Prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde e das Resistências aos Antimicrobianos”	109
8.3.3.	Tertúlia “Atendimento...um passo para a excelência”	109
8.4.	Elaboração do Plano de Higiene e Segurança dos Serviços Farmacêuticos.....	109
8.5.	Elaboração do Plano de Segurança Contra Incêndios dos Serviços Farmacêuticos	110
8.6.	Elaboração do Plano de Gestão Ambiental dos Serviços Farmacêuticos	111
8.7.	Auditoria ao Local de Armazenamento de Medicamentos na Urgência Pediátrica	111
	Anexos	123
	Anexo I – Organograma do CHPVC,EPE.....	123
	Anexo II – Lista de Verificação para Identificação dos Riscos nos Serviços Farmacêuticos	124
	Anexo III – Folha de Registo de Eventos Adversos nos Serviços Farmacêuticos	139
	Anexo IV – Folha de Registo de Não Conformidades na Satisfação de Receitas de Ambulatório	140
	Anexo V - Livro do Microsoft Office Excel ® Tipo para Avaliação dos Riscos no CHPVC,EPE ..	141
	Anexo VI - Evidências das Situações de Risco e das Medidas Implementadas.....	142
	Anexo VII - Organização do Manual da Qualidade.....	148
	Anexo VIII – Folha de Registo da Verificação dos Pedidos de Distribuição Clássica	152
	Anexo IX – Folha de Registo da Conformidade dos Pedidos de Estupefacientes	153
	Anexo X – Inquérito de Satisfação de Clientes Internos.....	154
	Anexo XI – Inquérito de Satisfação de Clientes Externos	156
	Anexo XII – Respostas aos Inquéritos de Satisfação.....	157
	Anexo XIII – Documentos Produzidos.....	158
	Anexo XIV – Lista de Verificação para Identificação dos Riscos Associados ao Armazenamento de Medicamentos na Urgência Pediátrica	159

Lista de Abreviaturas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central de Sistemas de Saúde

ACSA – Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

AO – Assistentes Operacionais

AT – Assistentes Técnicos

CA – Conselho de Administração

CFT – Comissão de Farmácia e Terapêutica

CHPVC,EPE – Centro Hospitalar Póvoa de Varzim – Vila do Conde, Entidade Pública Empresarial

CQSD – Comissão da Qualidade e Segurança do Doente

EPI – Equipamento de Proteção Individual

DCI – Denominação Comum Internacional

DGS – Direção-Geral de Saúde

DIDDU – Distribuição Individual Diária em Dose Unitária

DU – Dose Unitária

FEFO – First Expired, First Out

FHNM – Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos

INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde

IOM – American Institute of Medicine

IT – Instrução de Trabalho

OMS – Organização Mundial de Saúde

PG – Processos de Gestão

PO – Processos Operacionais

Proc – Procedimento

PS – Processos de Suporte

SC – Serviço(s) Clínico(s)

SF – Serviços Farmacêuticos

SGICM – Sistema de Gestão Integrado do Circuito do Medicamento

SGQ – Sistema de Gestão da Qualidade

SIE – Serviço de Instalações e Equipamentos

SNNIEA – Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

TDT – Técnico de Diagnóstico e Terapêutica

US – Unidades de Saúde

WAPS – World Alliance for Patient Safety

Índice de Figuras

Figura 1 – Descrição das funções por categoria profissional nos SF do CHPWC,EPE.	15
Figura 2 – Dimensões da qualidade [adaptado de World Health Organization, 2006].....	30
Figura 3 – Estrutura do Manual de <i>Standards</i> para Acreditação de Unidades de Gestão Clínica	32
Figura 4 – Ciclo PDCA.	33
Figura 5 – Exemplo de uma Tartaruga de Crosby [adaptado do Manual da Qualidade dos Serviços Farmacêuticos].	34
Figura 6 – Exemplo de matriz de risco [<i>in</i> Direção Geral da Saúde, 2012].	40
Figura 7 – Imagem da tabela de avaliação de riscos tipo do CHPWC,EPE.	48
Figura 8 – Gráfico representativo da relação entre a quantidade de situações de risco e o local em que foram identificados.....	61
Figura 9 – Gráfico representativo da relação entre a quantidade de situações de risco identificadas e as pessoas afetadas.	62
Figura 10 – Gráfico representativo da relação entre a quantidade de situações de risco identificadas e o <i>Índice de risco</i>	62
Figura 11 – Gráfico representativo da Evolução da quantidade de eventos adversos registados.	64
Figura 12 - Gráfico da percentagem (%) de eventos adversos registados em função dos dias da semana em que ocorreram.....	65
Figura 13 – Gráfico da quantidade de eventos adversos registados em função do tipo de evento	66
Figura 14 – Gráfico da relação entre a percentagem (%) de eventos adversos registados e a gravidade das consequências.	67
Figura 15 – Gráfico da percentagem (%)de eventos adversos reportados por categoria profissional.	68
Figura 16 – Gráfico da percentagem (%) de eventos adversos por fator contribuinte.	69
Figura 17 – Gráfico da quantidade de pedidos de distribuição clássica por semana de estudo.	80
Figura 18 – Gráfico da quantidade de pedidos de reposição por distribuição clássica por especialidade/valência.....	81
Figura 19 – Gráfico da percentagem (%) de pedidos de distribuição clássica não verificados por especialidade/valência.....	82
Figura 20 – Gráfico representativo da relação entre a percentagem (%) de pedidos de distribuição clássica não verificados e a quantidade de pedidos efetuados por cada especialidade.....	83

Figura 21 – Gráfico representativo da relação entre a percentagem (%) de pedidos de distribuição clássica não verificados e quantidade de produtos por cesto (1 – Baixa; 2 – Média; 3 – Elevada).....	84
Figura 22 – Gráfico representativo da relação entre a percentagem (%) de pedidos de distribuição clássica não verificados e a quantidade de camas da especialidade/valência.	85
Figura 23 – Gráfico representativo da relação entre a percentagem (%) de pedidos de distribuição clássica não verificados e o número de enfermeiros por especialidade/valência.	86
Figura 24 – Gráfico representativo da relação entre a percentagem (%) de pedidos de distribuição clássica não verificados e o rácio de camas por enfermeiro.....	86
Figura 25 – Gráfico da quantidade de pedidos de estupefacientes por semana de estudo.	87
Figura 26 – Gráfico da quantidade de pedidos de estupefacientes por especialidade/valência.	88
Figura 27 – Gráfico da percentagem (%) de pedidos de estupefacientes não verificados por especialidade/valência.....	89
Figura 28 – Gráfico representativo da relação entre a percentagem (%) de pedidos de estupefacientes não verificados e a quantidade de pedidos efetuados.....	90
Figura 29 – Gráfico representativo da relação entre a percentagem (%) de pedidos de estupefacientes não verificados e a quantidade de estupefacientes por pedidos.....	91
Figura 30 – Gráfico representativo da relação entre a percentagem (%) de pedidos de estupefacientes não verificados e o número de camas da especialidade/valência.....	92
Figura 31 – Gráfico representativo da relação entre a percentagem (%) de pedidos não verificados e o número de enfermeiros por especialidade/valência.	92
Figura 32 – Gráfico representativo da relação entre a percentagem (%) de pedidos não verificados e o rácio de camas por enfermeiro.....	93
Figura 33 – Gráfico da quantidade de respostas em função do grau de satisfação.....	95
Figura 34 – Organização estrutural do Plano de Segurança Contra Incêndios dos Serviços Farmacêuticos.	110
Figura 35 – Organograma geral do CHPWC,EPE.	123
Figura 36 – Folha de registo de eventos adversos (por ocorrência).	139
Figura 37 – Folha de registo de não conformidades na satisfação de receitas de ambulatório.	140
Figura 38 – Aspeto da primeira folha do livro do Microsoft Office Excel ® tipo para avaliação dos riscos no CHPWC,EPE.	141
Figura 39 - Aspeto da segunda folha do livro do Microsoft Office Excel ® tipo para avaliação dos riscos no CHPWC,EPE.	141

Figura 40 - Aspeto da terceira folha do livro do Microsoft Office Excel ® tipo para avaliação dos riscos no CHPVC,EPE.	141
Figura 41 - Portas com abertura para o interior: A – porta de entrada nos SF; B – porta da zona de atendimento; C – porta da zona de receção de encomendas; D – porta do armazém de medicamentos corretivos da volémia; E – porta do armazém de produtos inflamáveis.....	142
Figura 42 - Danos provocados por carros de transporte devido à largura da porta.....	142
Figura 43 - Quadro elétrico sem sinalização.....	142
Figura 44 - Falta de isolamento dos condutores elétricos.....	143
Figura 45 – Falta de Sinalização de Segurança.	143
Figura 46 - Zona de farmacotecnia sem equipamentos de proteção coletiva.	143
Figura 47 - Reparação dos cestos com ligaduras e adesivos.....	144
Figura 48 - Contentor de resíduos de tipo I e II sem tampa ou pedal.	144
Figura 49 - Contentor de resíduos de tipo IV sem sinalização.	145
Figura 50 - Material em excesso na secretária.	145
Figura 51 - Cargas com bordas cortantes.	145
Figura 52 - Temperatura superior a 21°C.....	146
Figura 53 – Colocação de cartolina com a palavra “Frigorífico” no cesto de distribuição clássica.....	146
Figura 54 – Colocação de cartolina com o nome do SC no frigorífico.	146
Figura 55 – Etiqueta de identificação de um dos medicamentos de alto risco.	147
Figura 56 – Gavetas de armazenamento de electrólitos concentrados.....	147
Figura 57 – Sinalização de medicamentos LASA.	147
Figura 58 – Folha de registo da verificação dos pedidos de distribuição clássica.....	152
Figura 59 – Folha de registo da verificação dos pedidos de estupefacientes.....	153
Figura 60 – Primeira página do inquérito de satisfação de clientes internos.....	154
Figura 61 – Segunda página do inquérito de satisfação de clientes internos.	155
Figura 62 – Inquérito de satisfação de clientes externos.....	156

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Especialidades/valências do CHPVVC,EPE	10
Tabela 2 – Vantagens e limitações associadas aos métodos de determinação de níveis de risco [adaptado de Carvalho, 2007]	39
Tabela 3 – Escala de <i>Frequência</i> (F) [adaptado de Carvalho, 2007]	46
Tabela 4 – Escala de Severidade (S) [adaptado de Carvalho, 2007]	46
Tabela 5 – Escala de <i>Procedimentos e condições de segurança</i> (Ps)	46
Tabela 6 – Escala do <i>Número de pessoas afetadas</i> (N) [adaptado de Carvalho, 2007]	47
Tabela 7 – Relação entre o <i>Índice de risco</i> e a prioridade de intervenção segundo a <i>Magnitude de risco</i> (R) obtida [adaptado de Carvalho,2007]	47
Tabela 8 – Avaliação dos riscos associados à conceção do edifício	50
Tabela 9 – Avaliação dos riscos de incêndio	51
Tabela 10 – Avaliação dos riscos associados à utilização de substâncias químicas	52
Tabela 11 – Avaliação dos riscos biológicos	52
Tabela 12 – Avaliação dos riscos para o ambiente	53
Tabela 13 – Avaliação dos riscos associados à organização e limpeza	53
Tabela 14 – Avaliação dos riscos ergonómicos	54
Tabela 15 – Avaliação dos riscos específicos dos SF	55
Tabela 16 – Eventos adversos que causaram danos a pessoas	69
Tabela 17 – Avaliação dos riscos para os eventos adversos registados	70
Tabela 18 – Caraterização das não conformidades registadas na distribuição a doentes de ambulatório	72
Tabela 19 – Atributos da escala de medida do grau de satisfação	79
Tabela 20 – Resultados médios e medianos de cada questão do inquérito de satisfação a clientes internos	94
Tabela 21 - Resultados médios e medianos de cada questão do inquérito de satisfação a clientes externos	96
Tabela 22 – Identificação dos medicamentos LASA utilizados no CHPVVC,EPE	107

Tabela 23 – Avaliação de riscos do armazenamento de medicamentos no serviço de urgência pediátrica.....	112
Tabela 24 - Lista de verificação para identificação dos riscos associados à conceção do edifício	124
Tabela 25 – Lista de verificação para identificação de riscos de incêndio.....	125
Tabela 26 – Lista de verificação para identificação de riscos mecânicos	126
Tabela 27 – Lista de verificação para identificação dos riscos associados à utilização de substâncias químicas.....	127
Tabela 28 – Lista de verificação para identificação dos riscos biológicos.....	128
Tabela 29 – Lista de verificação para identificação dos riscos para o ambiente.....	129
Tabela 30 – Lista de verificação para identificação dos riscos associados à organização e limpeza	130
Tabela 31 – Lista de verificação para identificação dos riscos relacionados com o equipamento de proteção individual	131
Tabela 32 – Lista de verificação para identificação de riscos ergonómicos.....	132
Tabela 33 – Lista de verificação para identificação de riscos associados à organização de recursos de trabalho	134
Tabela 34 – Lista de verificação para identificação dos riscos específicos dos SF	135
Tabela 35 – Lista de verificação para identificação dos riscos no armazém de medicamentos corretivos da volémia	137
Tabela 36 – Lista de verificação para identificação dos riscos no armazém de produtos inflamáveis.....	138
Tabela 37 – Processos de Gestão.....	149
Tabela 38 – Processos Operacionais	150
Tabela 39 – Processos de Suporte	151
Tabela 40 – Distribuição de respostas consoante o grau de satisfação dos clientes internos ..	157
Tabela 41 - Distribuição de respostas consoante o grau de satisfação dos clientes externos ...	157
Tabela 42 – Lista de verificação para identificação dos riscos associados ao armazenamento de medicamentos na urgência pediátrica.....	159

Capítulo 1

Introdução

1. Introdução

1.1. Motivação

As unidades de saúde (US) são entidades dinâmicas de extrema complexidade quer a nível estrutural, quer organizacional. Em particular, são organizações onde se registam grandes avanços tecnológicos (Pretagostini, et al., 2010; Gramacho, 2011). Estes factos tornam este tipo de organizações suscetíveis a elevados riscos e à ocorrência de eventos adversos.

Fragata (2006) estima 10 a 15 % de eventos adversos no universo de todas as admissões hospitalares. O autor afirma ainda que estes eventos podem acontecer em qualquer especialidade médica ou cirúrgica. Na verdade, acredita-se que a probabilidade de um doente padecer de um erro grave numa US (1/200) seja maior do que a probabilidade de uma pessoa sofrer de um acidente de avião (1/2000000) (Young, 2001).

Os eventos adversos ocorridos em US afetam não só pacientes e familiares mas podem também afetar profissionais e colaboradores (Gonçalves, 2008). Quando danosos, os eventos adversos podem ainda dar origem a ações em tribunal contra o profissional de saúde e/ou contra a instituição que podem resultar em indemnizações do doente lesado, acarretando um grande impacto financeiro para a instituição (Faria , 2010). Para além disto, a ocorrência de um evento adverso com consequências graves é geralmente enfatizado pelos media, o que se traduz em abalos na imagem das US e, conseqüentemente, em perda de confiança dos utentes na mesma (Faria , 2010; Ministério da Saúde , 2010).

Apesar de todos os esforços por parte das US em reduzir o número de eventos adversos, acredita-se que o número de ações em tribunal devido a danos causados é tendencialmente crescente. Isto acontece porque há um aumento do número de doentes e de atos médicos em consequência da evolução da pirâmide demográfica, que se traduz num aumento do número de pessoas idosas mais necessitadas de cuidados de saúde (Faria , 2010). Para além disto, também a permanente descoberta de medicamentos e de novas tecnologias de tratamento e de diagnóstico sujeitam a prática médica a novos riscos cujos efeitos são muitas vezes desconhecidos para os profissionais (Gramacho, 2011; Faria , 2010). Os cortes em recursos humanos e materiais resultantes da atual conjuntura de contenção de despesas criam *stress* nos profissionais, fazendo aumentar os fatores de risco de uma instituição e, da mesma forma, o número de eventos adversos (Faria , 2010). Por outro lado, a mediatização deste tipo de casos em conjunto com a educação da população contribuem para um maior poder reivindicativo das vítimas de dano médico (Faria , 2010; Fragata, 2006).

A perceção e exigência dos doentes mudaram ao longo dos tempos e com elas aumentou a expectativa de um bom resultado terapêutico. Neste sentido, as falhas ocorridas são apontadas como causas de resultados aquém do esperado (Fragata, 2006). Por este motivo as US pretendem promover um bom desempenho, o que implica sempre uma melhoria da qualidade (Fragata, 2006).

O medicamento assume extrema relevância na prestação dos cuidados de saúde. Segundo a Direção-Geral de Saúde (DGS) os incidentes e eventos adversos relacionados com medicação foram a quarta tipologia mais reportada por profissionais (12 %) e a quinta tipologia mais reportada pelos cidadãos (8 %) no Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos (SNNIEA) (Direção-Geral da Saúde, 2014). O erro medicamentoso pode acontecer em todas as etapas da cadeia terapêutica: erros de prescrição, erros de dispensa, erros no horário de administração, erros de dosagem, erros de preparação do fármaco, erros na técnica de administração (via, velocidade, etc.), deterioração do medicamento, erros do doente e administração ao doente errado, entre outros (Llamazares, et al., 2012).

Numa US, a gestão de medicamentos e outros produtos farmacêuticos encontra-se sob a alçada dos serviços farmacêuticos (SF). Estes departamentos devem contribuir para a redução do erro medicamentoso (Nielsen, et al., 2013) e melhorar continuamente os seus processos de forma a assegurar cuidados com maior qualidade e segurança possíveis (ISMP, 2009). Assim, é premente a implementação de estratégias para a melhoria contínua do desempenho e dos resultados dos SF, como é o caso dos sistemas de gestão de risco e dos manuais da qualidade.

1.2. Objetivos da Dissertação

A presente dissertação foi realizada com vista à conclusão do Mestrado Integrado em Engenharia Biomédica – Ramo de Engenharia Clínica da Universidade do Minho e insere-se no âmbito de um estágio curricular desenvolvido nos Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim – Vila do Conde, Entidade Pública Empresarial (CHPWC,EPE), com uma duração de 6 meses.

O estágio teve como objetivos: i) a implementação de um modelo de gestão de risco neste departamento foi o objetivo principal e ii) a elaboração do Manual da Qualidade dos Serviços Farmacêuticos, que implicou a avaliação do desempenho dos serviços farmacêuticos.

A definição destes objetivos e dos instrumentos a desenvolver resultou de um levantamento das necessidades da organização através de reuniões, consulta de documentos e visita aos diferentes serviços que permitiu identificar os assuntos a abordar.

A implementação do sistema de gestão de risco passou pelas etapas de identificação, análise e avaliação dos riscos com o intuito de propor soluções para os problemas encontrados de forma a minimizar a sua ocorrência e a gravidade das suas consequências. Foi também efetuado um levantamento dos custos e benefícios das alternativas propostas.

O Manual da Qualidade dos Serviços Farmacêuticos foi elaborado no âmbito do Plano de Atividades da Comissão da Qualidade e Segurança do Doente (CQSD) do CHPVC,EPE e permitiu a padronização dos procedimentos executados, contribuindo para melhoria dos serviços prestados.

Da elaboração do manual da qualidade surgiu a necessidade de proceder à avaliação de desempenho dos SF através da análise da conformidade dos pedidos de distribuição clássica e de estupefacientes preparados e pela realização de inquéritos de satisfação.

Durante o período de estágio foram ainda realizados, entre outras atividades, o Plano de Higiene e Segurança dos Serviços Farmacêuticos, o Plano de Segurança Contra Incêndios e o Plano de Gestão Ambiental dos Serviços Farmacêuticos.

Esta dissertação descreve as principais etapas de elaboração e discute os resultados do Estágio. Neste trabalho, foram utilizados métodos de investigação qualitativos e quantitativos, incluindo revisão de literatura, observação, reuniões de discussão com interessados, recolha e análise de dados quantitativos. Os métodos serão abordados com maior detalhe numa secção posterior.

1.3. Organização da Dissertação

O presente documento está organizado em oito capítulos. No primeiro capítulo consta uma breve apresentação dos assuntos subjacentes aos temas desenvolvidos no âmbito desta dissertação. A caracterização do CHPVC,EPE e dos SF, local de recolha de dados, encontra-se no capítulo 2. No capítulo 3 são abordados, de forma detalhada, conceitos e definições associados aos temas em estudo. No capítulo 4 encontra-se a metodologia, a apresentação e discussão dos resultados relativos à implementação do sistema de gestão de risco. A metodologia utilizada na elaboração do manual da qualidade é apresentada no capítulo 5, onde constam também os resultados desta atividade. No capítulo 6 encontram-se a metodologia, a

apresentação e discussão dos resultados referentes à avaliação de desempenho dos SF. As conclusões são apresentadas no capítulo 7. No capítulo 8 estão descritas algumas atividades desenvolvidas durante o estágio nos SF do CHPVC,EPE, mas que não se enquadravam no âmbito desta dissertação.

Capítulo 2

Caraterização do
Local de Estudo

2. Caraterização do Local de Estudo

2.1. Caraterização do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim-Vila do Conde

O Centro Hospitalar Póvoa de Varzim – Vila do Conde (CHPVC) foi constituído a 27 de abril de 2000 através da Portaria n.º 235/2000 (Centro Hospitalar Póvoa de Varzim-Vila do Conde, 2009). Este centro hospitalar resultou da junção dos extintos hospitais S. Pedro Pescador e Distrital de Vila do Conde por estes serem de pequena dimensão e possuírem reduzida capacidade de prestação de cuidados de saúde. Para além disto, os antigos hospitais situavam-se na mesma área geográfica e a uma curta distância (distanciados cerca de três quilómetros). Esta integração permitiria a articulação e complementaridade de forma a aproveitar a capacidade instalada dos hospitais e uma maior rentabilidade e eficiência na prestação de cuidados de saúde (Ministério da Saúde, 2000).

O processo de fusão iniciou-se em dezembro de 2001 através de um diálogo permanente com todos os profissionais após a constituição do Conselho de Administração (CA). A distribuição de serviços pelas unidades foi realizada de acordo com as características estruturais, procurando-se adaptar a estrutura às funções a realizar (Centro Hospitalar Póvoa de Varzim-Vila do Conde, 2009).

Em 2008, o CHPVC foi transformado em entidade pública empresarial (EPE) pelo Decreto-Lei n.º 180/2008 de 26 de agosto. Julga-se que este modelo é mais adequado à gestão de unidades de cuidados de saúde diferenciados, uma vez que alia as vantagens da autonomia gestonária à sujeição à tutela governamental (Ministério da Saúde, 2008). Desta forma, o CHPVC é uma US pública, integrada no Serviço Nacional de Saúde (SNS), de natureza empresarial, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial.

Esta unidade é a referência para o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da Póvoa de Varzim – Vila do Conde e referencia para a Unidade Local de Saúde de Matosinhos, o Centro Hospitalar de S. João, o Instituto Português de Oncologia, o Hospital Magalhães de Lemos e o Centro Hospitalar do Porto.

A área de influência do CHPVC,EPE abrange os municípios da Póvoa de Varzim e de Vila do Conde e freguesias vizinhas de outros municípios, nomeadamente de Esposende, Barcelos e Famalicão. Assim, esta US serve uma população residente de aproximadamente 150 000 habitantes, valor que aumenta consideravelmente no verão devido à sazonalidade.

O CHPVC,EPE apresenta um leque de 14 especialidades/valências (Tabela 1), sendo os cuidados de saúde prestados em regime de internamento, na consulta externa, no bloco

operatório, na unidade de cirurgia de ambulatório (UCA), no hospital de dia e no serviço de urgência.

Tabela 1 – Especialidades/valências do CHPWC,EPE

Especialidades/Valências	Anestesiologia
	Cardiologia
	Cirurgia Geral
	Ginecologia
	Imunoalergologia
	Imunohemoterapia
	Medicina Física e de Reabilitação
	Medicina Interna
	Neonatologia
	Obstetrícia
	Ortopedia
	Pediatria
	Pneumologia
	Psiquiatria

O internamento compreende as valências de medicina interna, cirurgia geral, ortopedia, pediatria, neonatologia, obstetrícia e ginecologia. O serviço de urgência localiza-se na unidade da Póvoa de Varzim e é um serviço de urgência médico-cirúrgica, que funciona 24 horas por dia. Com o objetivo de responder o melhor possível às necessidades dos utentes, este serviço divide-se em duas áreas distintas: urgência geral e urgência pediátrica.

A lotação do CHPWC,EPE é de 143 camas, pertencendo 98 à unidade da Póvoa de Varzim e 45 à unidade de Vila do Conde. Para além destas, existem 15 camas na unidade de recobro, 12 camas para doentes em observação e 15 camas de berçário (Comissão da Qualidade e Segurança do Doente, 2013).

O Centro Hospitalar está dotado de equipamentos para realização de radiografias, ecografias e análises clínicas.

Os recursos humanos do CHPWC,EPE dividem-se em funcionários do quadro, em contratados a termo certo e em prestadores de serviços, perfazendo um total de 589 funcionários.

O organograma do CHPWC,EPE é apresentado no Anexo I.

2.1.1. Missão, Valores e Objetivos

O CHPWC,EPE adota como missão a prestação de cuidados de saúde de qualidade, integrados e continuados à população da sua área de influência (Centro Hospitalar Póvoa de Varzim-Vila do Conde, 2009). Para tal, existe a preocupação de desenvolver processos qualificados que conduzem à melhoria contínua dos cuidados prestados, na busca da excelência (Unidade de Cirurgia de Ambulatório, sem data).

Assim, o principal objetivo do CHPWC,EPE visa a prestação de cuidados de saúde, acessíveis em tempo oportuno, de acordo com o seu plano funcional. Para além disto, esta instituição pretende atingir eficácia técnica e eficiência, tendo por base um quadro de desenvolvimento económico e financeiro sustentável. O CHPWC,EPE objetiva ainda a melhoria contínua com vista à garantia da qualidade assistencial bem como a promoção da formação e investigação (Unidade de Cirurgia de Ambulatório, sem data).

Desta forma, o CHPWC,EPE defende a orientação centrada no utente e na promoção da saúde da comunidade, valorizando a cultura do conhecimento, da excelência técnica e do cuidar. Esta instituição sustenta o respeito pela dignidade humana, defendendo e aplicando os princípios éticos nas relações pessoais, profissionais e institucionais (Unidade de Cirurgia de Ambulatório, sem data).

Com o intuito de prestar cuidados de saúde de qualidade, o CHPWC,EPE disponibiliza-se para o desenvolvimento de parcerias com outras US (Unidade de Cirurgia de Ambulatório, sem data).

2.1.2. Política da Qualidade

A política da qualidade do CHPWC,EPE procura responder às diferentes dimensões desta, desde a conceção e planeamento até à execução auditada e avaliada. Deste modo, a política da qualidade assenta em duas estratégias: a da prevenção do erro e a do controlo/auditoria do planeado e abrange todas as atividades da instituição (Unidade de Cirurgia de Ambulatório, sem data).

Os utentes são o principal alvo da missão do CHPWC,EPE e, como tal, a instituição procura respeitar a sua autonomia enquanto pessoa e zelar pela sua segurança, sendo que para isso implementa sistemas de gestão de risco (clínico e não clínico) a que os utentes estão sujeitos e avalia o seu grau de satisfação em relação aos cuidados prestados (Unidade de Cirurgia de Ambulatório, sem data).

Para que a informação adequada seja cedida atempadamente, o CHPWC,EPE procura aperfeiçoar os seus registos e possui planos de comunicação interna e externa, ajustados aos diferentes intervenientes (Unidade de Cirurgia de Ambulatório, sem data).

É ainda política deste centro hospitalar a permanente vigilância contra o desperdício, a favor da eficácia e eficiência, da diferenciação técnica da produção e da cobrança apropriada por forma a auxiliar no alcance de um suporte financeiro apropriado (Unidade de Cirurgia de Ambulatório, sem data).

Com o intuito de fazer cumprir a sua política da qualidade e seguir as orientações do Departamento da Qualidade em Saúde, o CHPWC,EPE tem unido esforços no sentido de implementar os padrões do Modelo Nacional de Acreditação em Saúde, o Modelo da Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA).

2.1.3. Comissão da Qualidade e Segurança do Doente

A CQSD é um órgão multiprofissional de apoio técnico ao CA e tem como objetivo a promoção da qualidade e humanização dos serviços bem como a gestão do risco clínico e não clínico (Centro Hospitalar Póvoa de Varzim - Vila do Conde, 2008).

Este órgão foi criado no seguimento do Despacho nº3635/2013 (Ministério da Saúde, 2013) e estão-lhe atribuídas as seguintes competências:

- Formular políticas de qualidade orientadas para o utente;
- Avaliar as diferentes dimensões da qualidade;
- Apresentar um plano anual de ação;
- Acompanhar as atividades desenvolvidas no âmbito dos programas e projetos da qualidade;
- Definir critérios de qualidade e instrumentos de auditoria;
- Analisar e elaborar pareceres;
- Propor políticas de garantia de qualidade e gestão de risco e
- Zelar pela criação e implementação dos manuais de qualidade nos diferentes serviços da instituição (Comissão da Qualidade e Segurança do Doente, 2013).

Atualmente, a CQSD funciona sob a presidência da enfermeira diretora de enfermagem e a vice-presidência do diretor clínico. São ainda elementos da CQSD, o presidente do Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo da Infeção e Resistência aos

Antimicrobianos, o gestor do risco clínico, o gestor do risco não clínico, uma farmacêutica e o responsável pelo Gabinete do Utente (Comissão da Qualidade e Segurança do Doente, 2013).

No sentido de facilitar a articulação com os vários serviços da instituição, a CQSD nomeou elos de ligação em cada um dos serviços a quem faz chegar informações relevantes que devem ser passadas aos restantes profissionais do serviço. A CQSD atua ainda em articulação com subcomissões internas do centro hospitalar e com as comissões da qualidade do ACES da Póvoa de Varzim/Vila do Conde (Comissão da Qualidade e Segurança do Doente, 2013).

2.2. Caracterização dos Serviços Farmacêuticos

A saúde é um aspeto fundamental para o bem-estar físico e mental de todos os indivíduos. Para a obtenção de um estado de saúde pleno contribuem vários fatores: alimentação, hábitos diários, acesso a produtos e cuidados de qualidade, prestadores de cuidados qualificados, padrões educacionais, entre outros.

Como tal, os medicamentos e outros produtos farmacêuticos constituem parte fundamental nos cuidados de saúde prestados, sendo não só utilizados no tratamento de doenças mas também na sua prevenção. São vários os produtos disponíveis no mercado pelo que se torna fulcral a seleção dos mesmos tendo por base, entre outros aspetos, a sua finalidade, o seu potencial benefício e o seu custo (International Pharmaceutical Federation; World Health Organization; Ordem dos Farmacêuticos, 2010).

Dada a quantidade de doentes e complexidade dos tratamentos realizados num hospital os medicamentos representam uma fração significativa do orçamento hospitalar (Ministério da Saúde, 1994; Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar, 2005).

Os SF são departamentos com autonomia técnica e científica, sujeitos à orientação geral dos órgãos da administração, perante os quais respondem pelos resultados do seu exercício (Ministério da Saúde e Assistência, 1962).

Em unidades hospitalares, os SF constituem o departamento responsável pela aquisição, armazenamento, dispensa e controlo dos medicamentos e outros produtos farmacêuticos por forma a assegurar a terapêutica medicamentosa aos doentes bem como a garantia de qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos (Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar, 2005). Para além disto, os profissionais dos SF devem integrar as equipas de cuidados de saúde e promover ações de investigação científica e de ensino (Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar, 2005).

Os SF necessitam de possuir uma estrutura organizacional bem elaborada e com funções bem definidas para assegurar produtos de boa qualidade e em quantidades apropriadas (Ministério da Saúde, 1994).

No CHPWC, os SF estão localizados no piso 0 do edifício A (Unidade da Póvoa de Varzim) e estão divididos em 8 áreas: sala do responsável dos SF, sala dos assistentes técnicos, zona de validação da prescrição médica, zona de distribuição, zona de atendimento, zona de farmacotecnia, zona de receção de encomendas e zona de armazenamento. Existem ainda um armazém de medicamentos corretivos da volémia e um armazém de produtos inflamáveis, localizados no exterior.

Os tópicos que se seguem descrevem o modo de funcionamento dos SF do CHPWC,EPE e a sua descrição está de acordo com o Manual de Procedimentos dos Serviços Farmacêuticos (Pontes, et al., sem data).

2.2.1. Funções dos Profissionais

Os recursos humanos são fundamentais para o bom funcionamento dos SF, pelo que a dotação deste departamento de meios humanos adequados assume especial relevo (Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar, 2005; Alonso, et al., 1999).

A equipa dos SF do CHPWC,EPE é composta por três farmacêuticos, quatro técnicos de diagnóstico e terapêutica (TDT), dois assistentes técnicos (AT) e dois assistentes operacionais (AO). A direção do serviço é assegurada por um farmacêutico.

Na Figura 1 encontra-se a descrição das funções de cada categoria profissional em exercício nos SF.

Farmacêuticos

- Gestão do medicamento e outros produtos farmacêuticos;
- Implementação e monitorização da política de medicamentos definida no formulário hospitalar nacional de medicamentos (FHNM) e pela comissão de farmácia e terapêutica (CFT);
- Manipulação de medicamentos, controlo de matérias-primas e produtos acabados;
- Participação em comissões técnicas (CFT, comissão de ética, etc.);
- Colaboração na elaboração de protocolos terapêuticos;
- Informação de medicamentos e
- Desenvolvimento de ações de formação.

Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica

- Preparação de medicação e respetivo débito informático;
- Elaboração de preparações farmacêuticas;
- Controlo de re-embalagem e etiquetagem de formas sólidas;
- Receção e orientação para colocação em armazém de produtos farmacêuticos;
- Controlo mensal de prazos de validade;
- Dispensa de medicamentos em regime de ambulatório;
- Colaboração na gestão de stocks de medicamentos;
- Colaboração em estágios de pré-graduação de técnicos de farmácia e
- Realização de inventários.

Assistentes Técnicos

- Atividades de secretariado (atendimento telefónico, arquivo de documentos, etc.)
- Verificação semanal de faltas de material administrativo, consumo hotelheiro e equipamento de proteção individual (EPI);
- Saída informática da medicação para satisfação de prescrições de ambulatório;
- Consulta de catálogos e posterior aquisição de medicamentos e outros produtos farmacêuticos e produtos dos serviços de patologia clínica e imunohemoterapia;
- Receção e conferência de faturas com a respetiva nota de encomenda;
- Colaborar com os TDT na receção e conferência de encomendas;
- Registrar no sistema informático a entrada dos produtos recebidos;
- Processamento mensal e comunicação das compras efetuadas a partir do catálogo de aprovisionamento da administração central de sistemas de saúde (ACSS);
- Colaboração no fecho do mês (emissão de listagens de consumos por produto dos vários SC, fecho do mês no sistema informático e emissão de balancetes finais) e
- Colaborar na realização do inventário.

Assistentes Operacionais

- Limpeza dos equipamentos e instalações;
- Lavagem de frascos e material necessário à preparação de manipulados;
- Entrega da medicação aos serviços clínicos (SC);
- Armazenamento de soluções injetáveis de grande volume e inflamáveis;
- Transmissão de recados internos;
- Apoio aos TDT na reposição de stocks, receção de encomendas e arrumação de medicamentos no armazém;
- Transporte dos carros de medicação;
- Recolha dos cestos dos SC para reposição de medicação dos armários de recurso;
- Recolha de receitas e entrega de estupefacientes, psicotrópicos e benzodiazepinas nos SC;
- Re-embalagem e etiquetagem de medicamentos e
- Separação e acondicionamento dos resíduos.

Figura 1 – Descrição das funções por categoria profissional nos SF do CHPWC, EPE.

2.2.2. Seleção e Aquisição de Medicamentos e Outros Produtos Farmacêuticos

A existência de uma grande gama de produtos farmacêuticos no mercado determina a necessidade de utilização de normas e critérios científicos e económicos para a seleção e aquisição dos produtos mais adequados, tendo em vista o seu uso racional (Ministério da Saúde, 1994; Cincunegui, et al., 1999).

Assim, pode definir-se a seleção de medicamentos como um processo contínuo e multidisciplinar que pretende assegurar o acesso aos fármacos necessários, considerando a sua eficácia, segurança, qualidade e custo (Cincunegui, et al., 1999). A seleção de medicamentos deve ter por base o FHNM e as necessidades terapêuticas dos doentes da instituição (Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar, 2005). No CHPWC,EPE a seleção dos medicamentos é realizada pela CFT.

Nos SF do CHPWC,EPE, a aquisição dos produtos é efetuada de acordo com as necessidades, utilizando-se o catálogo de aprovisionamento público dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) e realizando-se concursos públicos. Para medicamentos de uso esporádico, específicos para um doente, realiza-se a compra numa farmácia comunitária. Todas as aquisições estão sujeitas a aprovação do CA, após envio aos SF de um compromisso.

2.2.3. Armazenamento de Medicamentos e Outros Produtos Farmacêuticos

O armazenamento dos medicamentos e outros produtos farmacêuticos assume um papel importante na assistência farmacêutica, tendo como objetivo garantir a conservação dos produtos dentro de padrões específicos (Ministério da Saúde, 1994). Os locais de armazenamento devem assegurar as condições de espaço, luz, temperatura e humidade por forma a garantir a segurança, a qualidade e o fácil acesso aos medicamentos (Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar, 2005)

Nos SF do CHPWC,EPE os medicamentos são armazenados logo após a sua receção em local próprio, por ordem alfabética de denominação comum internacional (DCI) e de acordo com a regra FEFO (*first expired, first out*) por forma a assegurar primeiro a saída dos medicamentos com menor prazo de validade.

Os medicamentos gerais são armazenados no interior dos SF em prateleiras fixas e móveis. Nas prateleiras fixas colocam-se os medicamentos de grande volume ao passo que nas prateleiras móveis são acondicionados os medicamentos de menor volume. Os medicamentos preparados para dose unitária são armazenados em módulos de gavetas devidamente rotuladas.

Neste caso, os medicamentos com prazo de validade mais curto são colocados no interior de um saco com a indicação para serem gastos primeiramente. Os medicamentos estupefacientes, psicotrópicos e benzodiazepinas são armazenados no cofre metálico fechado com chave. Os medicamentos inflamáveis e corretivos da volémia são armazenados em armazéns periféricos ao hospital. Os gases medicinais são armazenados no logradouro do hospital, na central de gases medicinais.

Os medicamentos que necessitam de refrigeração são colocados nos dois frigoríficos (temperatura entre 2 °C e 8 °C) e na arca congeladora (temperatura entre -15 °C e -20 °C) que se encontram nos serviços. Num dos frigoríficos são colocadas as imunoglobulinas, as vacinas e tuberculinas e no outro a restante medicação. Por sua vez, na arca congeladora é armazenada a *dinoprostona*, que é um dispositivo de libertação controlada.

Todos os equipamentos de refrigeração possuem um sistema de controlo e monitorização de temperatura, que em caso de anomalias aciona um alarme no serviço de instalações e equipamentos (SIE) que procede à reparação das irregularidades. Em caso de avaria permanente de um frigorífico, o técnico do SIE deve transferir toda a medicação para o outro frigorífico existente no serviço. Por outro lado, em caso de avaria da arca congeladora o técnico deve transferir a medicação para a arca existente no bloco de partos. É também realizada a monitorização e controlo da temperatura ambiente.

Os prazos de validade são controlados mensalmente e é realizada uma verificação dos produtos cuja validade termina nos três meses seguintes de maneira a que esses produtos sejam distribuídos aos SC onde sejam consumidos em maiores quantidades. O TDT responsável por esta verificação informa o responsável do serviço que deve proceder à troca, aquisição e/ou destruição dos medicamentos a expirar.

Durante o decorrer da semana os TDT verificam quais os medicamentos que necessitam de ser encomendados, não havendo um ponto de encomenda fixo.

2.2.4. Farmacotecnia

Entende-se por farmacotecnia a zona dos SF onde se procede à preparação de formulações de medicamentos necessários ao hospital e que não se encontram disponíveis no mercado (Administração Central do Sistema de Saúde, 2014; Heredia, 1999). Esta zona é constituída pela área de preparação e pela área de re-embalagem (Administração Central do Sistema de Saúde, 2014).

Nos SF do CHPVVC, EPE são preparadas formas farmacêuticas de forma a satisfazer as necessidades dos SC. Assim, procede-se à re-embalagem de medicamentos e à preparação de soluções extemporâneas de baixo consumo.

A preparação de medicamentos assenta em boas práticas de fabrico emanadas pelo Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 1994) e pela Ordem dos Farmacêuticos (Conselho do Colégio da Especialidade em Farmácia Hospitalar, 1999) e é autorizada nos SF para serem utilizadas pelos doentes em internamento, nos SC do hospital e pelos doentes em ambulatório quando tal se justifica.

A planificação da farmacotecnia é realizada tendo em conta os pedidos dos SC e os medicamentos preparados são enviados ao SC no mesmo dia em que são requisitadas.

Nos SF do CHPVVC apenas se preparam soluções extemporâneas, devendo o seu preparador assegurar-se da segurança do medicamento, que estão disponíveis todas as matérias-primas, que no ato da preparação apenas devem existir na mesa de trabalho os componentes necessários para a produção da formulação em causa e que se utilizam primeiro as matérias-primas cuja validade caduca primeiro.

A re-embalagem é o procedimento pelo qual um medicamento é acondicionado para que possa ser administrado ao doente na dose prescrita pelo médico. Deste modo, este procedimento pressupõe a contenção de uma quantidade de medicamento destinado a uma só toma ou contenção de uma só unidade de dosificação.

Com este procedimento pretende-se proporcionar uma adequada proteção do conteúdo face aos agentes ambientais (luz, humidade, calor, etc.), permitir uma identificação fácil, precisa e completa e permitir uma abertura fácil, rápida e segura. Para além disto, a re-embalagem possibilita o reaproveitamento de medicamentos não utilizados pelos SC (após alta do doente, por exemplo) bem como um melhor controlo dos prazos de validade e de inventário.

Geralmente, são re-embaladas formas farmacêuticas sólidas orais, quando não é possível adquiri-las com apresentação e identificação adequadas à distribuição em dose unitária (DU), caso dos medicamentos a granel e blister sem identificação por comprimido. As formas farmacêuticas sólidas orais que necessitam de fracionamento para corresponderem à dose prescrita (dose que implica a administração de metade ou um quarto de comprimido) são também re-embalados. A re-embalagem é realizada pelos AO numa zona específica com equipamento próprio, garantindo condições de segurança e higiene que permitam a boa

conservação e armazenamento. Para tal, utiliza-se uma máquina de embalagem em tira contínua e bisturis para fracionamento de comprimidos.

Antes do início do trabalho, os AO introduzem no computador da máquina as informações que vão constar no rótulo e, seguidamente, um TDT confere essa informação e dá ordem para começar o processo. Seguidamente, os AO colocam manualmente os comprimidos, cápsulas ou drageias no prato da máquina e, posteriormente, numa bolsa. A bolsa é formada por uma tira de papel de alumínio opaca na qual o rótulo é impresso e por uma tira de celofane de cor âmbar, seladas pela ação do calor. Aquando da re-embalagem os AO usam obrigatoriamente avental descartável, máscara e luvas (serão mudadas sempre que o medicamento for alterado).

Sempre que se inicie ou finalize um trabalho com a máquina e entre a re-embalagem de cada lote de medicamentos iguais ou diferentes é efetuada uma limpeza a seco com uma compressa de gaze limpa e, posteriormente, com gaze humedecida com álcool a 70°. Procedese do mesmo modo após qualquer reparação ou calibração. Quando não está a ser utilizada, a máquina permanece coberta.

É re-embalado apenas um medicamento de cada vez e não devem existir outros medicamentos na área de re-embalagem. No fim da re-embalagem de um produto retiram-se todas as unidades excedentes e retiram-se os rótulos e saquetas com timbragem não utilizadas para evitar confusão e trocas.

Cada unidade re-embalada possui um rótulo onde constam a DCI, a dose, o número de lote de origem e o prazo de validade. Os produtos que não se retiram do blister mantêm o prazo de validade igual ao da embalagem original ao passo que os produtos a granel que se retiram do blister ou que se fracionam possuem um prazo de validade correspondente a 25 % do tempo compreendido entre a data de re-embalagem e a data da embalagem original, nunca excedendo os 6 meses.

Em cada procedimento de re-embalagem deve ser preenchido um impresso de registo onde consta a descrição completa do medicamento ou produto a re-embalar (nome, dose e forma farmacêutica), a identificação do medicamento (nome comercial, lote, validade e quantidade), a informação de re-embalagem (lote, validade e quantidade), a identificação do AO que re-embalou e a identificação do TDT que conferiu a informação introduzida no computador.

Atualmente, devido à falta de compromisso do CA para compra da fita utilizada na máquina de re-embalar procede-se à etiquetagem de medicamentos cujas dimensões permitem a identificação com um rótulo legível.

2.2.5. Distribuição de Medicamentos

A distribuição é o ato farmacêutico associado à entrega dos medicamentos de acordo com as especificações, tornando disponível o medicamento correto, na quantidade e qualidade certas, para cumprimento da prescrição médica. (Motos, et al., 1999; Conselho do Colégio da Especialidade em Farmácia Hospitalar, 1999). A distribuição de medicamentos tem como objetivo garantir o cumprimento da prescrição médica, racionalizar a distribuição dos medicamentos, garantir a administração correta do medicamento, diminuir os erros relacionados com a medicação e monitorizar a terapêutica. Para além disto, a distribuição permite reduzir o tempo de enfermaria dedicado às tarefas administrativas e manipulação dos medicamentos e racionalizar os custos com a terapêutica (Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar, 2005).

Nos SF do CHPWC,EPE existem cinco tipologias de distribuição de medicamentos: a) distribuição de medicamentos controlados, b) distribuição clássica, c) distribuição por reposição de *stocks* fixos, d) distribuição individual diária em dose unitária, e) distribuição de gases medicinais e f) distribuição a clientes externos.

a) Distribuição de Medicamentos Controlados

Os medicamentos de distribuição controlada estão sujeitos a legislação específica. Da lista de medicamentos controlados fazem parte os hemoderivados e os medicamentos estupefacientes, psicotrópicos e benzodiazepinas.

Os hemoderivados são medicamentos derivados do plasma humano, cuja aquisição e dispensa está sujeita a legislação específica por forma a identificar e registar os hemoderivados administrados aos doentes com o intuito de investigar eventuais relações de causalidade entre a administração terapêutica destes medicamentos e a deteção de doença infecciosa transmissível pelo sangue.

No caso dos SC com distribuição individual diária em dose unitária (DIDDU), a requisição de hemoderivados é realizada pelo médico prescriptor em impresso próprio, constituído por duas vias: via farmácia e via serviço. Depois de preenchido pelo médico, este impresso é enviado aos SF onde é validado por um farmacêutico. Este atribui à requisição um número sequencial e regista o medicamento, quantidade, lote, fornecedor e o número do certificado da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (INFARMED), registando de imediato a saída por doente no sistema informático.

A quantidade diária de hemoderivados é fornecida nas cassetes de dose unitária (DU), sendo cada unidade identificada com nome do doente, cama, serviço e condições de armazenagem e é acompanhada do respetivo impresso que é assinado pelo enfermeiro. A via farmácia é então devolvida aos SF, onde é arquivada em pasta própria por ordem crescente de número sequencial ao passo que a via serviço fica no processo clínico do doente para que sejam registadas todas as administrações. No final do tratamento a via serviço é enviada aos SF. Quando o tratamento com hemoderivados é interrompido o enfermeiro fica obrigado a proceder à devolução das unidades remanescentes aos SF.

No caso dos estupefacientes, psicotrópicos e benzodiazepinas os enfermeiros chefes enviam as requisições sempre que necessitem de repor o *stock* até às 10 h e 30 min. Posteriormente, um farmacêutico verifica se as requisições recebidas estão devidamente preenchidas, fornece os medicamentos requisitados e debita a sua saída na sua ficha de prateleira. Neste sentido, as requisições rececionadas depois do horário supracitado são fornecidas no dia seguinte. Para além do registo na ficha de prateleira é também necessário dar saída desta medicação no sistema informático por doente, atividade da responsabilidade de um farmacêutico. Antes da saída dos medicamentos para o serviço um outro farmacêutico confere as receitas e os medicamentos fornecidos.

Na unidade da Póvoa de Varzim, o transporte destes medicamentos é realizado por um AO dos SF que os entrega diretamente ao enfermeiro chefe ou enfermeiro responsável por turno. Este, por sua vez, confere, assina e devolve o original da requisição pelo mesmo AO aos SF, onde é arquivado em pasta própria por um período de tempo. Por outro lado, na unidade de Vila do Conde, o transporte é realizado por um AO, em cofre fechado, que segue os procedimentos adotados na unidade de Póvoa de Varzim. No caso dos SC com DU, os estupefacientes, psicotrópicos e benzodiazepinas são distribuídos na gaveta do doente, com exceção dos injetáveis e dos prescritos em SOS.

Semanalmente um farmacêutico efetua o controlo das existências e mensalmente confere as mesmas com o sistema informático.

b) Distribuição Clássica

Por distribuição clássica entende-se o fornecimento de medicamentos para reposição das quantidades previamente estabelecidas de cada SC. Este tipo de distribuição é aplicado a todos os SC, sendo fornecidos cremes, pomadas, soluções orais, material de penso, antissépticos,

desinfetantes, reagentes de diagnóstico rápido e soluções injetáveis de grande volume em cestos plásticos.

Todos os dias, um AO dos SF procede à recolha dos cestos onde se encontram os invólucros vazios dos produtos. Até às 10:30 h de cada dia, o enfermeiro chefe de cada serviço requisita informaticamente os medicamentos de que necessita de acordo com o perfil do seu *stock*. Fora deste horário as requisições devem ser precedidas de um telefonema. Posteriormente, nos SF um TDT imprime a requisição e procede à sua execução. Antes da saída dos produtos para os SC outro TDT verifica a medicação preparada, efetuando-se logo de seguida o transporte para os SC por um AO dos SF.

c) Distribuição por Reposição de *Stocks* Fixos

A distribuição por reposição de *stocks* fixos consiste no fornecimento de medicamentos, após verificação do seu consumo em quantidades que se destinam a repor o *stock* previamente estipulado para esse serviço pelos farmacêuticos e pelo enfermeiro chefe.

No CHPVC,EPE, os serviços que recebem medicamentos por este tipo de distribuição são o bloco de partos, o bloco operatório, a UCA (serviços clínicos sem internamento), a pediatria, a neonatologia, a obstetria/ginecologia e a urgência (serviços clínicos com internamento).

No caso dos serviços clínicos sem internamento um TDT desloca-se ao serviço em dias estipulados e verifica as quantidades a repor. Posteriormente, o TDT procede ao aviamento do *stock* a repor, regista no sistema informático as quantidades fornecidas e um AO transporta o mesmo até ao SC.

No caso dos serviços clínicos com internamento há validação diária da prescrição médica efetuada. No dia estipulado, o farmacêutico imprime o mapa de registos de administrações e contabiliza as quantidades dos medicamentos a repor, elaborando de seguida o pedido informático do serviço que depois é aviado e satisfeito pelos TDT. Posteriormente, os medicamentos são transportados aos respetivos serviços por um AO dos SF.

d) Distribuição Individual Diária em Dose Unitária

A DIDDU consiste na dispensa das doses de medicamento necessárias para cada doente para um período de 24 horas a partir da interpretação da prescrição médica (Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar, 2005; Motos, et al., 1999). Este sistema de distribuição permite aumentar a segurança no circuito do medicamento, conhecer melhor o perfil farmacoterapêutico

dos doentes, diminuir os riscos de interações, racionalizar a terapêutica, atribuir mais corretamente os custos e reduzir o desperdício (Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar, 2005; Motos, et al., 1999).

No CHPVVC a DIDDU compreende a distribuição de medicamentos desde as 15 h até às 15 h do dia seguinte. Este sistema abrange os serviços de cirurgia, medicina homens, medicina mulheres e ortopedia. Nestes serviços a prescrição é feita *on-line* utilizando o Sistema de Gestão Integrada do Circuito do Medicamento (SGICM), sendo que o médico prescreve sempre em DCI e a prescrição contém informação relativa ao número de processo do utente, nome do doente, idade, SC e número de cama, dieta instituída e outras prescrições não medicamentosas. A prescrição é posteriormente validada pelo farmacêutico responsável pelo serviço.

Neste tipo de sistema, os medicamentos são distribuídos em cassetes fechadas com gavetas rotuladas com o nome e número da cama do doente.

Todos os dias, no início da manhã, cada farmacêutico responsável pelo seu serviço valida as prescrições médicas, gera mapas de alterações e entrega-os aos TDT para que possam proceder às alterações nas gavetas dos doentes. Estes mapas contêm também as altas, transferências de cama e de serviço. Após a colocação da medicação nas cassetes de gavetas pelos TDT, o farmacêutico confere as alterações efetuadas. Este procedimento vai-se repetindo ao longo da manhã e até às 14 h, hora em que o farmacêutico dá saída informática e comunica ao TDT que podem enviar as cassetes para os respetivos SC pelos AO dos SF. Posteriormente, são impressos os mapas gerais (que compreendem a medicação de cada doente para o dia seguinte) e entregues aos TDT para iniciarem a preparação das cassetes. No final, o farmacêutico faz a conferência da medicação preparada.

A validação da prescrição médica compreende a avaliação dos medicamentos, doses, frequências, incompatibilidades, vias de administração, justificações e duração do tratamento. Sempre que se verifique alguma não conformidade, o farmacêutico contacta o médico prescritor dando o seu parecer técnico como farmacêutico clínico.

A medicação que é prescrita após a validação das 14 h é retirada do armário de recurso dos SC para as 24 h seguintes, ficando o enfermeiro obrigado a fazer o registo de reposição. Nos SF, o TDT que avia a medicação faz informaticamente um consumo de medicamento ao respetivo serviço. Sempre que seja necessária medicação que não exista no armário de recurso do SC, o enfermeiro contacta previamente e envia aos SF através do AO do seu serviço o registo

de reposição de medicação, indicando o medicamento e a quantidade que pretende, o nome do doente e o número da cama.

e) Distribuição de Gases Medicinais

Entende-se por gás medicinal o que é utilizado com fins terapêuticos e com indicações precisas. No CHPVVC, os gases utilizados são o oxigénio, o ar respirável, o dióxido de carbono medicinal e o protóxido de azoto.

O registo informático dos consumos de gases medicinais é efetuado pelos farmacêuticos e o seu transporte está a cargo dos AO. Um TDT verifica diariamente o *stock* existente na central de gases medicinais e transmite a um AT a quantidade a encomendar de acordo com as necessidades.

A receção de gases medicinais é realizada durante o horário de funcionamento dos SF pelo AO da central de gases medicinais, que comunica a receção a um TDT que, por sua vez, verifica se os dados estão conforme a nota de encomenda e entrega a guia de remessa ao setor administrativo. As botijas de BO5 de Oxigénio e Dióxido de Carbono são rececionadas da mesma forma das anteriores, armazenadas nos SF e fornecidas por distribuição clássica.

f) Distribuição a Clientes Externos

No CHPVVC, a distribuição a doentes externos permite o fornecimento gratuito de *desogestrel* a puérperas após a alta do serviço de obstetria e a dispensa gratuita de medicamentos a doentes abrangidos por legislação da DGS e do Ministério da Saúde.

O fornecimento de medicamentos aos doentes de ambulatório é realizado no balcão de atendimento geral dos SF durante o horário de funcionamento dos mesmos.

2.2.6. Serviço de Informação de Medicamentos

O serviço de informação de medicamentos proporciona a prestação de informações sobre medicamentos, dispositivos médicos e outros produtos farmacêuticos. Este serviço está a cargo de farmacêuticos e exige seleção e avaliação da informação disponível (Anton-Cano, et al., 1999).

No CHPVVC, as solicitações de informação podem ser colocadas por escrito, por telefone ou pessoalmente, não devendo existir intermediários e identificando-se o consultante (médico, enfermeiro, utente, etc.).

Cabe aos farmacêuticos preparar uma resposta devidamente fundamentada na evidência científica, podendo para tal procurar informação em livros e arquivos existentes nos SF, consultar centros de informação nacional, solicitar informação aos laboratórios e ao INFARMED.

A informação obtida deve ser avaliada, interpretada e combinada antes de ser fornecida uma resposta ao consultante. A resposta é sempre fornecida verbalmente e em seguida por escrito, sendo que todas as solicitações são posteriormente arquivadas por número de solicitação.

2.2.7. Controlo de Medicamentos nos Serviços Clínicos

No CHPVC, a responsabilidade do controlo dos produtos armazenados nos SC é atribuída ao enfermeiro chefe ou seu legal substituto.

Regularmente, os farmacêuticos realizam uma auditoria aos locais de armazenamento nos SC, por forma a verificar o estado de conservação dos medicamentos.

Capítulo 3

Fundamentação
Teórica

3. Fundamentação Teórica

Dada a extensão do trabalho desenvolvido durante o período de estágio e a diversidade dos pontos abordados optou-se por apresentar os aspetos relacionados com a qualidade no setor da saúde, a segurança do doente e a gestão de risco.

3.1. A Qualidade no Setor da Saúde

A cultura da qualidade foi introduzida no setor da saúde por volta de 1980 (Gomes, 2010). A qualidade é um conceito difícil de definir ainda mais quando aplicada ao setor da saúde. A qualidade em saúde é, segundo o *American Institute of Medicine* (IOM), a promoção de cuidados de saúde com resultados desejados e adequados ao estado da arte médica no momento em que são prestados (Fragata, 2006; Costa, et al., 2012). No entanto, a “qualidade” é encarada de diferentes ângulos. Os doentes, enquanto consumidores de produtos de saúde, consideram que o serviço prestado apresenta qualidade quando os resultados vão de encontro às suas expectativas (Fragata, 2006). De acordo com Fragata (2006) os utentes valoram aspetos como o acesso aos cuidados, o suporte emocional, a informação e comunicação, o conforto e a continuidade dos cuidados. Os profissionais, por sua vez, tendem a preocupar-se primordialmente com o resultado imediato do ato médico, com todo o procedimento técnico desde o diagnóstico à execução técnica e com a satisfação pessoal (Fragata, 2006). Por outro lado, para os gestores hospitalares a “qualidade” tende a prender-se com aspetos como os tempos de internamento, custos de produção de atos médicos, satisfação dos utentes, imagem e reputação da instituição (Fragata, 2006). Por último, a opinião pública considera que um serviço de saúde apresenta qualidade quando é de fácil acesso, tem boa cota de humanização e boa reputação (Fragata, 2006).

Donabedian, identificou três critérios de avaliação do processo da qualidade em saúde: estrutura, processo e resultado (Gomes, 2010). A estrutura está relacionada com os recursos materiais, físicos, financeiros e humanos necessários à realização das atividades. O processo inclui todas as atividades que envolvem os profissionais de saúde e os doentes. Por último, o resultado constitui o produto final dos cuidados prestados.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), para prestarem serviços de qualidade as US devem ter em atenção diferentes áreas ou dimensões (Figura 2). Assim, os cuidados de saúde prestados devem ser efetivos, ou seja, baseados em evidências e de acordo com as necessidades do paciente e eficientes, maximizando os recursos e evitando o desperdício. Para

além disto, a OMS preconiza que os cuidados sejam acessíveis no tempo e no espaço necessários e equitativos, não dependendo de características pessoais como o género, a raça, a localização geográfica ou estado socioeconómico do utente. Para além disto, a OMS considera que os cuidados devem ser centrados no doente respeitando as suas preferências e a sua cultura e, acima de tudo, seguros (World Health Organization, 2006).

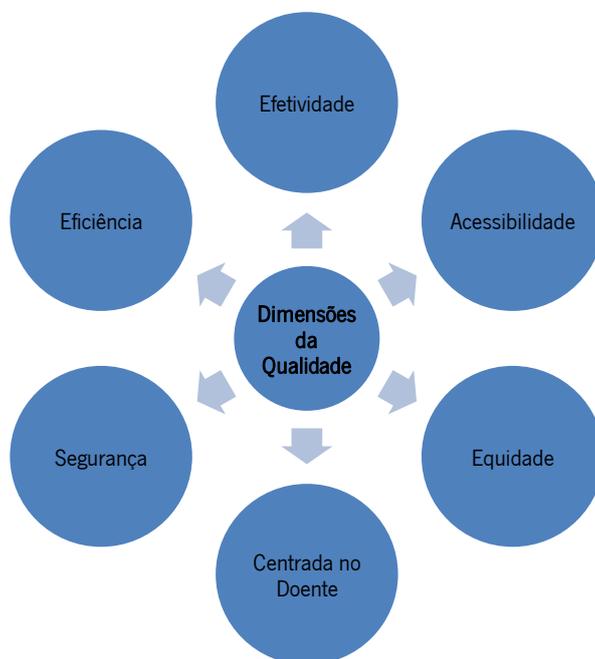


Figura 2 – Dimensões da qualidade [adaptado de World Health Organization, 2006].

Para se garantir a prestação de cuidados de saúde de qualidade é necessário implementar sistemas de gestão da qualidade (SGQ) e proceder à sua avaliação e monitorização. Com o intuito de auxiliar a implementação e manutenção dos SGQ nas unidades de saúde surgiram os processos de certificação e acreditação.

A certificação consiste num procedimento em que um organismo independente e acreditado avalia e reconhece por escrito que um produto, processo, serviço ou sistema está de acordo com requisitos normativos pré-estabelecidos (Instituto Português de Acreditação, 2014). Por outro lado, a acreditação é o procedimento em que o organismo nacional de acreditação reconhece, formalmente, que uma organização é competente tecnicamente para realizar uma determinada função específica (Instituto Português de Acreditação, 2014).

Para além de promoverem o empenho dos profissionais na melhoria contínua e auxiliar na consolidação da cultura da qualidade, a certificação e acreditação de US conferem aos cidadãos

maior confiança no sistema de saúde através do reconhecimento público da qualidade atingida nos cuidados de saúde prestados (Departamento da Qualidade em Saúde, 2009).

Existem três modelos para acreditação de IS: *King's Fund Health Quality Service*, *Joint Commission International* e *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía* (ACSA). Para além destes modelos, existe a norma NP EN ISO 9001:2000 (2001) que especifica requisitos para a implementação de um sistema de gestão da qualidade e é utilizada na certificação de serviços (Lopes, 2007).

O modelo ACSA, em implementação no CHPVVC,EPE, foi adaptado à realidade portuguesa e é considerado o Modelo Nacional e Oficial de Acreditação em Saúde, por ser o que dá mais garantias de sustentabilidade financeira e que permite a acreditação de todas as unidades do SNS (Ministério da Saúde, 2009). Foi concebido para um sistema público de saúde de organização semelhante ao português e destina-se a US ou serviços de saúde, englobando as competências profissionais, a formação contínua e a utilização de *websites* de informação sobre saúde. (Departamento da Qualidade em Saúde, 2009). A gestão por processos, a gestão clínica e a gestão por competências constituem os três pilares básicos deste modelo de acreditação (Departamento da Qualidade em Saúde, 2009).

Este modelo valora particularmente os direitos dos cidadãos, a segurança, as competências profissionais, a transparência na atuação, o rigor técnico e científicos dos cuidados de saúde prestados, os resultados e a perceção que o utente tem dos cuidados que lhe são prestados (Departamento da Qualidade em Saúde, 2009).

A avaliação incide em cinco dimensões e cada dimensão inclui um conjunto de requisitos normativos, que constituem orientações para a evolução progressiva tendo em vista a melhoria contínua. Os requisitos normativos encontram-se no Manual de *Standards* para Acreditação de Unidades de Gestão Clínica, que está estruturado em cinco blocos e onze critérios (Figura 3) (Direção - Geral da Saúde, 2014).

O cidadão, centro do sistema de saúde

- Utentes: satisfação, participação e direitos;
- Acessibilidade e continuidade assistencial;
- Documentação clínica

Organização da atividade centrada no utente

- Gestão de planos e processos assistenciais integrados;
- Atividades de promoção de saúde e programas de saúde;
- Direção da unidade de gestão clínica.

Os profissionais

- Os profissionais, desenvolvimento profissional e formação

Processos de suporte

- Estrutura, equipamento e fornecedores;
- Sistemas e tecnologias de informação e comunicação;
- Sistema da qualidade.

Resultados

- Resultados da unidade de gestão clínica.

Figura 3 – Estrutura do Manual de *Standards* para Acreditação de Unidades de Gestão Clínica.

Os requisitos normativos são classificados em três grupos distintos, segundo graus de exigência e complexidade crescentes: Grupo I (requisitos que correspondem a elementos prioritários do SNS, relacionados com os direitos, a segurança e a satisfação dos cidadãos), Grupo II (requisitos que correspondem a elementos associados a um maior desenvolvimento da organização) e Grupo III (requisitos que correspondem a elementos que fazem com que a IS sirva de referência ao SNS).

O grau de cumprimento dos requisitos normativos incluídos nos diferentes grupos determina o nível de acreditação obtido pela US: Nível Bom, Nível Ótimo e Nível Excelente.

Neste modelo de acreditação, a avaliação é realizada em duas fases: auto-avaliação e avaliação externa (Departamento da Qualidade na Saúde, 2011). Durante a primeira fase a instituição reflete e identifica a posição em que se encontra e determina o nível cumprimento dos padrões que pretende obter. É nesta fase que se procede ao planeamento das ações necessárias para alcançar um determinado nível de acreditação. Por sua vez, a avaliação externa é realizada por equipas de avaliadores externos à instituição, que procedem à observação e reconhecimento das evidências apresentadas com o intuito de as confirmar. Posteriormente é determinado o nível de acreditação obtido segundo o grau de cumprimento dos padrões avaliados. É também nesta fase que se determinam os pontos fortes, as potencialidades e as áreas de melhoria.

Para facilitar e servir de suporte a todas as fases de avaliação, o modelo ACSA dispõe de uma ferramenta informática, reduzindo o tempo de visita de avaliação e os custos a ela associados (Departamento da Qualidade em Saúde, 2009).

Para se garantir o sucesso da implementação de um sistema de gestão da qualidade e, consecutivamente, de um processo de acreditação é necessário que todos os processos e procedimentos sejam padronizados, o que é exequível com a existência de um manual da qualidade. Desta forma, o manual da qualidade consiste numa ferramenta que serve de guia de referência ao sistema de gestão da qualidade.

3.1.1. Ciclo PDCA e Tartarugas de Crosby

São várias as ferramentas utilizadas na procura da melhoria contínua da qualidade, nomeadamente o Ciclo PDCA ou Ciclo de Deming e a Tartaruga de Crosby. Estas duas ferramentas são utilizadas no Manual da Qualidade dos Serviços Farmacêuticos.

O ciclo PDCA (Figura 4) está dividido em quatro etapas: Planear, Executar, Verificar e Atuar.

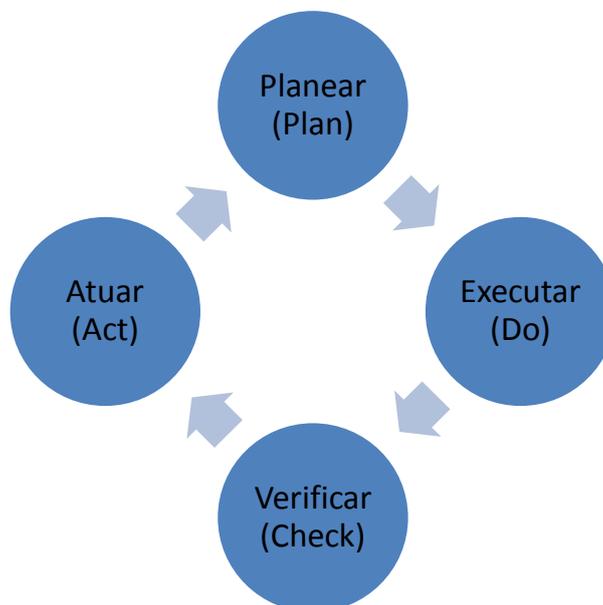


Figura 4 – Ciclo PDCA.

Na primeira etapa, Planear (*Plan*), devem ser identificadas as oportunidades de melhoria, definindo-se um plano de ação para alcançar os objetivos propostos. Segue-se a etapa Executar (*Do*) em que o plano de ação é posto em prática, com a realização das atividades necessárias ao cumprimento dos objetivos. Na fase de Verificação (*Check*) deve avaliar-se quais as ações que tiveram melhores resultados e as que não obtiveram a eficácia desejada. Por último, na etapa

Atuar (*Act*) deve proceder-se à alteração do procedimento existente ou à implementação de novos procedimentos, com base nas fases anteriores.

Se as ações realizadas não permitirem melhorias um novo ciclo deve ser iniciado com a elaboração de um plano de ação diferente. Por outro lado, se for alcançada a melhoria desejada deve iniciar-se um novo ciclo tendo em consideração os conhecimentos adquiridos.

A Tartaruga de Crosby (Figura 5) é uma ferramenta muito simples que permite a descrição dos vários processos implementados. As informações contidas neste tipo de diagramas pretendem dar resposta a uma série de perguntas e são: as entradas (o quê?, de quem?, onde?), os recursos (com o quê?), as competências (com quem?), os indicadores (que resultados?), os métodos (como se faz?) e as saídas (o quê?, para quem?, onde?).

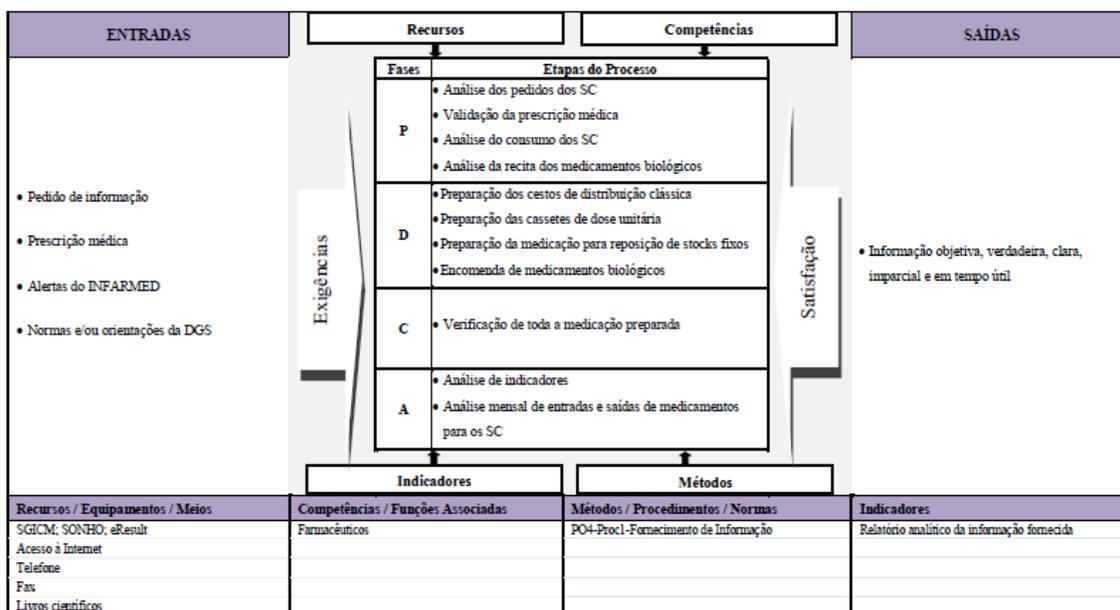


Figura 5 – Exemplo de uma Tartaruga de Crosby [adaptado do Manual da Qualidade dos Serviços Farmacêuticos].

3.2. Segurança do Doente

A segurança do doente passa pela prevenção de ocorrência de erros e eventos adversos durante o período de prestação de cuidados de saúde (Mansoa , et al., 2011; Pedroto, 2006). A segurança não depende de uma só pessoa, de um só equipamento, de um departamento ou de normas, surge da interação dos vários componentes do sistema (Faria , 2010; Pedroto, 2006; Vincent, sem data). Desta forma, a segurança do doente está estreitamente relacionada com a qualidade, embora estes conceitos não sejam sinónimos. Pode assim dizer-se que a segurança do doente é um tópico da qualidade (Vincent, sem data).

Na tentativa de melhorar a segurança do doente é necessário explorar estratégias para a redução de erros médicos, sendo para isso fundamentais os processos de gestão de risco (Munro, et al., 2002).

3.3. Riscos, Erros e Outros Conceitos

O risco é um conceito empregue em todas as atividades do quotidiano e pode ser definido como a probabilidade de ocorrência de um qualquer evento adverso, sendo que este é uma ocorrência negativa independente da vontade do ser humano e que causa algum tipo de dano, desde uma perturbação do fluxo de trabalho a danos permanentes ou mesmo morte (Fragata, 2006; Cagliano, et al., 2011).

Os eventos adversos podem ser classificados em três tipos: incidentes, acidentes e quase-acidentes (Fragata, 2006). O primeiro caso diz respeito a situações em que há um desvio do plano previsto, mas em que o resultado final não é comprometido. Por sua vez, os acidentes são situações em que há um desvio do plano inicial, havendo danos que comprometem o resultado final e que acarretam consequências nefastas. Por último, os quase-acidentes ou *near miss* são situações com trajetória de acidente, mas que se conseguiu evitar devido à capacidade humana de recuperação (seja por experiência, sangue frio, capacidade, etc.).

Na origem de um qualquer evento adverso está sempre um perigo, tido como a fonte, a situação, o agente ou ato com a capacidade de causar prejuízo à condição humana (World Health Organization, 2009; Gadd, et al., 2003).

Existem diversos fatores que propiciam a ocorrência de eventos adversos, são denominados por fatores contribuintes. Define-se fator contribuinte como a circunstância ou ação que se pensa ter desempenhado um papel importante na ocorrência de um determinado evento adverso (World Health Organization, 2009). Os fatores contribuintes podem ser classificados como fatores cognitivos (falta de compreensão, falta de conhecimento, etc.), fatores relacionados com o desempenho (erro técnico, má aplicação de boas práticas, aplicação de más práticas, etc.), fatores relacionados com o comportamento (distração, esquecimento, fadiga, excesso de confiança, etc.) e fatores relacionados com a comunicação.

Numa US o risco pode ser de natureza clínica, decorrente do tratamento e dos atos dos profissionais de saúde, ou de natureza não clínica, decorrente de falhas a nível administrativo, organizacional e de infraestruturas (Pedroto, 2006). São consideradas causas clínicas os erros de prescrição ou administração de medicamentos e os erros de diagnóstico, entre outros. Por

outro lado, avarias de equipamento, suicídios e fugas podem ser consideradas causas não clínicas.

O risco pode ter origem em vários fatores, podendo classificar-se os riscos em físicos (iluminação, ruído, temperatura, humidade, etc.), químicos (poeiras, fumos, gases e vapores), biológicos (vírus, bactérias, fungos, etc.), mecânicos (quedas, choques com objetos, proteção de escadas, perfuração ou picada, etc.), psicossociais (stress, sobrecarga emocional, sobrecarga de trabalho, etc.), ergonómicos (movimentação de cargas, posição de trabalho, movimentos repetitivos, etc.), ambientais (águas residuais contaminadas, emissões gasosas, resíduos perigosos, etc.), de negligência e imprudência (erros individuais ou erros da organização) e de reputação, patrimoniais e financeiros (reclamações, queixas, ações em tribunal, reparação das consequências de eventos adversos, etc.) (Ministério da Saúde , 2010; Dias , et al., 2010).

Associado ao conceito de risco encontra-se o conceito de erro, desvio involuntário e não resultante do acaso em relação a um plano preconcebido. Os erros podem ser de comissão, quando se realizam ações erradas, ou de omissão quando não se realizam as ações corretas (Fragata, 2006; World Health Organization, 2009).

Qualquer que seja a ação desenvolvida por um profissional de uma organização é-lhe sempre associado um determinado risco e uma determinada percentagem de erro. Neste contexto é importante a implementação de sistemas de gestão de risco em US com o intuito de minimizar continuamente os riscos para todos os utilizadores deste tipo de organizações (utentes, visitas, funcionários e instalações) (Ministério da Saúde , 2010). Estes sistemas assumem cada vez maior importância na área da saúde pois os cuidados apresentam maior complexidade e são prestados a doentes mais suscetíveis (Gramacho, 2011).

3.4. Gestão do Risco

A gestão de risco tem como ação o fornecimento de fundamentos e arranjos organizacionais para a conceção, implementação, monitorização, análise crítica e melhoria contínua (Purdy, 2010; ISO, 2008). Um processo de gestão de risco eficiente cria e protege valor, deve estar integrado nos processos organizacionais e constitui um componente de auxílio à tomada de decisão (AIRMIC, ALARM and IRM, 2002). Este tipo de processo deve ser sistemático, estruturado, oportuno, baseado em toda a informação disponível e adaptado ao contexto da instituição. Para além disto os processos de gestão de risco devem considerar fatores culturais e humanos bem como ser transparentes, inclusivos, dinâmicos, interativos e devem promover a

mudança (ISO, 2008; Pellowe, 2012). Desta forma, será fácil difundir a melhoria contínua da organização.

Da necessidade da criação de normas para garantir concordância em relação à terminologia utilizada, processos de implementação, estrutura organizacional e objetivos da gestão de risco surge, em 2009, o sistema normativo ISO 31000 (AIRMIC, ALARM and IRM, 2002; Purdy, 2010). Este sistema fornece princípios e diretrizes genéricas no que concerne à gestão de risco, podendo ser aplicado a qualquer setor de atividade e a qualquer tipo de risco independentemente da sua natureza e consequências (ISO, 2008; AIRMIC, Alarm and IRM, 2010).

Existem dois elementos que devem ser considerados ao longo da implementação de um processo de gestão de risco: comunicação com todos os interessados (*stakeholders*) sejam eles internos ou externos e monitorização/avaliação. Ambos os elementos permitem perceber os objetivos da organização e acionar mecanismos apropriados para a minimização de riscos existentes e emergentes (Purdy, 2010; Pellowe, 2012).

Antes de se iniciar um processo de gestão de risco é necessário estabelecer em que contexto ele será implementado, ou seja, devem definir-se as metas e os objetivos da organização bem como os fatores internos e externos que os podem influenciar (Purdy, 2010). O estabelecimento do contexto deve ser realizado por uma equipa multidisciplinar, em que os seus constituintes possuem diferentes habilidades, experiências e perspetivas organizacionais (Pellowe, 2012). Estas equipas necessitam de acesso a toda a documentação necessária (procedimentos de trabalho, mapas organizacionais, mapas de responsabilidades e planos de mudança) para que a equipa possa compreender o que acontece na US (Cagliano, et al., 2011).

A gestão de risco é composta essencialmente por três fases distintas denominadas por: i) identificação do risco, ii) análise do risco e iii) avaliação do risco (Purdy, 2010; ISO, 2008; Pellowe, 2012). Após a concretização destas fases segue-se o controlo do risco (Purdy, 2010; ISO, 2008; Pellowe, 2012).

A identificação do risco consiste num procedimento de investigação, reconhecimento e descrição do risco (Pellowe, 2012). Esta fase requer a aplicação de processos sistemáticos com o intuito de se compreender o que pode acontecer, como, quando, porquê e a quem (Purdy, 2010).

São vários os métodos que podem ser utilizados para a identificação dos riscos dos quais se destacam as listas de verificação (*checklists*), os questionários, os métodos baseados em

provas (por exemplo, revisões do histórico da instituição) e as auditorias/inspeções aos locais. Para além destes métodos, também o registo de eventos adversos se mostra vantajoso na identificação dos riscos (Pellowe, 2012; Morgan, 2000).

No que diz respeito ao registo de eventos adversos, os sistemas de comunicação e transmissão de informação mostram-se bastante importantes porque disponibilizam informação de fácil acesso e num só local. Estes devem ser claros e bem definidos, respeitando códigos éticos, a confidencialidade dos dados e assegurando a continuidade dos cuidados (Ministério da Saúde, 2010). É importante que os sistemas de declaração de eventos adversos sejam voluntários, confidenciais, não punitivos, efetuados e revistos por peritos, orientados para a organização e tendo como resultados a emissão de orientações (Fragata, 2006; Ministério da Saúde, 2010; Pedroto, 2006). Para além disto, é relevante que a análise dos casos reportados seja realizada periodicamente com o intuito de se neutralizarem as ameaças no menor espaço de tempo possível. Depois de avaliada toda a informação proveniente destes sistemas é fundamental que os resultados sejam apresentados a todos os profissionais, principalmente aos que se encontram diretamente envolvidos nos eventos adversos em questão para que possam aprender com os seus erros (Fragata, 2006; Ministério da Saúde, 2010).

Em Portugal, encontra-se disponível uma plataforma *on-line* que serve de base ao sistema nacional de notificação de incidentes e eventos adversos. Este sistema apresenta as características supramencionadas, sendo que a notificação pode ser realizada não só por profissionais mas também por utentes e visitantes (Direção Geral da Saúde, 2012). Para além deste, a empresa risi-EXPERT SOFTWARE SOLUTIONS tem disponível no mercado um produto (HER⁺®) que se traduz numa plataforma web onde é possível proceder-se à notificação de eventos adversos (risi-EXPERT SOFTWARE SOLUTIONS, 2013).

A contabilização e notificação de eventos adversos ocorridos em US são atividades de difícil execução. Ainda que os erros sejam muito frequentes, muitos deles não afetam o resultado final de uma determinada atividade pelo que não são alvo de reporte.

Depois da identificação é necessário proceder-se à descrição dos riscos, sendo necessário pormenorizar qual a sua fonte, o seu impacto e quem está envolvido na origem desse risco (Pellowe, 2012).

A análise do risco está relacionada com a compreensão do risco, das suas consequências e a probabilidade de ocorrência dessas consequências. No final desta etapa será possível determinar o nível de risco, que poderá ser expresso qualitativamente, semi-quantitativamente ou

quantitativamente (Purdy, 2010). Na Tabela 2 encontram-se as vantagens e desvantagens dos diferentes tipos de métodos utilizados na determinação dos níveis de risco.

Tabela 2 – Vantagens e limitações associadas aos métodos de determinação de níveis de risco
[adaptado de Carvalho, 2007]

Tipo de Método	Vantagens	Limitações
Qualitativos	<ul style="list-style-type: none"> • Métodos simples, que não requerem quantificação nem cálculos; • Não requerem identificação exata das consequências e • Permitem o envolvimento dos diferentes elementos da organização. 	<ul style="list-style-type: none"> • São subjetivos; • Dependem da experiência dos avaliadores e • Não permitem efetuar análises Custo/Benefício.
Quantitativos	<ul style="list-style-type: none"> • Permitem resultados objetivos (mensuráveis); • Permitem a análise do efeito da implementação de medidas de controlo de risco; • Permitem efectuar análises Custo/Benefício e • Assumem linguagem objectiva (facilitando a sensibilização da administração). 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentam complexidade e morosidade de cálculos; • Necessitam de metodologias estruturadas; • Necessitam de dispor de bases de dados experimentais ou históricos de adequada fiabilidade e representatividade; • São bastante onerosos pois requerem recursos humanos experientes e com formação adequada e • Requerem elevada quantidade e tipo de informação.
Semi-quantitativos	<ul style="list-style-type: none"> • Métodos relativamente simples; • Identificam as prioridades de intervenção através da identificação dos principais riscos e • Sensibilizam os diferentes elementos da organização. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentam subjetividade associada aos descritores utilizados nas escalas de avaliação e • São fortemente dependentes da experiência dos avaliadores.

Os níveis de risco podem ser determinados através da combinação de variáveis como a frequência e a probabilidade de ocorrência de um determinado evento adverso. Esta combinação pode ser obtida com recurso a matrizes de risco, construídas com base em escalas predeterminadas das variáveis em estudo (NSW Governement, 2012). As matrizes de risco permitem uma representação gráfica da relação entre as diferentes variáveis, sendo que cada quadrado da matriz representa uma combinação única entre as variáveis e, como tal, um nível de risco (NSW Governement, 2012).

Existem vários métodos para a construção de matrizes de risco, dependendo das variáveis escolhidas para a determinação dos níveis de risco e das escalas utilizadas para as classificar. Na Figura 6 apresenta-se, como exemplo, a matriz de risco (5 x 5) do SNNIEA.

		Probabilidade				
Gravidade		Raro	Improvável	Possível	Provável	Quase certo
Catastrófico/Morte		Alto	Alto	Extremo	Extremo	Extremo
Grave		Moderado	Alto	Alto	Extremo	Extremo
Moderado		Moderado	Moderado	Alto	Alto	Extremo
Ligeiro		Moderado	Moderado	Moderado	Alto	Alto
Nenhum		Baixo	Baixo	Baixo	Moderado	Moderado

Baixo
 Moderado
 Alto
 Extremo

Figura 6 – Exemplo de matriz de risco [in Direção Geral da Saúde, 2012].

Como se pode verificar pela observação da Figura 6, os níveis de risco são muitas vezes agrupados por cores e codificados em categorias de risco (no exemplo: Baixo, Moderado, Alto e Extremo) (NSW Governement, 2012). Esta categorização facilita as etapas seguintes do processo de gestão de risco (avaliação e controlo do risco).

Contudo, existem matrizes mais complexas que utilizam mais variáveis para a determinação de níveis ou índices de risco. A título de exemplo, o método da matriz composta – P é um método semi-quantitativo que recorre à utilização de uma matriz de risco mais completa comparativamente com outras matrizes utilizadas na avaliação dos riscos (Carvalho, 2007). Este método integra quatro variáveis: *Frequência (F)*, *Severidade (S)*, *Procedimentos e condições de segurança (Ps)* e o *Número de pessoas afetadas (N)*. Cada uma destas variáveis é analisada com recurso a uma escala de 5 níveis, aos quais se associa uma gradação de cores (Carvalho, 2007).

A avaliação do risco envolve a comparação do nível de risco obtido na fase anterior com critérios de risco pré-estabelecidos com o intuito de determinar se o risco é ou não aceitável, pois a sua eliminação total não é praticável (Pellowe, 2012). Os critérios de risco são termos de referência que podem ser derivados de leis, normas e recomendações de organizações e a aceitabilidade do risco depende da estrutura da US, dos profissionais que nela trabalham, dos seus utentes e também da sociedade (Carvalho, et al., 2011). É também na fase da avaliação do risco que se hierarquizam os riscos, priorizando-se os que apresentam maior magnitude (Purdy, 2010).

Posteriormente, é necessário proceder-se ao controlo do risco em que se promove a melhoria de processos existentes ou se implementam novas opções com vista à minimização do

risco até níveis que possam ser considerados aceitáveis (Purdy, 2010). Desta forma, esta etapa preconiza a avaliação e seleção de opções, considerando as relações custo benefício bem como as características técnicas de cada uma (Purdy, 2010; Pellowe, 2012; Robinson, et al., 2011).

A norma ISO 31000:2009 fornece uma série de opções que devem ser consideradas aquando do controlo do risco. As opções vão desde o esforço para evitar o risco até à decisão informada de manter o risco e a ordem em que se encontram reflete preferências (para mais detalhe consultar a referida norma).

Torna-se evidente que um processo de gestão de risco, como qualquer outro processo que contribua para a melhoria contínua da qualidade, deve ser revisto e alvo de uma apreciação crítica para que se torne o mais eficiente possível (Pellowe, 2012). Por outras palavras, é necessário verificar se os objetivos a que instituição se propôs estão ou não a ser cumpridos.

Capítulo 4

Implementação do Processo
de Gestão de Risco

4. Implementação do Processo de Gestão de Risco

4.1. Enquadramento e Objetivos

Não existia nos SF nenhum sistema de gestão de riscos. O objetivo do projeto foi não só implementar um sistema de gestão de riscos mas também elaborar uma base de trabalho que permita a continuidade do sistema, sem que seja necessário dispensar grandes períodos de tempo para a avaliação do risco.

4.2. Procedimentos Metodológicos

A identificação dos riscos nos SF foi realizada com recurso a listas de verificação de acordo com a tipologia dos riscos (Anexo II). Estas foram previamente elaboradas com recurso a documentos específicos sobre farmácia hospitalar e legislação em vigor. Note-se que, para a identificação dos riscos nos armazéns de medicamentos corretivos da volémia e de produtos inflamáveis, foram criadas duas listas de verificação que englobam alguns dos parâmetros contidos nas outras listas de verificação. Isto deveu-se ao facto dos armazéns se localizarem no exterior dos SF. Para o preenchimento das listas de verificação recorreu-se a observação direta dos trabalhadores, inspeção das instalações e entrevistas aos profissionais do serviço.

Para além disto, foram implementadas a Folha de Registo de Eventos Adversos nos SF (Anexo III) e a Folha de Registo de Não Conformidades na Satisfação de Receitas de Ambulatório (Anexo IV) com o intuito de perceber que tipos de eventos podem ocorrer neste departamento que possam por em causa o seu bom funcionamento, o bom funcionamento de toda a instituição e a segurança quer de profissionais quer de utentes.

A descrição e análise dos riscos identificados nos SF foram realizadas com base no método da matriz composta – P, por indicação do técnico superior de saúde segurança e higiene no trabalho do CHPVC,EPE. Desta forma, a avaliação realizada entra em concordância com algumas avaliações de risco realizadas noutros departamentos desta US.

Como já foi referido, o método da matriz composta – P recorre à utilização de quatro variáveis: *Frequência*, *Severidade*, *Procedimentos e condições de segurança* e *Número de pessoas afetadas*. A variável *Frequência* (F) descreve a probabilidade de ocorrência de um determinado evento ou situação. A escala desta variável é apresentada na Tabela 3 e varia entre os níveis 1 e 5, sendo que o nível 1 é utilizado para descrever situações frequentes e o nível 5 é atribuído a eventos improváveis.

Tabela 3 – Escala de *Frequência (F)* [adaptado de Carvalho, 2007]

Nível	Frequência (F)	Descrição do Parâmetro
1	Frequente	Mais de uma vez por semana
2	Provável	Uma vez por semana
3	Ocasional	Uma vez por mês
4	Remoto	Uma vez por ano
5	Improvável	Uma vez a cada dois anos

A *Severidade (S)* permite discriminar a gravidade das consequências dos eventos ou situações ocorridas. Na Tabela 4 é apresentada a escala desta variável, em que o nível mais baixo (1) é utilizado para descrever situações catastróficas e o nível mais elevado (5) é atribuído a situações com consequências insignificantes.

Tabela 4 – Escala de *Severidade (S)* [adaptado de Carvalho, 2007]

Nível	Severidade (S)	Descrição do Parâmetro
1	Catastrófico	Morte; Lesão com incapacidade permanente; Perda do sistema; Danos ambientais muito graves.
2	Crítico	Danos graves; Lesões com incapacidade temporária ou permanente mas de pequena percentagem; Perda parcial do sistema; Danos ambientais graves.
3	Marginal	Lesões menores com ou sem incapacidade temporária mas pouco graves; Danos no sistema ou ambientais pouco graves.
4	Negligenciável	Lesões pequenas sem qualquer tipo de incapacidade; Danos no sistema ou ambientais insignificantes ou desprezíveis.
5	Insignificantes	Sem lesões corporais ou danos para o sistema.

A variável *Procedimentos e condições de segurança (Ps)* traduz numa escala numérica as medidas já implementadas para minimizar os riscos dos eventos ou situações. A escala desta variável encontra-se na Tabela 5 e varia entre os níveis 1 e 5, sendo que o nível 1 corresponde à inexistência de procedimentos e o nível 5 a procedimentos muito bem implementados.

Tabela 5 – Escala de *Procedimentos e condições de segurança (Ps)*
[adaptado de Carvalho, 2007]

Nível	Procedimentos e condições de segurança (Ps)
1	Não existem ou não são conhecidos.
2	Sérias deficiências.
3	Algumas deficiências nos procedimentos e falta de implementação de outros.
4	Suficientes, mas melhoráveis.
5	Muito boas, suficientes e bem implementadas.

A variável *Número de pessoas afetadas* (N) permite discriminar a quantidade de pessoas atingidas pelas consequências de um determinado evento ou situação. A Tabela 6 descreve a escala desta variável, em que o nível mais baixo corresponde ao maior número de pessoas afetadas.

Tabela 6 – Escala do *Número de pessoas afetadas* (N) [adaptado de Carvalho, 2007]

Nível	Número de pessoas afetadas (N)
1	≥ 51
2	31 – 50
3	11 – 30
4	4 – 10
5	1 – 3

A utilização do método da matriz composta – P permite determinar a *Magnitude do risco* (R) pelo produto das quatro variáveis supramencionadas (Equação 1). Esta variável pode variar entre 1 (considerado muito mau) e 625 (considerado muito bom) (Carvalho, 2007).

$$\text{Equação 1 } R = F \times S \times Ps \times N$$

Com o intuito de se proceder à hierarquização dos riscos foi definida a escala de *Índice de risco* com 5 níveis distintos (Carvalho, 2007). Na Tabela 7 é apresentada a relação entre o *Índice de Risco* e a prioridade de intervenção segundo a *Magnitude do Risco* (R), sendo que devem ser intervencionadas mais rapidamente as situações em que o *Índice de risco* é menor.

Tabela 7 – Relação entre o *Índice de risco* e a prioridade de intervenção segundo a *Magnitude de risco* (R) obtida [adaptado de Carvalho, 2007]

Magnitude do risco (R)	Índice de risco		Descrição do Parâmetro
= 1	1	Situação urgente	Situação drástica, requerendo alterações urgentes e obrigatórias.
]1-16]	2	Situação crítica	Requer alterações urgentes.
]16-81]	3	Situação aceitável	Requer algumas alterações.
]81-256]	4	Situação bastante aceitável	Poderão ser realizadas pequenas ações de melhoria.
]256-625]	5	Situação ótima	Não requer alterações.

Para a avaliação dos riscos nos SF foi utilizado o livro do *Microsoft Office Excel* @ tipo para o CHPVC, EPE (Anexo V), constituído por três folhas de cálculo. Na primeira folha encontra-se a identificação do serviço, com imagens das várias áreas de trabalho. Na segunda folha é

apresentada a tabela de avaliação dos riscos e na terceira folha encontra-se um relatório resumido da avaliação realizada.

A tabela de avaliação dos riscos (Figura 7) apresenta 11 campos de preenchimento rápido e permite descrever pormenorizadamente uma determinada situação ou evento. Do campo *Ponto a avaliar* devem constar, de uma maneira generalizada, as situações ou eventos identificados como potencialmente perigosos. O campo *Local* diz respeito ao lugar onde essas situações ou eventos ocorrem e o campo *Equipamento/Material* está relacionado com os equipamentos e materiais utilizados nas atividades que desencadearam as situações de risco. Nos campos *N* e *I* especifica-se, respetivamente, o número e a identificação das pessoas envolvidas. Nos campos *Perigo* e *Risco* descreve-se detalhadamente as situações e o risco que elas representam, respetivamente. O campo *Consequência* serve para descrever os efeitos que o risco tem sobre as pessoas e as estruturas e o campo *Avaliação* traduz as variáveis de avaliação de risco supracitadas (Tabelas 3 a 7). Os campos *Medidas Corretivas Implementadas* e *Medidas Corretivas a Implementar* permitem, respetivamente, descrever as medidas corretivas adotadas ou a adotar para corrigir a situação ou tornar o seu *Índice de risco* aceitável.

Ponto a avaliar	Local	Equipamento/Material	N	I	Perigo	Risco	Consequência	Avaliação					Medidas corretivas implementadas	Medidas corretivas a implementar
								F	S	Ps	N	R		

Figura 7 – Imagem da tabela de avaliação de riscos tipo do CHPWC,EPE.

Após o preenchimento da tabela de avaliação de riscos foi realizado o levantamento dos custos das medidas corretivas propostas.

4.3. Análise e Discussão de Resultados

4.3.1. Avaliação dos Riscos Identificados Através de Listas de Verificação

A avaliação dos riscos nos SF resultou na construção de uma tabela de avaliação de riscos. Contudo para uma melhor leitura dos resultados, a avaliação dos riscos será apresentada consoante a tipologia dos riscos identificados (Anexo II).

Note-se que os riscos identificados no armazém de medicamentos corretivos da volémia e no armazém de produtos inflamáveis não são apresentados separadamente mas estão integrados nas tabelas das diferentes tipologias de riscos, sendo diferenciados no campo *Local*.

Na Tabela 8 é apresentada a avaliação dos riscos associados à conceção do edifício. Na Tabela 9 encontra-se a avaliação dos riscos de incêndio e na Tabela 10 é apresentada a avaliação dos riscos associados à utilização de substâncias químicas nos SF. A Tabela 11 faz referência à avaliação dos riscos biológicos e a avaliação dos riscos para o ambiente é apresentada na Tabela 12. Na Tabela 13 é apresentada a avaliação dos riscos associados à organização e limpeza enquanto na Tabela 14 é apresentada a avaliação dos riscos ergonómicos. Por último, na Tabela 15 é apresentada a avaliação dos riscos específicos dos SF.

Tabela 8 – Avaliação dos riscos associados à conceção do edifício

Ponto a avaliar	Local	Equipamento/ Material	N	I	Perigo	Risco	Consequência	Avaliação					Medidas corretivas implementadas	Medidas corretivas a implementar
								F	S	Ps	N	R		
Conceção do Edifício	ZD	Vias de Circulação	2	AO	Distância entre os SF e os elevadores.	Dificuldade no transporte de grandes quantidades de produtos.	Lesões. Danos materiais.	4	3	5	5	5	Utilização de carros de transporte.	
			11	F; TDT;AT; AO	Vias de passagem estreitas para a circulação de pessoas e carros de transporte simultaneamente.	Choque. Quedas.	Lesões. Danos materiais.	3	5	4	3	4	Organização do espaço de trabalho.	
	AMCV		2	AO	Vias de circulação estreitas.	Choque. Quedas.	Lesões. Danos materiais.	4	4	5	5	5	Arrumação de volumes maiores o mais perto possível da entrada.	
			2	AO	Pouco espaço para manobra de carros de transporte.	Choque. Quedas.	Lesões. Danos Materiais.	1	4	1	5	3		Organizar de melhor forma os carros de transporte da SUCH.
			15	U	Falta de acesso pelo interior.	Produtos submetidos a condições meteorológicas.	Detioração do produto.	1	5	3	3	3		Instalação de um armário de armazenamento de inflamáveis nos SF.
	SR; SAT; ZD; ZA;ZRE; AMCV; API	Porta de Entrada/Saída	11	F; TDT;AT; AO	Portas com abertura para o interior. (Anexo VI, Figura 41)	Evacuação deficiente em caso de emergência.	Lesões. Morte.	5	1	2	3	3		Formação dos profissionais.
	AMCV; API		2	AO	Porta estreita para a entrada de carros de transporte. (Anexo VI, Figura 42)	Choque. Queda.	Lesões. Danos materiais.	3	4	3	5	4		Alargamento da entrada.
	ZD; ZA; ZRE; AMCV;API		11	F; TDT;AT; AO	Inexistência de porta corta-fogo.	Propagação do incêndio.	Lesões.	5	2	1	5	3		Instalação de uma porta corta-fogo.
	API	Piso	2	AO	Dificuldade na limpeza.	Acumulação de sujidade.	Contaminação.	5	3	2	5	4		Instalação de um armário de armazenamento de inflamáveis nos SF.
			2	AO	Piso não impermeável.	Infiltração.	Incêndio.	5	2	2	5	4		
	API	Ventilação	7	AO	Ventilação insuficiente.	Incêndio.	Lesões. Morte.	5	1	2	4	3		Instalação de um armário de armazenamento de inflamáveis nos SF.
	Z Arm	Instalações Elétricas	11	F; TDT;AT; AO	Falta de sinalização do quadro elétrico. (Anexo VI, Figura 43)	Contacto com o equipamento elétrico.	Eletrocussão.	5	2	3	3	4		Colocação de sinalização adequada.
			11	F; TDT;AT; AO	Falta de isolamento dos condutores elétricos. (Anexo VI, Figura 44)	Contacto com o equipamento elétrico.	Eletrocussão.	5	2	3	3	4		Colocação de um painel para isolar os condutores elétricos.
	SR; SAT; ZVPM; ZD; ZA; ZF; ZRE; Z Arm; AMCV; API		11	F; TDT;AT; AO	Não realização de inspeções periódicas às instalações elétricas.	Falhas nos equipamentos.	Afetação do fluxo de trabalho.	5	3	4	3	4	Reparação sempre que necessário.	Estabelecer datas para a revisão das instalações elétricas.

Nota: Para a análise das tabelas devem ser consideradas algumas abreviaturas: F – farmacêutico; TDT – técnico de diagnóstico e terapêutica; AT – assistente técnico; AO – assistente operacional; U – utente; SR – sala do responsável dos SF; SAT – sala dos assistentes técnicos; ZVPM – zona de validação da prescrição médica; ZD – zona de distribuição; ZA – zona de atendimento; ZF – zona de farmacotecnia; ZRE – zona de receção de encomendas; ZArm – zona de armazenamento; AMCV – armazém de medicamentos corretivos da volémia e API – armazém de produtos inflamáveis.

Tabela 9 – Avaliação dos riscos de incêndio

Ponto a avaliar	Local	Equipamento/ Material	N	I	Perigo	Risco	Consequência	Avaliação					Medidas corretivas implementadas	Medidas corretivas a implementar
								F	S	Ps	N	R		
Prevenção e Proteção Contra Incêndio	SR; SAT; ZVPM; ZD; ZA; ZF; ZRE; Z Arm; AMCV; API	Plano de Emergência	11	F; TDT;AT; AO	Desconhecimento, por parte dos bombeiros, do plano de emergência do edifício.	Dificuldade na evacuação. Dificuldade no combate ao incêndio.	Lesões. Morte.	5	1	3	3	3	Elaboração do plano de emergência.	Aprovação do plano de emergência pelos bombeiros.
		Formação	11	F; TDT;AT; AO	Formação inadequada dos profissionais sobre reação a incêndio.	Pânico. Dificuldade na evacuação. Dificuldade no combate ao incêndio.	Lesões. Morte.	5	1	1	3	2	Foram estabelecidos planos de formação obrigatórios e com componente prática.	Divulgação e dinamização das ações de formação.
		Botão de Alarme	11	F; TDT;AT; AO	Inexistência de botão de alarme de incêndio.	Propagação do incêndio.	Lesões. Morte.	5	1	3	3	3	Número de emergência interna.	Instalação de um botão de alarme de incêndio nos SF.
		Aspersores	11	F; TDT;AT; AO	Inexistência de aspersores nos SF.	Propagação do incêndio.	Lesões. Morte.	5	1	3	3	3		Instalação de aspersores.
		Sinalização de Segurança	11	F; TDT;AT; AO	Falta de sinalização de segurança. (Anexo VI, Figura 45)	Dificuldade na evacuação. Pânico	Lesões. Morte.	5	2	1	5	3		Colocação de sinalização adequada.
	AMCV	Extintores	2	AO	Inexistência de extintor.	Propagação de incêndio.	Lesões. Morte.	5	1	1	5	3		Colocação de um extintor.
	AMCV; API	Detetores	7	AO	Inexistência de detetores de incêndio.	Propagação de incêndio.	Lesões. Morte.	5	1	1	5	3		Instalação de detetores de incêndio.

Tabela 10 – Avaliação dos riscos associados à utilização de substâncias químicas

Ponto a avaliar	Local	Equipamento/ Material	N	I	Perigo	Risco	Consequência	Avaliação					Medidas corretivas implementadas	Medidas corretivas a implementar
								F	S	Ps	N	R		
Utilização de Substâncias Químicas	SR; SAT; ZVPM; ZD; ZA; ZF; ZRE; Z Arm; AMCV; API	Substâncias Químicas	9	F; TDT; AO	Utilização de substâncias químicas.	Contacto com substâncias químicas.	Lesões. Queimaduras.	5	3	5	4	5	Utilização de equipamentos de proteção individual.	
	ZF	Proteção	11	F; TDT; AO	Ausência de equipamentos de proteção coletiva. (Anexo XI, Figura 46)	Inalação de contaminantes.	Queimaduras. Possíveis efeitos carcinogénicos.	2	3	2	3	3	Utilização de equipamentos de proteção individual.	Instalação de uma hotte.
			30	F; TDT;AT ; AO; U	Ausência de sistema de ventilação.	Libertação de contaminantes químicos para o exterior.	Possíveis efeitos carcinogénicos.	2	3	1	3	3		Instalação de um sistema de ventilação (AVAC).
	SR;SAT; ZVPM; ZD;ZA;ZF; ZRE; ZArm;AMC V; API		11	F; TDT;AT ; AO	Falta de avaliação dos níveis de contaminantes químicos no ar.	Desconhecimento.	Falta de atuação caso necessário.	2	3	1	3	3		Avaliação dos contaminantes químicos presentes no ar dos SF aquando da avaliação noutros departamentos da instituição.

Tabela 11 – Avaliação dos riscos biológicos

Ponto a avaliar	Local	Equipamento/ Material	N	I	Perigo	Risco	Consequência	Avaliação					Medidas corretivas implementadas	Medidas corretivas a implementar
								F	S	Ps	N	R		
Contacto com Agentes Biológicos	ZD	Cestos de Distribuição Clássica	6	TDT;AO	Cestos provenientes dos SC.	Contaminação.	Contração de doenças.	1	4	3	4	3	Substituição dos sacos. Utilização de EPI's.	Envio dos cestos para o SC, quando se encontrarem visivelmente sujos.
			6	TDT;AO	Utilização de ligaduras e adesivos para reparação dos cestos. (Anexo VI, Figura 47)	Dificuldade na limpeza e desinfeção. Contaminação.	Contração de doenças.	1	4	2	4	3		Substituição dos cestos existentes por novos.
	Serviços Clínicos	Equipamentos e Superfícies dos SC	9	F; TDT; AO	Contacto com agentes biológicos.	Contaminação.	Contração de doenças. Incapacidade temporária.	3	3	5	4	4	Utilização de EPI's. Lavagem das mãos quando se sai do SC.	Formação obrigatória frequente dos profissionais de saúde.

Tabela 12 – Avaliação dos riscos para o ambiente

Ponto a avaliar	Local	Equipamento/Material	N	I	Perigo	Risco	Consequência	Avaliação					Medidas corretivas implementadas	Medidas corretivas a implementar
								F	S	Ps	N	R		
Resíduos	ZF	Contentores de Resíduos	11	F; TDT;AT ;AO	Contentores para resíduos de tipo I e II sem tampa. (Anexo VI, Figura 48)	Contaminação.	Contração de doenças.	5	3	4	3	4	Utilização de um contentor com tampa e pedal.	
			11	F; TDT;AT ;AO	Contentores para resíduos de tipo I e II sem pedal. (Anexo VI, Figura 48)	Contaminação.	Contração de doenças.	5	3	4	3	4		
			9	F; TDT; AO	Inexistência de sinalizaçãp do contentor de resíduos do tipo IV. (Anexo VI, Figura 49)	Troca de resíduos.	Desperdício.	5	3	4	4	4		Utilização do contentor fornecido pela empresa de tratamento dos resíduos. Colocação de sinalização no contentor existente.
Ruído	SR; SAT; ZVPM; ZD; ZA; ZF; ZRE; Z Arm	Equipamentos	11	F; TDT;AT ;AO	Inexistência de isolamento contra ruído nos equipamentos.	Desconforto/Incomodo	Irritabilidade. Dificuldade na concentração. Distúrbios fisiológicos.	2	4	1	3	3	Encapsulamento das fontes de ruído. Utilização de protetores auriculares (abafadores) ou tampões auditivos.	
		Comunicação entre Profissionais.	11	F; TDT;AT ;AO	Comunicação em voz alta.	Desconforto/Incomodo	Irritabilidade. Dificuldade na concentração.	1	4	1	3	2	Utilização de protetores auriculares (abafadores) ou tampões auditivos.	
			11	F; TDT;AT ;AO	Inexistência de avaliação do nível de ruído.	Desconhecimento.	Irritabilidade. Dificuldade na concentração.	2	4	1	3	3	Avaliação do nível de ruído aquando da avaliação nos outros departamentos.	

Tabela 13 – Avaliação dos riscos associados à organização e limpeza

Ponto a avaliar	Local	Equipamento/Material	N	I	Perigo	Risco	Consequência	Avaliação					Medidas corretivas implementadas	Medidas corretivas a implementar
								F	S	Ps	N	R		
Organização e Limpeza	ZVPM	Secretária	2	F	Presença de material em excesso na secretária. (Anexo VI, Figura 50)	Desconforto.	Demora na prestação de informações.	2	5	2	5	4	Organização dos documentos.	Instalação de uma prateleira.

Tabela 14 – Avaliação dos riscos ergonómicos

Ponto a avaliar	Local	Equipamento/ Material	N	I	Perigo	Risco	Consequência	Avaliação					Medidas corretivas implementadas	Medidas corretivas a implementar
								F	S	Ps	N	R		
Carga Física e Movimentação Manual de Cargas	ZD; ZRE; Z Arm	Cassetes para distribuição unitária; caixas de produtos; cestos de distribuição clássica.	6	TDT;AO	Manuseamento de cargas pesadas (peso superior a 25 Kg sem pegas).	Sobrecargas músculo-esqueléticas.	Dor. Lesões. Danos materiais.	3	4	2	4	4		Sempre que possível, dividir a carga a manusear.
			6	TDT;AO	Execução de tarefas que exigem elevação de cargas pesadas acima da linha dos ombros.	Sobrecargas músculo-esqueléticas.	Dor. Lesões. Danos materiais.	3	4	2	4	4		Utilização de uma bancada de trabalho hidráulica.
			6	TDT;AO	Utilização de cargas que pela sua forma e volume não permitem um manuseamento fácil e seguro.	Postura incorreta. Sobrecargas músculo-esqueléticas.	Dor. Lesões. Danos materiais.	3	4	2	4	4		Manuseamento da carga por duas pessoas.
			6	TDT;AO	Manuseamento de cargas com bordas cortantes. (Anexo VI, Figura 51)	Corte. Contaminação.	Incapacidade temporária.	3	4	2	4	4		Utilização de luvas de ação mecânica (couro ou pele).
			2	AO	Execução de tarefas que exigem deslocação.	Desconforto físico.	Fadiga.	3	4	5	5	5	Utilização de carros de transporte.	
	ZF	Bancadas de Trabalho	6	TDT;AO	Bancada de trabalho baixa para a realização de trabalho na posição em pé.	Postura incorreta. Sobrecargas músculo-esqueléticas.	Dor. Lesões.	2	3	4	4	4		Instalação de um elemento em aço inox que permita tornar a bancada de trabalho ligeiramente mais alta.
Conforto Térmico	ZD; Z Arm	Temperatura	11	F; TDT;AT; AO	Temperatura superior a 21°C. (Anexo VI, Figura 52)	Desconforto.	Fadiga visual.	3	5	4	3	4		Revisão do funcionamento do sistema de ar condicionado.
Condições de Iluminação	SR; SAT; ZVPM;ZD; ZRE	Computadores	9	F; TDT; AT	Luz dos visores.	Desconforto.	Fadiga visual. Dificuldade na concentração.	2	4	3	4	4		
	SR; SAT; ZVPM; ZD; ZA; ZF; ZRE; Z Arm; AMCV; API	Iluminação de Emergência.	11	F; TDT;AT; AO	Ausência de sistemas de iluminação de emergência. (Anexo VI, Figura 45)	Dificuldades na evacuação.	Pânico. Lesões. Morte.	5	1	1	3	2		Instalação de um sistema de iluminação de urgência. Colocação de sinalização fotoluminescente.
			11	F;TDT; AT; AO	Falta de limpeza regular das fontes de iluminação.	Perda de rendimento das fontes de iluminação.	Desperdício.	5	4	4	3	4		Estabelecer um programa de limpeza das fontes de iluminação.
Carga Mental	SR; SAT; ZVPM; ZD; ZA; ZF; ZRE; Z Arm; AMCV; API	Execução de Tarefas	11	F; TDT;AT; AO	Ritmo de trabalho afetado por fatores externos.	Dificuldade na concentração.	Fadiga. Maior probabilidade de erro.	2	3	5	3	4		
			11	F; TDT;AT; AO	Execução de tarefas que requerem a memorização de informação.	Perda de informação.	Falhas na comunicação.	1	4	3	3	3		Sempre que possível escrever a informação que memorizou.
			11	F;TDT; AT; AO	Frequentes interrupções de terceiros.	Dificuldade na concentração.	Fadiga. Maior probabilidade de erro.	1	3	4	3	3	Papel informativo para tocar na campainha.	Colocar um papel A3 com a mensagem "Por favor, tocar à campainha"

Tabela 15 – Avaliação dos riscos específicos dos SF

Ponto a avaliar	Local	Equipamento/ Material	N	I	Perigo	Risco	Consequência	Avaliação					Medidas corretivas implementadas	Medidas corretivas a implementar
								F	S	Ps	N	R		
Monitorização da Temperatura	AMCV	Temperatura	2	AO	Falta de monitorização e registo da temperatura.	Desconhecimento.	Danos materiais.	3	2	1	5	3		Instalação de dispositivos de monitorização da temperatura.
	API		7	AO		Deconhecimento. Incêndio.	Danos materiais.	3	2	2	4	3		
Armazenamento de Produtos	ZD; Z Arm	Armário Com Carris	11	F;TDT; AT; AO	Manipulação de prateleiras móveis.	Choque.	Lesões.	2	4	2	3	3		Utilização de uma cunha para travar o armário.
			11	F;TDT; AT; AO		Esmagamento.	Lesões.	5	2	2	3	3		
		Prateleiras	11	F; TDT;AT ; AO	Armazenamento de produtos em altura.	Queda.	Lesões. Danos materiais.	5	3	3	3	4		Armazenamento e retirada de produtos por duas pessoas: uma para colocar ou retirar o produto da prateleira (com o auxílio de um escadote) e outra para erguer ou rececionar o produto no solo.
		Medicamentos	7	F; TDT; U	Produtos com rótulo ou nomes semelhantes (LASA - <i>Look Alike</i> , <i>Sound Alike</i>).	Troca de medicação.	Lesões. Morte.	5	1	3	4	3		Sensibilização da indústria farmacêutica. Sinalização deste tipo de produtos (ver ponto 8.1.).
			7	F; TDT; U	Medicação de alerta elevado sem rotulação específica.	Troca de medicação.	Lesões. Morte.	5	1	3	4	3		Implementação de sinalização específica (ver ponto 8.1.).
		Produção	ZF	Manipulados	40	U	Permanência dos profissionais na zona de preparação quando têm doenças transmissíveis.	Contaminação.	Contração de doenças.	5	3	5	2	4
Distribuição	ZD; Z Arm	Dose Unitária	6	TDT; AO	Manipulação de objetos e equipamentos com saliências ou esquinas.	Corte. Perfuração.	Lesões. Danos materiais.	3	4	4	4	4		Utilização de luvas de ação mecânica (de couro ou pele).
			9	F, TDT;AO	Utilização de objetos cortantes e perfurantes.	Corte. Perfuração.	Lesões. Danos materiais.	3	4	4	4	4		Utilização de luvas de ação mecânica (de couro ou pele).
			10	U	Preparação de cassetes de dose unitária manualmente.	Troca de medicação.	Lesões. Morte.	5	1	5	4	4		Instalação de equipamento semi-automático tipo "Kardex".
Gestão de Stocks	ZD; Z Arm		7	F; TDT	Encomenda de produtos consoante as necessidades.	Esquecimento. Pedido errado de produtos.	Desperdício.	5	4	4	4	5		

Não foi encontrada nenhuma situação considerada crítica ou urgente no que diz respeito aos riscos associados à conceção do edifício (Tabela 8). A maioria dos problemas detetados foram resolvidos ou resolvem-se com medidas que se afiguram relativamente simples e pouco dispendiosas. Importa salientar que a colocação de sinalização fotoluminescente no quadro elétrico (com um custo aproximado de 7 €) e o isolamento dos condutores elétricos são medidas indispensáveis para que se assegure o cumprimento das recomendações e especificações técnicas do edifício hospitalar. A instalação de um armário para o armazenamento de produtos inflamáveis nos SF permitiria resolver várias situações identificadas. Este armário tem um custo aproximado de 4000 €. O armazenamento de produtos no armazém de medicamentos corretivos da volémia pode ser facilitado se os carros de transporte da SUCH forem organizados de melhor forma, sendo que esta solução não apresenta qualquer custo. A largura das portas do armazém de medicamentos corretivos da volémia e do armazém de produtos inflamáveis dificulta a entrada de carros de transporte para o interior destes armazéns. Esta situação só pode ser corrigida com a realização de obras para alargamento das entradas. Os SF não possuem portas a abrir no sentido da evacuação, ou seja, com abertura para o exterior. Esta situação não pode ser alterada com a introdução de portas com abertura no sentido contrário pois esta medida impediria a livre circulação nos espaços envolventes. Neste sentido, esta situação pode ser resolvida com uma formação dos profissionais e alerta para esta questão. A inexistência de portas corta-fogo pode levar à propagação do incêndio e pôr em causa a segurança dos ocupantes da instituição, pelo que se sugere a sua instalação não só nos SF mas também nos armazéns anexos. O custo de uma porta corta-fogo varia conforme as medidas e as características da mesma, sendo necessário o pedido de orçamento.

A maior parte das situações de risco associadas à prevenção e proteção contra incêndio são aceitáveis (Tabela 9). A formação dos profissionais constitui, no entanto, uma situação crítica. Embora, o CHPVVC,EPE disponibilize ações de formação sobre esta temática os profissionais não se sentem motivados a frequentá-las pelo que se recomenda maior divulgação e incentivos à participação. A implementação desta medida acarreta custos muito reduzidos. A aprovação do plano de emergência pelos bombeiros é uma medida sem custos e permitirá uma evacuação mais eficaz em caso de emergência. A instalação de botões de alarme de incêndio nos SF permitirá aos profissionais deste departamento dar o alarme em caso de falha no contacto através do número de emergência. Esta medida implicaria a instalação de 3 botões de alarme, com um custo unitário variável entre 11 € e 36 €. A ausência de aspersores pode levar

à propagação do incêndio pelo que a sua instalação será particularmente vantajosa se o incêndio ocorrer durante o horário em que os SF estão fechados. A sinalização de segurança tem como principal objetivo orientar para uma evacuação rápida e eficaz. As placas de sinalização apresentam um custo unitário variável entre 5,88 € e 17 €. A inexistência de um extintor no armazém de medicamentos corretivos da volémia ou nas suas imediações põe em risco a segurança dos profissionais, pelo que se preconiza a instalação de um extintor de pó ABC com um custo entre 22 € e 71 € dependendo do peso. A instalação de detetores de incêndio no armazém de medicamentos corretivos da volémia e no armazém de produtos inflamáveis é de extrema importância para o cumprimento da legislação e para a manutenção da segurança dos profissionais. Assim, recomenda-se a instalação de 2 detetores no armazém de medicamentos corretivos da volémia e 1 detetor no armazém de produtos inflamáveis, com um custo unitário variável entre 40 € e 200 € consoante as características. A este valor acresce o valor das atividades necessárias à ligação dos detetores à central.

Relativamente à avaliação de riscos associados à utilização de substâncias químicas, constata-se que as situações identificadas são aceitáveis. O manuseamento de substâncias químicas é o indicado (Tabela 10). No entanto, a inalação de contaminantes químicos é uma preocupação dos profissionais dos SF uma vez que desconhecem os teores existentes no ar que respiram. O CHPVVC,EPE realiza, aleatoriamente, a avaliação da qualidade do ar dos vários departamentos e em nenhum caso foram detetados níveis de contaminantes prejudiciais à saúde dos profissionais. A instalação de sistemas de exaustão e ventilação adequados evitaria a libertação de contaminantes para o exterior e a avaliação dos seus níveis no ar permitiria um controlo de ar mais rápido e constante, permitindo verificar se profissionais estão sujeitos a níveis prejudiciais. Idealmente, qualquer departamento de uma instituição hospitalar deve possuir um sistema de aquecimento, ventilação e ar condicionado (AVAC) e os SF não são exceção. Contudo, a instalação de um destes sistemas é dispendiosa e prevê a realização de obras pelo que a falta de exaustão pode ser colmatada com a instalação de uma *hotte* portátil com um custo aproximado de 3000 €.

De igual modo, as situações de risco associadas ao contacto com agentes biológicos são aceitáveis (Tabela 11). Os profissionais dos SF estão sujeitos a contaminação quando frequentam os SC, mas constatou-se que usam as medidas preventivas corretas tendo o cuidado de utilizar EPI's e lavar as mãos quando regressam aos SF. Contudo, a formação obrigatória frequente permitirá aos profissionais lembrar alguns tópicos que, por hábito, poderão

esquecer. As formações podem ser cedidas pela instituição, pelo que esta solução apresenta custos reduzidos. Sugere-se também a substituição dos cestos de distribuição clássica para evitar possíveis contaminações. Os cestos de distribuição apresentam um valor unitário aproximado de 3 €, sendo necessários 13 cestos.

O ruído é identificado como o principal risco ambiental (Tabela 12). Nalguns períodos do dia os profissionais sentem que estão distraídos devido ao ruído proveniente dos equipamentos e da comunicação entre os restantes profissionais. Como tal, recomenda-se o encapsulamento das fontes de ruído como a máquina de re-embalar e a utilização de protetores auditivos pelos profissionais que se sintam afetados pelo ruído. Estes protetores apresentam custos variáveis consoante as suas características, sendo os mais adequados os auriculares reutilizáveis com caixa de armazenamento cujo preço por par varia entre 1,28 € e 4,5 € (são necessários pelo menos 11 pares).

Ainda no que concerne aos riscos para o ambiente, seria desejável a utilização de contentores com tampa e pedal para a deposição dos resíduos gerados nos SF por forma a evitar possíveis contaminações. Esta situação pode ser resolvida com recurso a um contentor ótico que abre automaticamente com o aproximar da mão, com um custo aproximado de 195 €. Uma alternativa mais económica é a utilização de um contentor com tampa e pedal, cujo preço é aproximadamente 100 €. Embora o contentor de resíduos do tipo IV possua um saco de cor vermelha a sua adequada sinalização facilitaria o reconhecimento deste tipo de resíduos perigosos por parte dos profissionais, pelo que se deve sinalizar o contentor existente ou utilizar o contentor cedido pela empresa de tratamento. Qualquer uma destas alternativas apresenta custos muito reduzidos.

A presença de material em excesso na secretária da zona de validação da prescrição médica constituiu a única situação de risco associada à organização e limpeza (Tabela 13). A instalação de uma prateleira permitiria uma melhor organização dos materiais e, conseqüentemente, maior facilidade na utilização dos mesmos. Estima-se que esta medida apresente um custo aproximado de 15 €.

Todas as situações relacionadas com a carga física e o movimento manual de cargas são bastante aceitáveis (Tabela 14). Nestes casos, a implementação das medidas propostas proporcionaria aos profissionais maior estabilidade e conforto na realização das atividades. A execução de tarefas que exigem elevação de cargas pesadas acima da linha dos ombros pode provocar dor, lesões e danos materiais. A utilização de bancadas de trabalho hidráulicas, cujo

valor é aproximadamente 700 €, poderia colmatar esta situação. Para além disto, a colocação de rodas numa das mesas da zona distribuição permitiria uma melhor limpeza do espaço. Para diminuir sobrecargas músculo-esqueléticas, os profissionais devem, sempre que possível, dividir as cargas a manusear. O manuseamento da carga pode ainda ser efetuado por duas pessoas. Na zona de farmacotecnia, a bancada tem a altura ideal para a produção de manipulados. Contudo, é ligeiramente baixa para a etiquetagem de medicamentos, pelo que se recomenda a instalação de um elemento em aço inox que permita tornar a bancada mais alta e que possa ser retirado sempre que necessário. Estima-se que esta medida possa custar 25 €. A utilização de luvas de ação mecânica (de couro ou pele) permite colmatar várias situações: a manipulação de cargas com bordas cortantes, a manipulação de objetos e equipamentos com saliências ou esquinas e a utilização de objetos cortantes e perfurantes. Este tipo de luvas tem um preço de 5 € por par, sendo necessários 6 pares.

Geralmente, a temperatura nos SF mantém-se acima dos 21 °C (valor recomendado de conforto térmico), sendo que os profissionais acusam algum desconforto e fadiga visual. Para resolver esta situação propõe-se a revisão do funcionamento do sistema de ar condicionado.

No que diz respeito às condições de iluminação, a ausência de um sistema de iluminação de emergência constitui uma situação crítica (*Índice de risco 2*). Esta situação pode ser resolvida com a instalação de blocos autónomos de emergência com preço unitário entre 60 € a 190 €, sendo necessários 4 blocos. Uma alternativa mais económica a esta solução é a instalação de placas fotoluminescentes com preço unitário entre 5,88 € e 11,68 €, sendo necessárias 4 placas. A implementação de uma destas soluções permitirá não só facilitar uma evacuação rápida e eficiente em caso de emergência como também cumprir a legislação em vigor.

As atividades realizadas nos SF são afetadas por fatores externos ao departamento, nomeadamente interrupções de profissionais ou utentes que se deslocam aos SF para levantar medicação. Apesar da existência de um pedido para que se toque à campainha é muito frequente as pessoas chamarem para serem atendidas, o que dificulta a execução de tarefas pelos profissionais dos SF principalmente em dias de maior volume de trabalho. A colocação de um papel A3 com a informação “Por Favor, Tocar à Campainha” tem um custo muito reduzido (aproximadamente 0,10 €). A perda de informação devido a falhas na memorização da informação pode ser colmatada com a escrita dessas informações sempre que possível, o que não acarreta custos.

Pela observação da Tabela 15 constata-se que dentro dos riscos específicos dos SF não há nenhuma situação considerada crítica ou urgente.

No que diz respeito à monitorização da temperatura, esta assume especial importância no controlo da qualidade dos produtos existentes nos SF. Como o armazém de medicamentos corretivos da volémia e o armazém de produtos inflamáveis não possuem sistemas de ar condicionado torna-se relevante a instalação de dispositivos de monitorização da temperatura nestes locais de modo a que se conheçam as condições em que os produtos se encontram de forma a assegurar a terapêutica. Estes dispositivos têm um custo por equipamento de aproximadamente 55 €.

O armazenamento de produtos em prateleiras móveis pode provocar lesões devido a choque ou esmagamento, sendo que esta situação pode ser resolvida com recurso a uma cunha para travar as prateleiras com um custo associado de aproximadamente 15 €. Também o armazenamento de produtos em altura torna difícil o manuseamento dos mesmos, podendo culminar em lesões e danos materiais. Assim, o armazenamento e retirada de produtos devem ser realizados por duas pessoas: uma para colocar ou retirar o produto da prateleira (com o auxílio de uma escada) e outra para erguer ou rececionar o produto no solo. Alguns dos produtos armazenados apresentam rótulos ou nomes semelhantes, o que pode dificultar a preparação de medicação quer nos SF quer nos SC pelo que seria desejável a sinalização deste tipo de produtos. Também os medicamentos de alerta elevado devem ser sujeitos a sinalização específica.

A permanência dos profissionais na zona de preparação quando têm doenças transmissíveis pode levar à contaminação dos manipulados e, conseqüentemente, à contaminação dos utentes. Assim, para além da utilização de EPI's, seria desejável o afastamento temporário do profissional afetado desta zona.

Relativamente à distribuição de medicamentos, as lesões devido à manipulação de objetos cortantes e perfurantes ou com saliências e esquinas podem ser minimizadas com a utilização de luvas de ação mecânica. A instalação de um equipamento semiautomático do tipo “Kardex” para preparação das cassetes de distribuição em dose unitária pode reduzir os erros de preparação das mesmas e diminuir do tempo destinado a esta tarefa. O preço deste tipo de equipamento depende da estrutura do local onde se pretende implementar.

A encomenda de produtos consoante as necessidades pode levar ao esquecimento de pedidos ou a encomendas de produtos errados. Contudo, a atribuição de um ponto de

encomenda fixo pode levar ao desperdício devido a prazos de validade expirados por não serem consideradas questões como a sazonalidade e ao aumento do capital parado.

Caraterização das Situações de Risco

Com o intuito de conhecer melhor as situações de risco estudou-se a sua relação com o local onde foram estudadas, com as pessoas afetadas e com o *Índice de risco*.

No gráfico da Figura 8 é apresentada a relação entre a quantidade de situações de risco e o local em que foram identificadas.

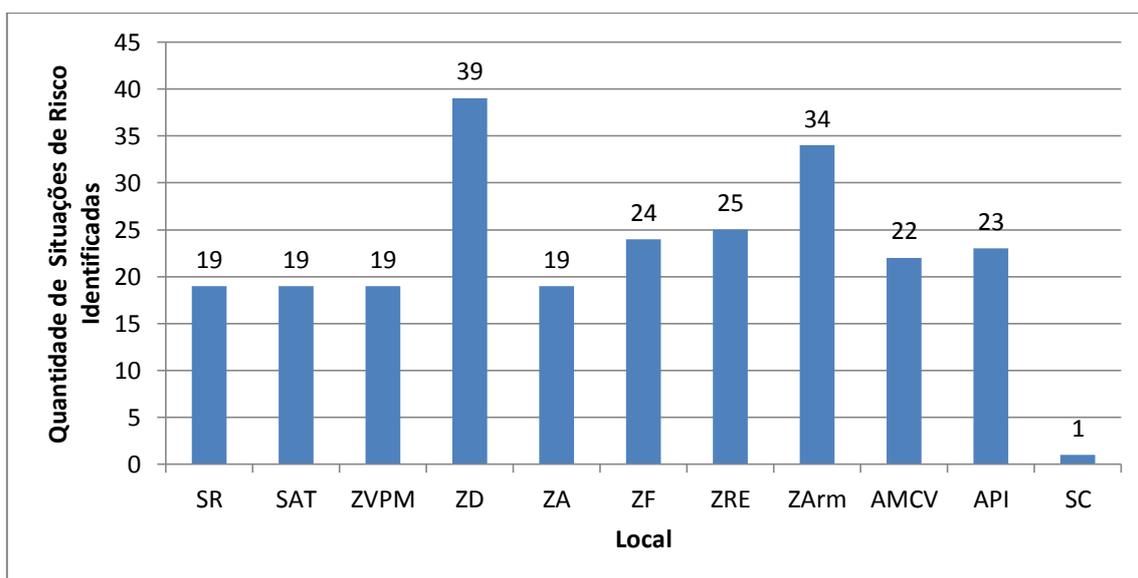


Figura 8 – Gráfico representativo da relação entre a quantidade de situações de risco e o local em que foram identificados.

De acordo com os dados reportados, a zona de distribuição (ZD) é o local em que foram identificadas mais situações de risco, com 39 situações identificadas. Note-se que foi identificada uma situação de risco que, embora ocorra nos SC, põe em risco a segurança dos profissionais dos SF.

No gráfico da Figura 9 é apresentada a relação entre a quantidade de situações de risco identificadas e as pessoas afetadas.

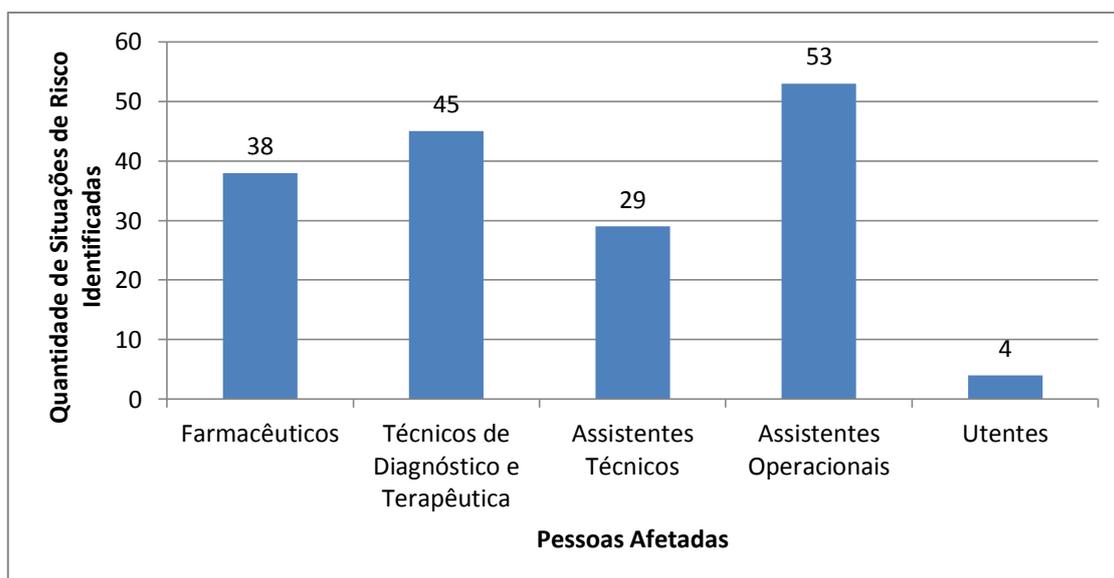


Figura 9 – Gráfico representativo da relação entre a quantidade de situações de risco identificadas e as pessoas afetadas.

Analisando o gráfico da Figura 9 pode constatar-se que apenas 4 das situações de risco identificadas afetam ou podem afetar os utentes. Contudo, são muitas as situações que afetam as diferentes categorias de profissionais, podendo as consequências destas situações alterar o seu ritmo de trabalho ou mesmo provocar lesões. Todas as situações que podem afetar os utentes apresentam um *Índice de risco* superior a 3, ou seja, são situações consideradas aceitáveis.

No gráfico da Figura 10 encontra-se a relação entre a quantidade de situações de risco identificadas e o *Índice de risco*.

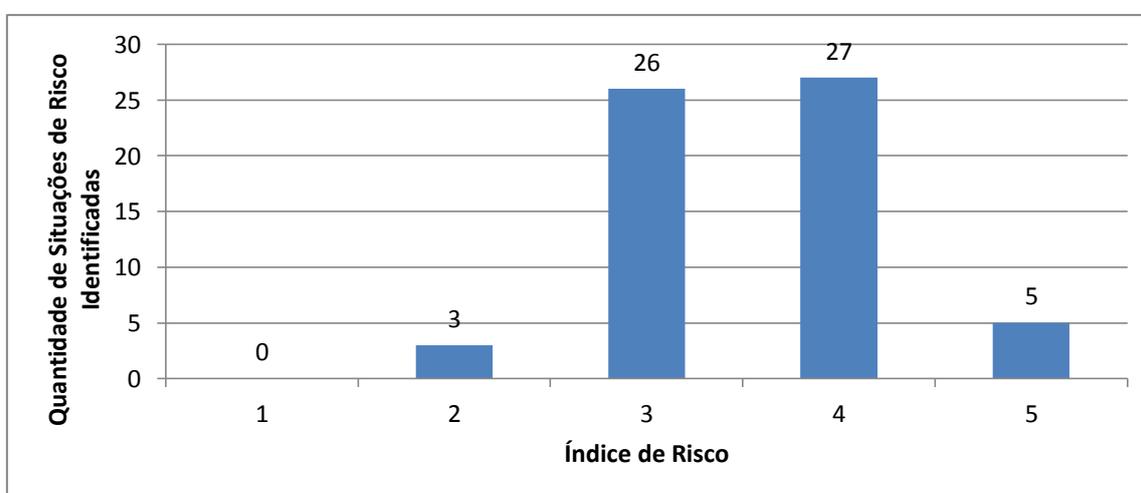


Figura 10 – Gráfico representativo da relação entre a quantidade de situações de risco identificadas e o *Índice de risco*.

Considerando a avaliação de risco efetuada pode constatar-se que a maioria dos riscos identificados neste departamento traduz situações aceitáveis (*Índice de risco* 3), bastante aceitáveis (*Índice de risco* 4) e ótimas (*Índice de risco* 5). Mais se verifica que não existe qualquer situação de caráter urgente (*Índice de risco* 1) e que aproximadamente 5% das situações possuem caráter crítico (*Índice de risco* 2), que requerem a implementação premente de medidas corretivas.

Desta forma, deve priorizar-se a implementação de medidas corretivas para as situações que apresentem um *Índice de risco* mais baixo, ou seja, devem tentar resolver-se em primeiro lugar as situações com *Índice de risco* 2, seguindo-se as de *Índice de risco* 3 e assim sucessivamente. Não obstante o índice de risco, existem medidas que permitem corrigir situações que não cumprem a legislação em vigor e que devem ser postas em prática o mais rapidamente possível.

4.3.2. Avaliação dos Riscos Associados aos Eventos Adversos Ocorridos

a) Eventos Adversos Decorrentes da Atividade nos SF

Os dados analisados foram recolhidos entre o dia 24 de fevereiro de 2014 e o dia 23 de julho de 2014 por preenchimento de Folhas de Registo de Eventos Adversos (Anexo III) por parte dos profissionais dos SF. A leitura destes dados deve ser cuidadosa pois estes representam a quantidade de eventos registados, que pode divergir da quantidade de eventos efetivamente ocorridos. Os dados sugerem boa adesão por parte dos profissionais ao reporte dos eventos adversos ocorridos. Perante a aceitação do reporte por parte dos profissionais de saúde, foi discutida a possibilidade de se realizar o registo digital em detrimento do registo em papel dos eventos adversos. Os profissionais não acharam conveniente esta alteração uma vez que as folhas de registo estão próximas dos locais de deteção dos erros e os computadores poderão não estar.

Durante o período em estudo (104 dias úteis, 22 semanas) foram registados 248 eventos adversos, isto é, em média foram registados cerca de 2 eventos por dia. No gráfico da Figura 11 é apresentada a evolução da quantidade de eventos adversos registados, durante as semanas observadas.

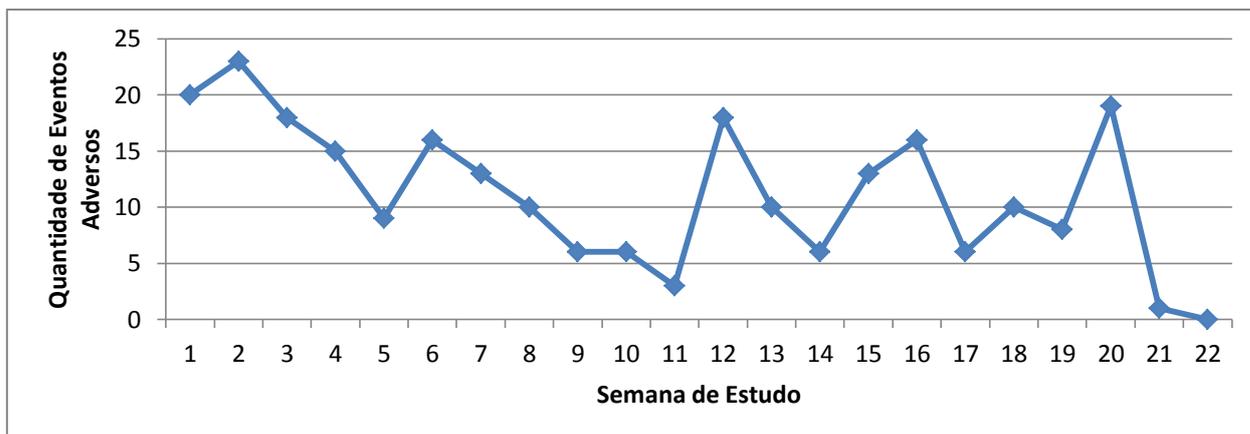


Figura 11 – Gráfico representativo da Evolução da quantidade de eventos adversos registados.

É possível constatar-se que o número de eventos adversos registados variou consideravelmente sendo que o valor semanal de registos varia entre 0 e 23. De uma forma geral, as semanas em que há menor registo de eventos adversos (semanas 9, 10, 11, 14, 17, 20 e 21) correspondem a períodos em que alguns profissionais se encontram ausentes por motivo de férias. Assim, pensa-se que o volume de trabalho acrescido para os profissionais que se encontram em funções pode diminuir o tempo disponível para o reporte de eventos adversos.

A análise dos eventos adversos, está obviamente condicionada pelo registo dos mesmos, mas a aparente aceitação dos profissionais, a ausência de reportes informais e a periodicidade do reporte, com exceção do período de férias dos profissionais, permitem-nos ter expectativa que a maioria dos eventos adversos foram reportados.

Na Figura 12 é apresentado o gráfico da distribuição das declarações de eventos adversos registados por dias da semana. Admitindo que o número de eventos não deverá ter de facto grande variação durante a semana, hiposteniza-se que atividades específicas realizadas em cada dia da semana afetam a declaração de eventos adversos. Os dados sugerem tendência para menos reporte de eventos adversos à quinta e sexta.

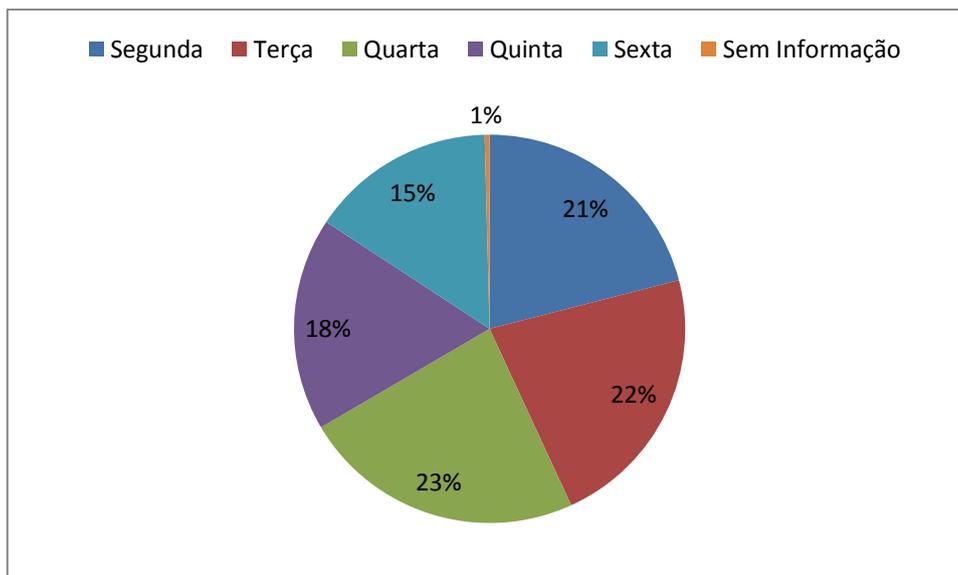


Figura 12 - Gráfico da percentagem (%) de eventos adversos registados em função dos dias da semana em que ocorreram.

A realização do teste de *Kruskal – Wallis*, permitiu verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas relativamente ao número de eventos adversos reportados nos diferentes dias da semana ($p > 0,05$), pelo que não se pode rejeitar a hipótese nula de que a probabilidade de um evento adverso ocorrer é igual para todos os dias da semana.

O gráfico da Figura 13 apresenta o tipo e a quantidade de eventos adversos ocorridos, segundo as opções presentes na Folha de Registo de Eventos Adversos (Anexo III).

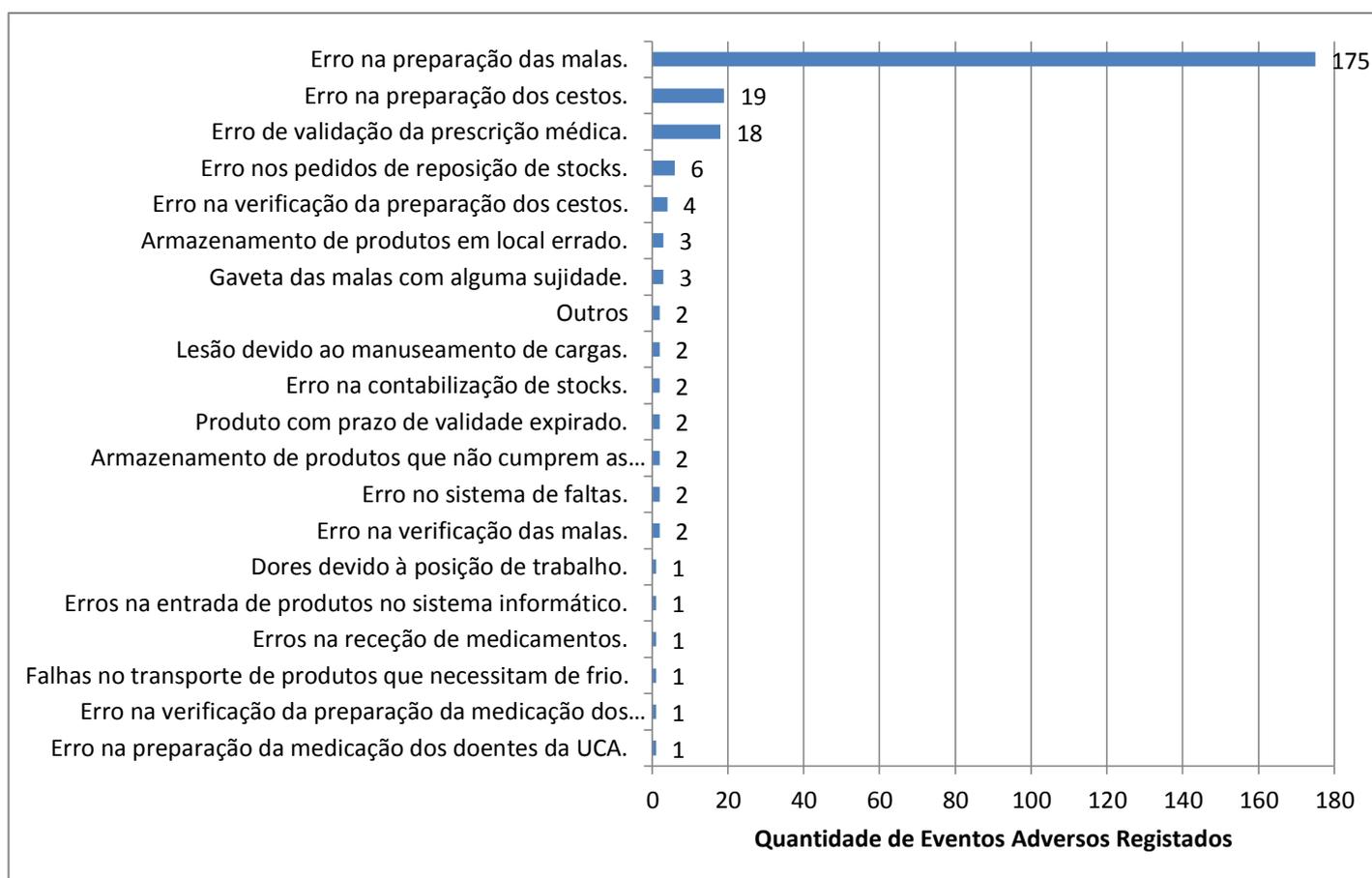


Figura 13 – Gráfico da quantidade de eventos adversos registados em função do tipo de evento.

A análise do gráfico presente na Figura 13 permite constatar que foram registados 20 tipos de eventos adversos diferentes, sendo que os dois eventos registados na categoria *Outros* dizem respeito a um erro na devolução da medicação de dose unitária e a um erro no registo de entradas e saídas de estupefacientes na ficha de prateleira.

O evento adverso mais frequente, com grande diferença, é o erro na preparação das malas (cassetes de distribuição em dose unitária; 175). De facto, como o gráfico ilustra 70,6 % dos eventos reportados referem-se a estas ocorrências. Esta concentração de (declaração) eventos adversos neste procedimento sugere que grande parte do esforço deve ser posto no melhoramento deste. Segue-se a (declaração) de erros na preparação dos cestos de distribuição clássica (7,7 %) e o erro na validação da prescrição médica (7,3 %).

Considerando que em média são realizadas 2 validações por dia por cada cama em cada SC com DDDU, são realizadas semanalmente aproximadamente 1484 validações e, conseqüentemente o mesmo número de preparações de gavetas de cassetes de distribuição unitária. Desta forma, estima-se que no período em estudo foram validadas e preparadas

154336 gavetas de cassetes de distribuição em dose unitária. Sabe-se também que no período de estudo foram preparados 856 cestos para distribuição clássica.

Desta forma, a taxa de erro associada à preparação de cassetes de distribuição em dose unitária é de 0,11 %, a taxa de erro associada à validação da prescrição médica é de 0,01 % e a taxa de erro associada à preparação dos cestos é de 0,01 %. Conclui-se então que as taxas de erro associadas aos três eventos adversos mais frequentes são muito baixas, encontrando-se abaixo de 1 %.

Na Figura 14 é apresentado o gráfico da quantidade de eventos adversos registados por gravidade das consequências.

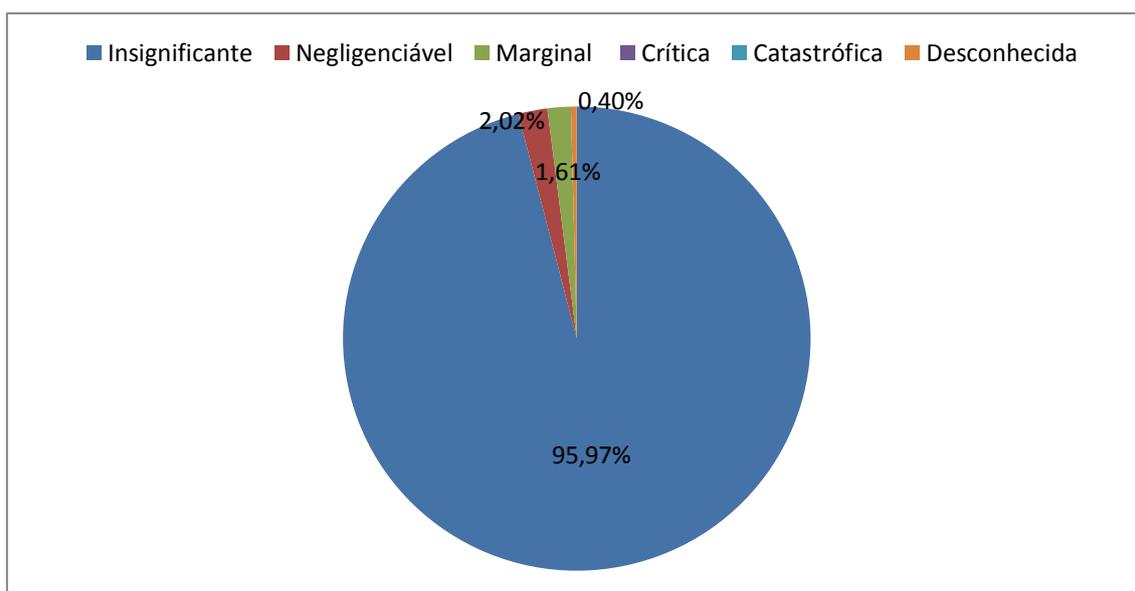


Figura 14 – Gráfico da relação entre a percentagem (%) de eventos adversos registados e a gravidade das consequências.

A larga maioria dos eventos adversos registados (95,97 %) resultou em consequências insignificantes. Não ocorreram eventos adversos cujas consequências fossem críticas ou catastróficas.

Importa também compreender a participação dos profissionais na declaração de eventos adversos. O gráfico da Figura 15 faz referência à percentagem de eventos adversos reportados por categoria profissional.

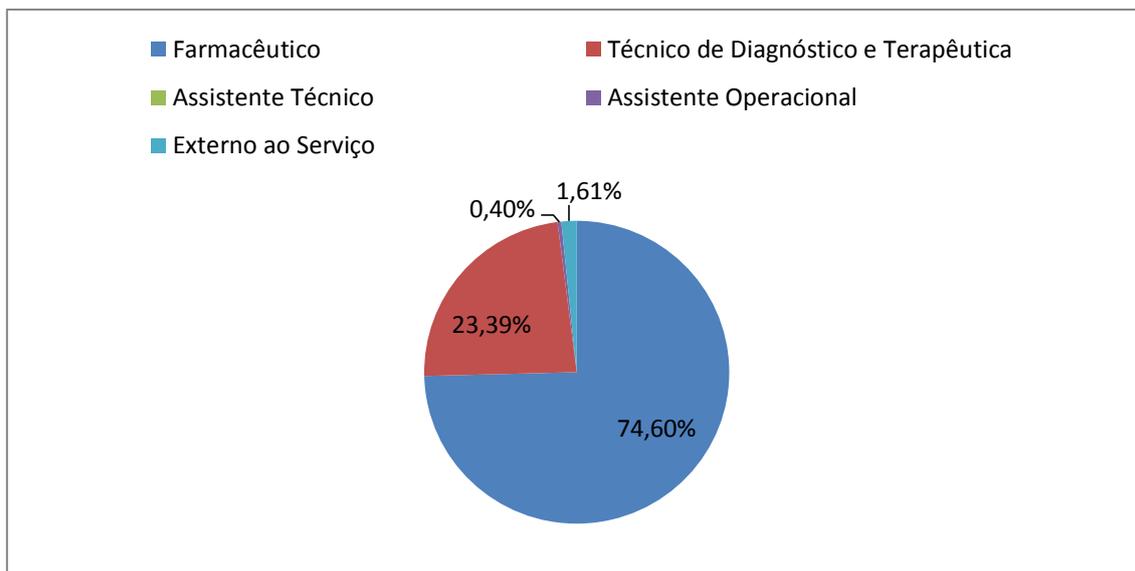


Figura 15 – Gráfico da percentagem (%) de eventos adversos reportados por categoria profissional.

A maioria (74,6 %) dos eventos adversos foi reportada por farmacêuticos, seguindo-se o reporte dos TDT (23,4 %). A maior frequência no reporte pelos profissionais destas duas categorias encontra-se de acordo com o esperado pois estes profissionais são responsáveis por etapas de verificação (verificação da preparação de cassetes de distribuição em dose unitária e verificação da preparação dos cestos de distribuição clássica), detectando a maior parte das falhas. Note-se que apenas 1,6 % dos eventos adversos foram detetados por profissionais externos aos SF.

O gráfico da Figura 16 apresenta a relação entre a percentagem de eventos adversos e fatores contribuintes.

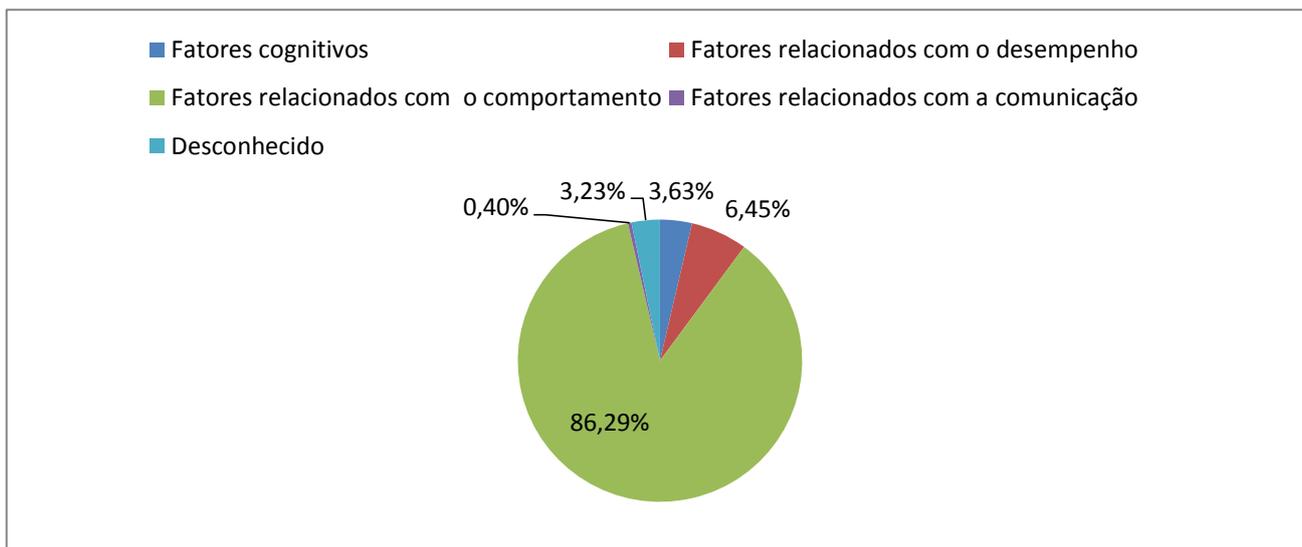


Figura 16 – Gráfico da percentagem (%) de eventos adversos por fator contribuinte.

A maioria (86,3 %) dos eventos adversos apresenta como fatores contribuintes os relacionados com o comportamento (distração, esquecimento, fadiga, excesso de confiança, etc.). Foram registados 16 eventos adversos (6,5 %) cujos fatores contribuintes foram os relacionados com o desempenho, 9 eventos adversos (3,6 %) apresentam fatores cognitivos como fator contribuinte e 1 evento adverso (0,4 %) apresenta como fatores contribuintes os relacionados com a comunicação. Para os eventos que resultaram em lesões para os profissionais (Tabela 16) não foram apresentados fatores contribuintes e em 5 eventos adversos não foram indicados fatores contribuintes, talvez por esquecimento do preenchimento do campo respetivo por parte dos profissionais.

Na Tabela 16 são apresentados os resultados relativos aos eventos adversos que afetaram pessoas.

Tabela 16 – Eventos adversos que causaram danos a pessoas

Pessoa Afetada	Evento Adverso	Gravidade das Consequências
Profissional	Lesão devido ao manuseamento de cargas	Marginal
Profissional	Lesão devido ao manuseamento de cargas	Negligenciável
Profissional	Lesão devido à posição de trabalho	Negligenciável
Profissional Externo aos SF	Erro na preparação das malas	Negligenciável

Durante o período observado, foram reportados apenas 4 eventos adversos que causaram dano a pessoas. Três dos eventos causaram danos aos profissionais dos SF e estão

relacionados com as condições de trabalho. Um dos eventos alterou o fluxo de trabalho de um enfermeiro num SC. Não foi reportado nenhum dano em utentes.

Os eventos adversos ocorridos nos SF representam riscos para os utentes, para os profissionais e mesmo para o normal funcionamento dos SC e SF. A avaliação dos riscos para os eventos adversos registados nos SF é apresentada na Tabela 17.

Tabela 17 – Avaliação dos riscos para os eventos adversos registados

Evento Adverso	Avaliação					Medidas Corretivas Implementadas	Medidas Corretivas a Implementar (Recomendadas)
	F	S	Ps	N	R		
Erro na preparação das malas.	1	4	5	4	3	Verificação após preparação das malas.	Instalação de um armário semiautomático do tipo "Kardex".
Erro na preparação dos cestos.	2	4	5	4	4	Verificação após preparação dos cestos.	
Erro de validação da prescrição médica.	2	4	2	4	3		Integração de um farmacêutico na equipa dos SF: divisão dos SC pelos 3 farmacêuticos e verificação da validação rotativa.
Erro nos pedidos de reposição de <i>stocks</i>	3	5	5	4	5	Verificação da preparação dos pedidos de reposição de <i>stock</i> .	
Erro na verificação da preparação dos cestos.	3	4	3	4	4	Verificação por parte dos SC (com baixa adesão).	Envio de relatório aos SC com resultados do estudo de verificação.
Armazenamento de produtos em local errado.	4	5	3	5	5		Inspeções aleatórias às gavetas de armazenamento.
Gaveta das malas com alguma sujidade.	4	5	5	4	5	Limpeza e desinfecção das malas, sempre que entram nos SF.	
Erro no registo de entradas e saídas de estupefacientes.	4	4	5	5	5	Registo em sistema informático e ficha de prateleira.	
Erro na devolução de medicação em dose unitária.	4	4	5	5	5		
Lesão devido ao manuseamento de cargas.	4	4	3	4	4		Evitar colocação de cargas em altura, sempre que possível.
Erro na contabilização de <i>stocks</i> (diferença entre existências físicas e em sistema informático).	4	5	5	4	5	Contabilização de alguns produtos mais frequentemente.	
Produto com prazo de validade expirado.	4	5	5	5	5	Controlo de prazos de validade informaticamente.	
Armazenamento de produtos que não cumprem as condições exigidas.	4	4	3	5	4		Inspeções aleatórias às gavetas de armazenamento.
Erro no sistema de faltas.	4	5	2	4	4		Informatização do sistema de faltas.
Erro na verificação das malas.	4	4	4	5	5	Verificação da medicação a administrar por parte do enfermeiro.	
Dores devido à posição de trabalho.	4	4	3	3	4		Instalação de um elemento em aço inoxidável mais alto na bancada de trabalho da farmacotecnia.
Erros na entrada de produtos no sistema informático.	4	4	5	4	5		
Erros na receção de medicamentos.	4	4	5	5	5		
Falhas no transporte de produtos que necessitam de frio.	4	5	4	5	5		Colocação de um aviso nos cestos de distribuição clássica com a palavra "Frigorífico" e colocação de uma cartolina com o nome do SC no frigorífico (Anexo VI, Figura 53 e 54).
Erro na preparação da medicação dos doentes da UCA.	4	5	5	5	5	Verificação da medicação após preparação.	
Erro na verificação da preparação da medicação dos doentes da UCA.	4	4	5	5	5	Verificação da medicação preparada pelos enfermeiros da UCA.	

Analisando a Tabela 17 verifica-se que não existem eventos adversos que traduzam situações urgentes (*Índice de risco 1*) ou críticas (*Índice de risco 2*), pelo que todos os eventos registados exprimem situações aceitáveis (*Índice de risco 3*), bastante aceitáveis (*índice de risco 4*) e ótimas (*Índice de risco 5*). A implementação de medidas é prioritária para as situações com *Índice de risco 3*, seguindo-se as situações com *Índice de risco 4* e, por último, as situações com *Índice de risco 5*.

Relativamente ao levantamento de custos das medidas propostas verifica-se que a instalação de um armário semiautomático e a integração de um novo farmacêutico na equipa são as medidas mais dispendiosas. Estima-se que a instalação de um elemento em aço inoxidável na bancada da zona de farmacotecnia possa custar 25 €. As restantes medidas propostas não apresentam custos ou apresentam custos muito reduzidos.

Como se pode verificar existem medidas que são recomendadas quer para as situações identificadas a partir das listas de verificação quer para as situações originadas nos eventos ocorridos.

b) Eventos Adversos Relacionados com a Dispensa de Medicamentos de Ambulatório

Os dados analisados foram recolhidos entre o dia 24 de fevereiro de 2014 e o dia 23 de julho de 2014 por preenchimento de Folhas de Registo de Não Conformidades na Satisfação de Receitas de Ambulatório (Anexo IV). Estes dados estão relacionados com não conformidades neste tipo de distribuição devido a falhas de profissionais externos aos SF, mas que afetam a sua reputação e a reputação da organização.

A distribuição a doentes de ambulatório inclui a dispensa de *Desogestrel* às puérperas do CHPVVC e a dispensa de medicamentos biológicos a doentes externos.

Na Tabela 18 são apresentados os dados relativos à caracterização das não conformidades registadas na distribuição a doentes de ambulatório. Foram registadas 4 não conformidades, num total de 199 dispensas, isto é 2 % das dispensas, todas relacionadas com a dispensa de *desogestrel* às puérperas. Pode também verificar-se, tal como era esperado, que as não conformidades foram detetadas por farmacêuticos (50 %) e TDT (50 %) e que a causa de todas as não conformidades foi a falta de prescrição médica. Em relação à reação dos utentes, conclui-se que em todos os casos não houve manifestação de desagrado por parte dos mesmos.

Tabela 18 – Caracterização das não conformidades registadas na distribuição a doentes de ambulatório

Tipos de Não Conformidades	Não conformidades na dispensa de <i>Desogestrel</i> às puérperas	4
	Não conformidades na dispensa de medicamentos biológicos	0
Quem detetou?	Farmacêuticos	2
	Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica	2
	Assistentes Operacionais	0
	Assistentes Técnicas	0
	Outros	0
Causas	Falta de Prescrição	4
	Prescrição incompleta	0
Reação do Utente	O utente não manifestou desagrado	4
	O utente manifestou desagrado	0
	O utente fez uma reclamação verbal	0
	O utente fez uma reclamação escrita	0
Dias da semana	Segunda-feira	2
	Terça-feira	1
	Quarta-feira	1
	Quinta-feira	0
	Sexta-feira	0

Capítulo 5

Elaboração do Manual
da Qualidade

5. Elaboração do Manual da Qualidade

5.1. Enquadramento e Objetivos

A elaboração do Manual da Qualidade dos Serviços Farmacêuticos surge no âmbito do Plano de Atividades da Comissão da Qualidade e Segurança do Doente 2013/2016 (Comissão da Qualidade e Segurança do Doente, 2013). Este manual contém orientações que permitem organizar as atividades realizadas nos SF e tem como principais objetivos descrever a política da qualidade e estrutura organizativa dos SF, estabelecer e formalizar regras de funcionamento do serviço e dotar os profissionais de um instrumento de trabalho para apoiar o desempenho das suas funções e apoiar a integração de novos profissionais. O Manual da Qualidade dos Serviços Farmacêuticos foi aprovado pelo CA.

5.2. Procedimentos Metodológicos

Para a construção deste manual foram consultados vários manuais da qualidade de outras instituições com o intuito de conhecer os seus conteúdos e a sua organização estrutural.

O Manual da Qualidade dos Serviços Farmacêuticos foi realizado em co-autoria com as farmacêuticas dos SF (Dra. Rosa Pontes, Dra. Olinda Melo e Dra. Irene Coelho) com base no Manual da Qualidade para Admissão e Atendimento de Clientes da UCA (Unidade de Cirurgia de Ambulatório, sem data), por orientação da CQSD.

Este manual baseia-se numa abordagem por processos e recorre à utilização do Ciclo PDCA e da Tartaruga de Crosby para facilitar a compreensão dos processos e procedimentos implementados nos SF.

5.3. Análise e Discussão de Resultados

O Manual da Qualidade dos Serviços Farmacêuticos (Anexo VII) encontra-se dividido em três partes: Parte I – Manual da Qualidade dos Serviços Farmacêuticos, Parte II – Manual de Procedimentos e Instruções de Trabalho e Parte III – Anexos.

A Parte I é organizada em quatro capítulos: Capítulo 1: Regras de Gestão do Manual, Capítulo 2: Apresentação da Instituição, Capítulo 3: Política e Objetivos da Qualidade e Capítulo 4: Descrição dos Processos. No primeiro capítulo encontram-se algumas informações relevantes sobre o documento como os objetivos, a descrição da estrutura, a autoria, as regras de emissão, a lista de detentores e o historial de versões. No Capítulo 2 encontra-se uma descrição da instituição, nomeadamente o seu percurso histórico, a área de influência e a sua caracterização física. Para além disto, é também apresentada uma descrição dos SF, incluindo um

organograma do serviço e fluxogramas relativos às atividades realizadas. No terceiro capítulo é abordada a política da qualidade do CHPVC, EPE e no quarto capítulo é apresentada uma lista dos processos e para cada um deles foi construída uma Tartaruga de Crosby, tendo por base o Ciclo PDCA.

A Parte II é dividida em três subpartes, correspondentes a três tipos de processos: Processos de Gestão (PG) (Anexo VII, Tabela 35), Processos Operacionais (PO) (Anexo VII, Tabela 36) e Processos de Suporte (PS) (Anexo VII, Tabela 37). Os processos de gestão têm como objetivo a regulamentação dos outros processos. Por outro lado, os processos operacionais descrevem as atividades realizadas e os processos de suporte descrevem as atividades de apoio. Cada processo é constituído por um conjunto de procedimentos (Proc), que descrevem regras e informações necessárias ao desenvolvimento das atividades e que padronizam essas atividades. Os procedimentos podem conter instruções de trabalho (IT), listas de passos necessários para a conclusão de uma atividade.

A Parte III integra os anexos do manual, nomeadamente documentos de registo das atividades efetuadas.

Capítulo 6

Avaliação de Desempenho dos
Serviços Farmacêuticos

6. Avaliação do Desempenho dos Serviços Farmacêuticos

6.1. Enquadramento e Objetivos

Da elaboração do Manual da Qualidade dos Serviços Farmacêuticos surgiu a necessidade de proceder à avaliação do desempenho conforme o PG3 – Proc6 – Monitorização Qualitativa e Quantitativa do Desempenho (Anexo VII, Tabela 35). A avaliação do desempenho tem como objetivo a produção de indicadores de qualidade e a perceção do grau de satisfação dos clientes com os serviços prestados.

6.2. Procedimentos Metodológicos

Para a recolha de dados para a avaliação de desempenho dos SF procedeu-se a um registo da verificação da conformidade dos pedidos de distribuição clássica e de estupefacientes satisfeitos pelos SF e à realização de inquéritos de satisfação aos seus clientes.

O registo da verificação da conformidade dos pedidos foi realizado pelos AO dos SF, em folha de registo própria (Anexos VIII e IX), após a entrega dos pedidos nos SC da Unidade da Póvoa de Varzim. Note-se que no caso dos pedidos de estupefacientes apenas foram alvo de registo os pedidos entregues pelos AO nos SC, não sendo registada a verificação dos pedidos que os profissionais das diversas especialidades foram levantar aos SF.

Relativamente aos inquéritos de satisfação, foram elaborados dois diferentes: um para os clientes internos (Anexo X) e outro para os clientes externos (Anexo XI), tendo em conta as diferenças entre os motivos de contacto destes com os SF. São considerados clientes internos todos os profissionais do CHPVC,EPE e clientes externos os utentes abrangidos por legislação da DGS. Os inquéritos foram elaborados com base nas dimensões da qualidade para a prestação de serviços e o grau de satisfação é mensurável numa escala de enumeração gráfica de 5 atributos. A escala de *Likert*, presente na Tabela 19, varia entre 1 e 5, sendo que 1 significa não satisfeito e 5 significa totalmente satisfeito.

Tabela 19 – Atributos da escala de medida do grau de satisfação

	Atributo	Significado
Grau de Satisfação	1	Não satisfeito
	2	Pouco satisfeito
	3	Satisfeito
	4	Muito satisfeito
	5	Totalmente satisfeito

Para o tratamento dos dados foi utilizado o *Microsoft Office Excel*® e o *SPSS*® (*Statistical Package for the Social Sciences*) da IBM (versão 22.0). Foram realizados testes estatísticos não paramétricos, nomeadamente o teste de *Kruskal – Wallis* e o coeficiente de correlação de *Spearman*.

6.3. Análise e Discussão dos Resultados

6.3.1. Análise da Conformidade dos Pedidos

a) Pedidos de Distribuição Clássica

Os dados foram recolhidos entre o dia 24 de fevereiro de 2014 e o dia 23 de julho de 2014. Durante o período em análise foram preparados e distribuídos pelos SF 856 pedidos de reposição por distribuição clássica para a unidade da Póvoa de Varzim, o que corresponde a um volume médio de 8,23 ($\pm 1,69$) pedidos por dia.

Na Figura 17 é apresentado o gráfico da distribuição dos pedidos de reposição por distribuição clássica durante o período de estudo.

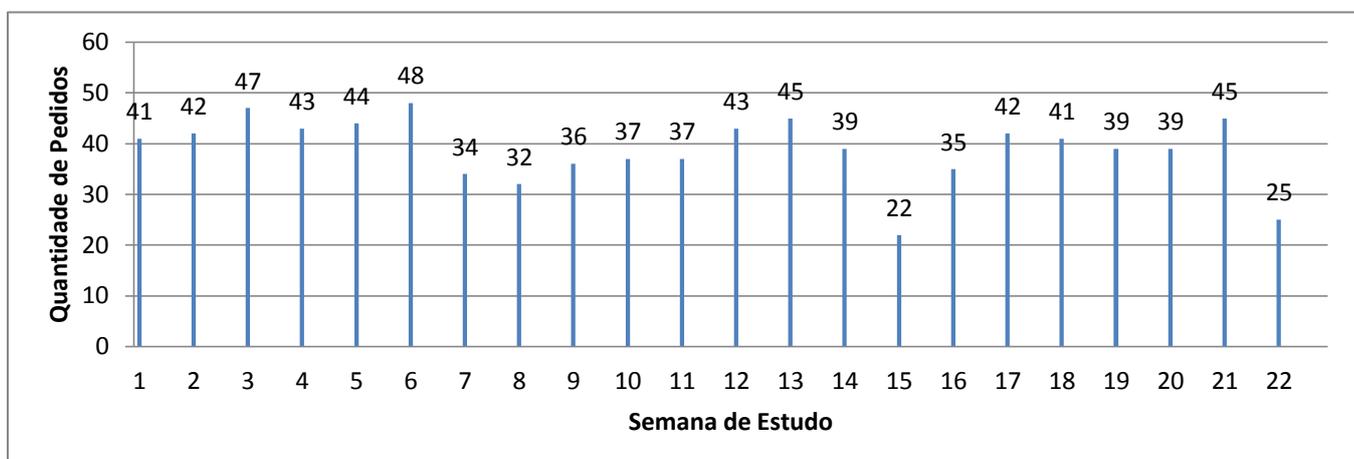


Figura 17 – Gráfico da quantidade de pedidos de distribuição clássica por semana de estudo.

De acordo com a informação reportada, o número de pedidos de distribuição clássica por semana não é uniforme, variando entre 22 e 48. Aplicando o teste de *Kruskal-Wallis* encontra-se a evidência estatística desta constatação uma vez que se rejeita a hipótese nula de que a distribuição de pedidos é a mesma para todas as semanas, havendo diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$).

O gráfico da Figura 18 apresenta a distribuição dos pedidos de reposição por distribuição clássica realizada por cada especialidade/valência da unidade da Póvoa de Varzim.

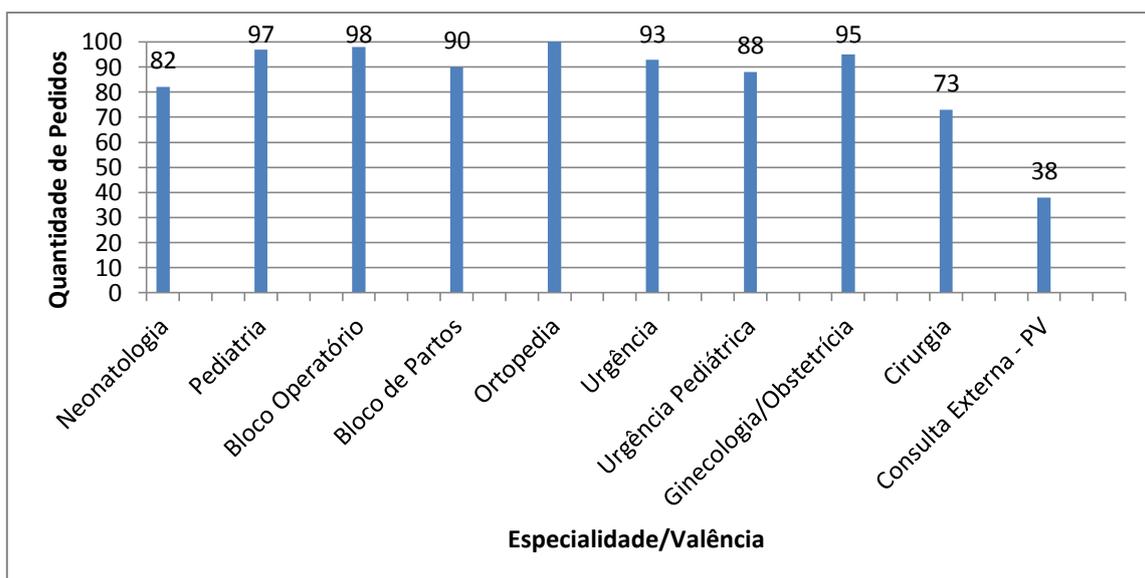


Figura 18 – Gráfico da quantidade de pedidos de reposição por distribuição clássica por especialidade/valência.

Pode constatar-se que há uma grande semelhança entre a quantidade de pedidos efetuados por cada especialidade, sendo exceção o serviço de consulta externa – PV que apresenta uma quantidade de pedidos mais reduzida.

A verificação da qualidade e quantidade dos produtos distribuídos por este sistema é de extrema importância no controlo da medicação que sai dos SF e entra nas diferentes valências. Contudo, os dados sugerem que a maioria (76,2 %) dos pedidos preparados e distribuídos pelos SF por distribuição clássica não foram alvo de qualquer verificação por parte dos profissionais das diferentes especialidades. Nos pedidos verificados, não se registaram incorreções, indicando qualidade no processo de distribuição clássica dos SF.

O gráfico da Figura 19 apresenta os dados dos pedidos não verificados por especialidade/valência.

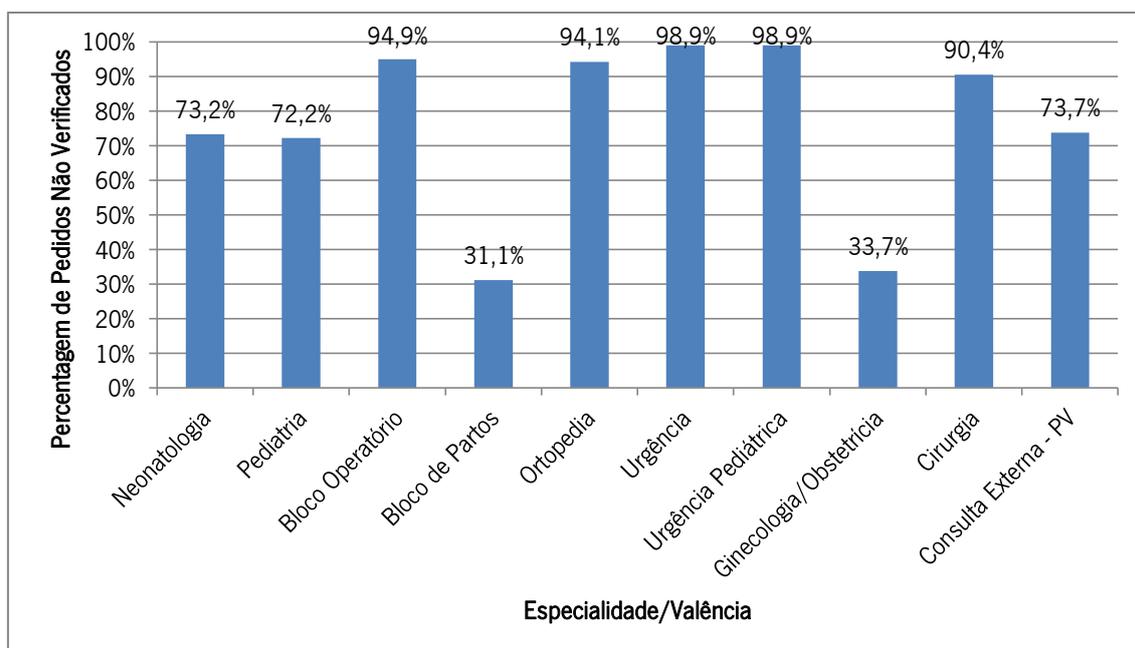


Figura 19 – Gráfico da percentagem (%) de pedidos de distribuição clássica não verificados por especialidade/valência.

A análise do gráfico sugere que o padrão de verificação dos serviços é muito variável. Nos serviços de urgência, urgência pediátrica, bloco operatório, ortopedia e cirurgia a taxa de não verificação encontra-se acima dos 90% sugerindo que a verificação dos pedidos provenientes dos SF é uma prática pouco comum. Seguem-se os serviços de consulta externa – PV (73,7 %), de neonatologia (73,2 %) e de pediatria (72,2 %), com taxas de não verificação superiores a 50%. Apenas os serviços de ginecologia/obstetria (33,7 %) e do bloco de partos (31,1 %) apresentam uma taxa de não verificação abaixo dos 50 %.

Com o objetivo de se encontrarem as eventuais causas para taxas de não verificação tão elevadas foram estudadas as relações entre esta taxa e a quantidade de pedidos efetuados por cada especialidade (Figura 20), entre esta taxa e a quantidade de produtos enviados em cada cesto (Figura 21), entre esta taxa e o número de camas da especialidade (Figura 22), entre esta taxa e número de enfermeiros da especialidade (Figura 23) e entre esta taxa e o rácio de camas por enfermeiro (Figura 24).

O gráfico da Figura 20 relaciona a percentagem de pedidos não verificados com a quantidade de pedidos efetuados por cada especialidade durante o período em estudo.

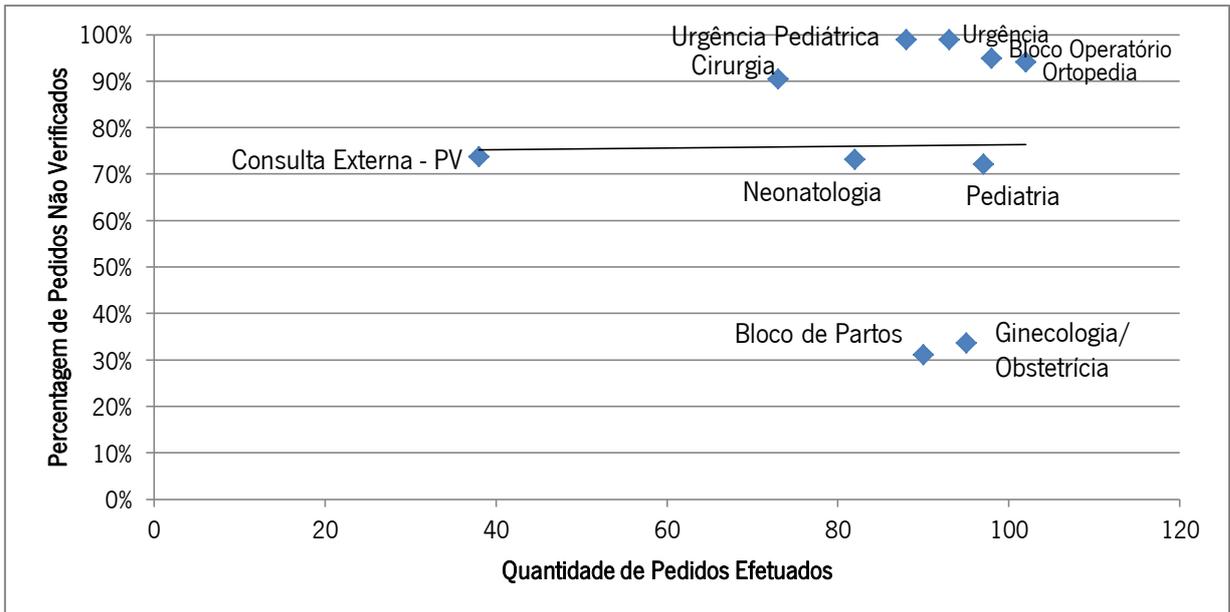


Figura 20 – Gráfico representativo da relação entre a percentagem (%) de pedidos de distribuição clássica não verificados e a quantidade de pedidos efetuados por cada especialidade.

Analisando os dados do Gráfico 14, verifica-se que não há relação entre a percentagem de pedidos não verificados e a quantidade de pedidos efetuados por cada especialidade. O coeficiente de correlação de *Spearman* corrobora a análise efetuada (RHO=0,091 e p>0,05).

O gráfico da Figura 21 relaciona a percentagem de pedidos não verificados com a quantidade de produtos colocados em cada cesto de distribuição clássica com o intuito de perceber se estas variáveis são diretamente proporcionais.

Como a quantidade de produtos colocados em cada cesto de distribuição clássica varia diariamente com as necessidades de cada especialidade, esta variável foi atribuída qualitativamente por recolha da opinião dos TDT que preparam os cestos. Os níveis de classificação utilizados foram *Baixa* (1), *Média* (2) e *Elevada* (3).

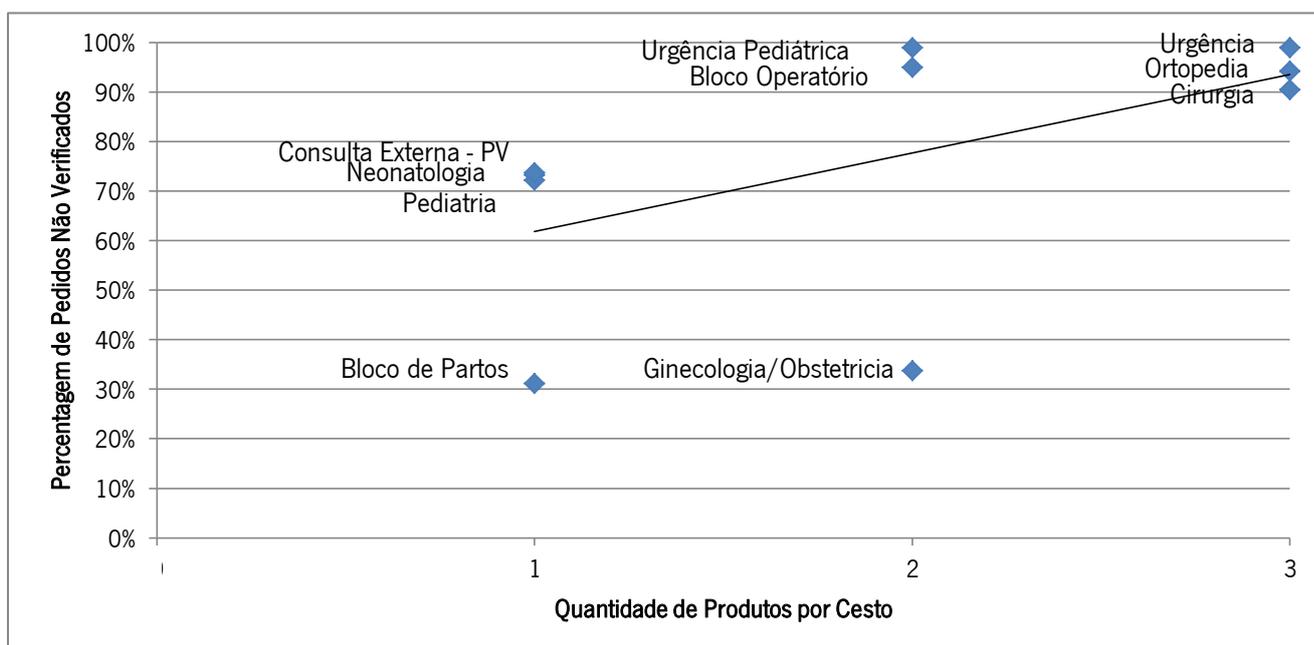


Figura 21 – Gráfico representativo da relação entre a percentagem (%) de pedidos de distribuição clássica não verificados e quantidade de produtos por cesto (1 – Baixa; 2 – Média; 3 – Elevada).

A análise do gráfico sugere que para as três especialidades em que a quantidade de produtos por cesto foi considerada elevada (urgência, ortopedia e cirurgia) as taxas de não verificação são mais elevadas. No entanto, existe muita variação na taxa de verificação quando se consideram as quantidades de produtos baixa ou média, não havendo por isso uma clara relação entre o volume dos produtos e a taxa de não verificação. Considere-se por exemplo a quantidade *Baixa*, é neste grupo que se verificam as menores taxas de não verificação, que no entanto varia entre 31,1 % e 73,7 %. No caso da quantidade *Média* a taxa de não verificação varia entre 33,7 % e 98,9 %. Contudo, o coeficiente de correlação de *Spearman* realizado permite inferir que há uma forte associação entre as variáveis ($RHO=0,655$) e é estatisticamente significativa a níveis convencionais ($p<0,05$).

O gráfico da Figura 22 apresenta a relação entre a quantidade de pedidos não verificados e o número de camas da especialidade. A ideia desta análise é verificar se uma maior taxa de não verificação dos pedidos está diretamente relacionada com o aumento do número de camas existente em cada especialidade/valência. Note-se que para a construção deste gráfico apenas foram consideradas as especialidades de neonatologia, pediatria, ortopedia, ginecologia/obstetria e cirurgia por serem os únicos serviços em que o número de camas se mantém constante.

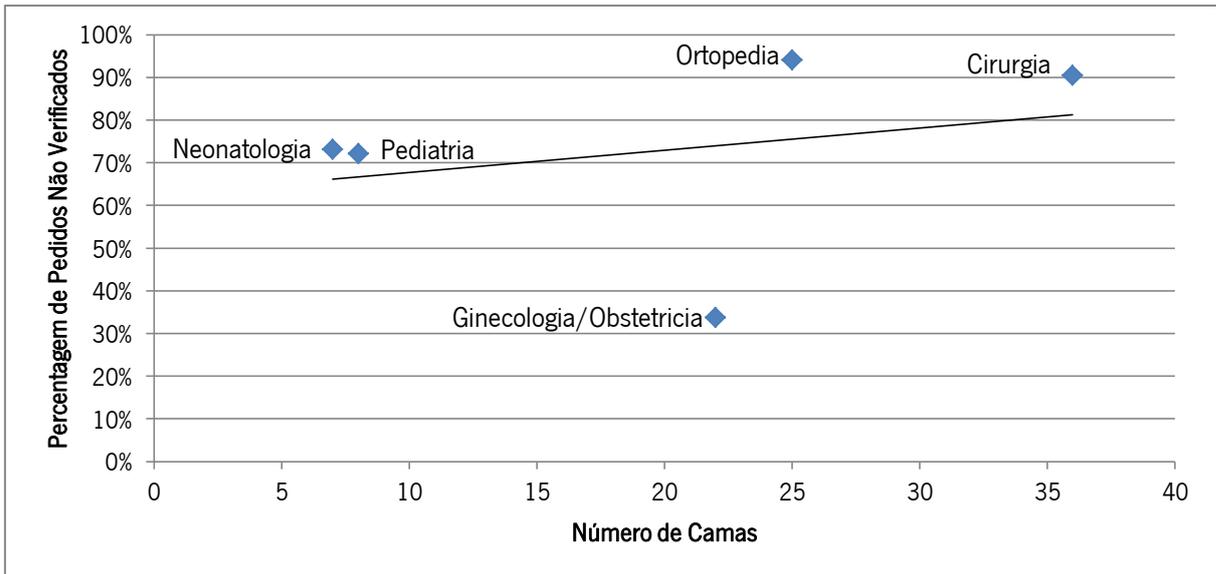


Figura 22 – Gráfico representativo da relação entre a percentagem (%) de pedidos de distribuição clássica não verificados e a quantidade de camas da especialidade/valência.

O gráfico da Figura 22 sugere uma relação positiva entre a quantidade de camas e a taxa de não verificação, existindo no entanto muita variação. Sobressai pela positiva a ginecologia/obstetria. Apesar do indicador de correlação de *Spearman* sugerir associação positiva entre as variáveis ($RHO=0,500$) não é estatisticamente significativa ($p>0,05$).

Na Figura 23 é apresentado o gráfico da relação entre a quantidade de pedidos não verificados e o número de enfermeiros da especialidade por forma a analisar se a taxa de não verificação diminui com o aumento do número de enfermeiros. Note-se que para a construção deste gráfico não foram consideradas as especialidades de neonatologia e bloco de partos para que os dados estejam em concordância com a informação cedida pelo departamento de recursos humanos.

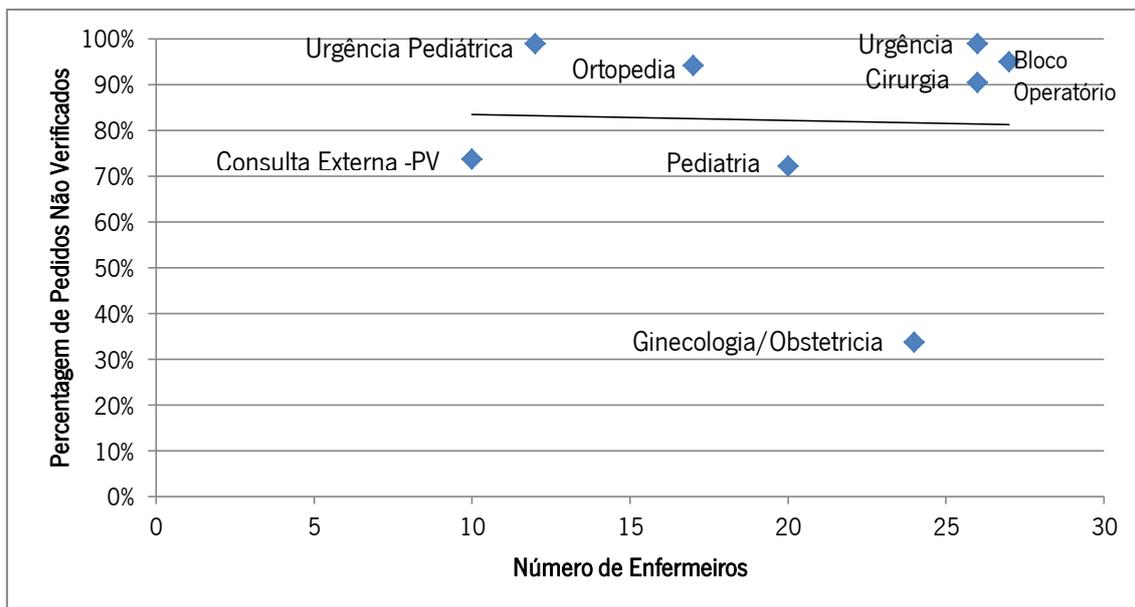


Figura 23 – Gráfico representativo da relação entre a percentagem (%) de pedidos de distribuição clássica não verificados e o número de enfermeiros por especialidade/valência.

Considerando os dados apresentados e o coeficiente de correlação *Spearman* realizado verifica-se que não há uma relação forte ($RHO=0,246$ e $p>0,05$) entre a quantidade de pedidos não verificados e o número de enfermeiros por serviço e não.

A relação entre a percentagem de produtos não verificados e o rácio de camas por enfermeiro é apresentada no gráfico da Figura 24. Note-se que apenas foi possível calcular o rácio de cama por enfermeiro para os serviços de ginecologia/obstetria, pediatria, ortopedia e cirurgia.

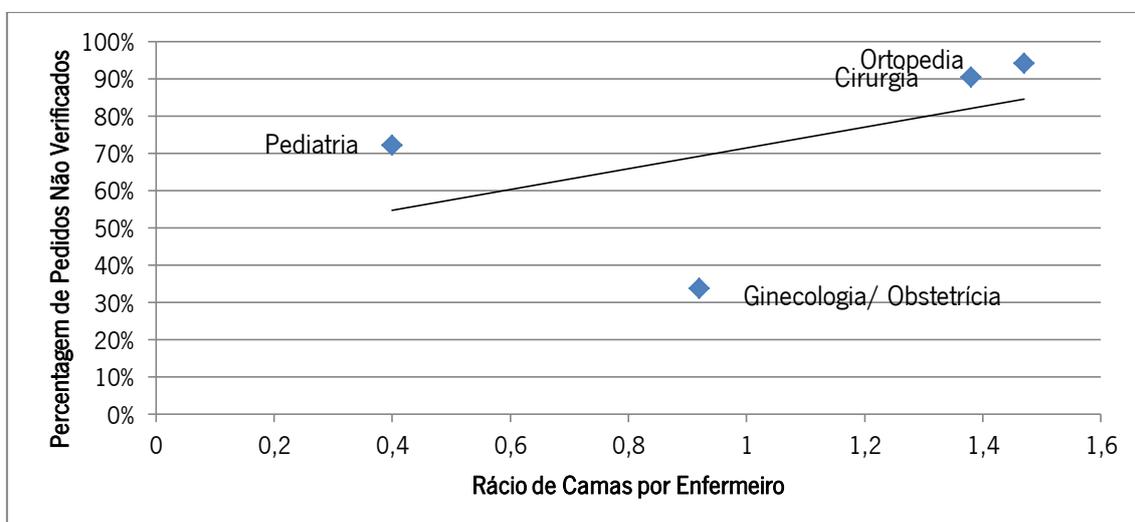


Figura 24 – Gráfico representativo da relação entre a percentagem (%) de pedidos de distribuição clássica não verificados e o rácio de camas por enfermeiro.

Pela análise do gráfico da Figura 24 e pelo coeficiente de correlação de *Spearman* estimado pode constatar-se que há uma associação positiva forte entre a percentagem de pedidos não verificados e o rácio de camas por enfermeiro ($RHO=0,80$) embora não seja estatisticamente significativa ($p>0,05$).

b) Pedidos de Estupefacientes

Os dados foram recolhidos entre o dia 24 de fevereiro de 2014 e o dia 23 de julho de 2014. Durante o período em análise foram satisfeitos e entregues pelos SF 287 pedidos de estupefacientes na Unidade da Póvoa de Varzim, o que corresponde a um volume médio de 2,76 ($\pm 2,05$) pedidos por dia.

O gráfico da Figura 25 apresenta a distribuição dos pedidos de estupefacientes durante as 22 semanas em que decorreu o estudo.

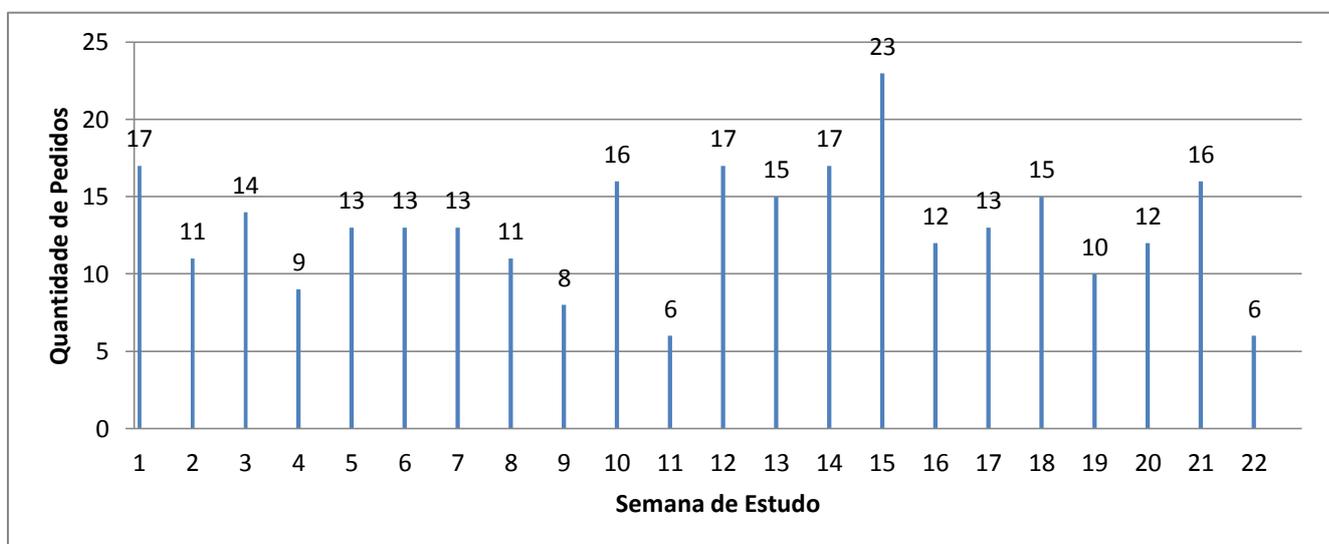


Figura 25 – Gráfico da quantidade de pedidos de estupefacientes por semana de estudo.

Analisando o gráfico é possível constatar que há variação entre a quantidade de pedidos entregues em cada semana de estudo, variando desde 6 até 23. Contudo, após a realização do teste de *Kruskal-Wallis* verifica-se que não é possível rejeitar a hipótese nula de que a distribuição de pedidos de estupefacientes é igual ao longo das semanas em estudo, não existindo diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$).

No gráfico da Figura 26 é apresentada a quantidade de pedidos de estupefacientes realizados por cada especialidade/valência na unidade da Póvoa de Varzim.

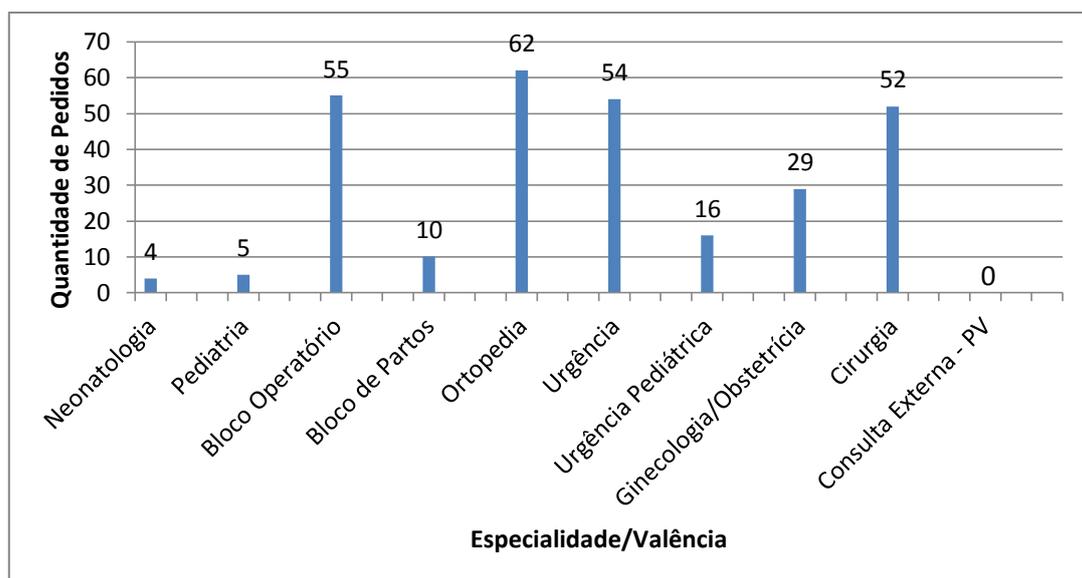


Figura 26 – Gráfico da quantidade de pedidos de estupefacientes por especialidade/valência.

Analisando o gráfico da Figura 26, verifica-se que há uma grande disparidade entre a quantidade de pedidos de estupefacientes efetuados por cada especialidade/valência, variando entre 0 (consulta externa - PV) e 62 (ortopedia). Esta disparidade está relacionada com as diferentes necessidades dos utentes de cada SC.

Uma vez que os estupefacientes provocam estados de intoxicação crónica e dependência física e psíquica quando administrados repetidamente o seu controlo é realizado com elevado rigor (Decreto Regulamentar n.º 61/94, 1994). Por este motivo, a verificação da qualidade e quantidade dos estupefacientes distribuídos às diferentes valências assume especial importância, sendo obrigatória a assinatura do profissional que recebe os estupefacientes conforme o Anexo X da portaria n.º981/1998 e o manual de procedimentos dos SF (INFARMED, 1998; Pontes, et al., sem data).

Os dados recolhidos mostram que a maioria (88,50%) dos pedidos de estupefacientes foi verificada por parte dos profissionais das diferentes especialidades. É ainda possível verificar que nos pedidos verificados não foram detetadas incorreções, indicando qualidade no processo de distribuição de estupefacientes dos SF.

O gráfico da Figura 27 apresenta a quantidade de pedidos de estupefacientes não verificados por especialidade/valência. Note-se que não foi considerada a consulta externa – PV por não ter efetuado qualquer pedido de estupefacientes.

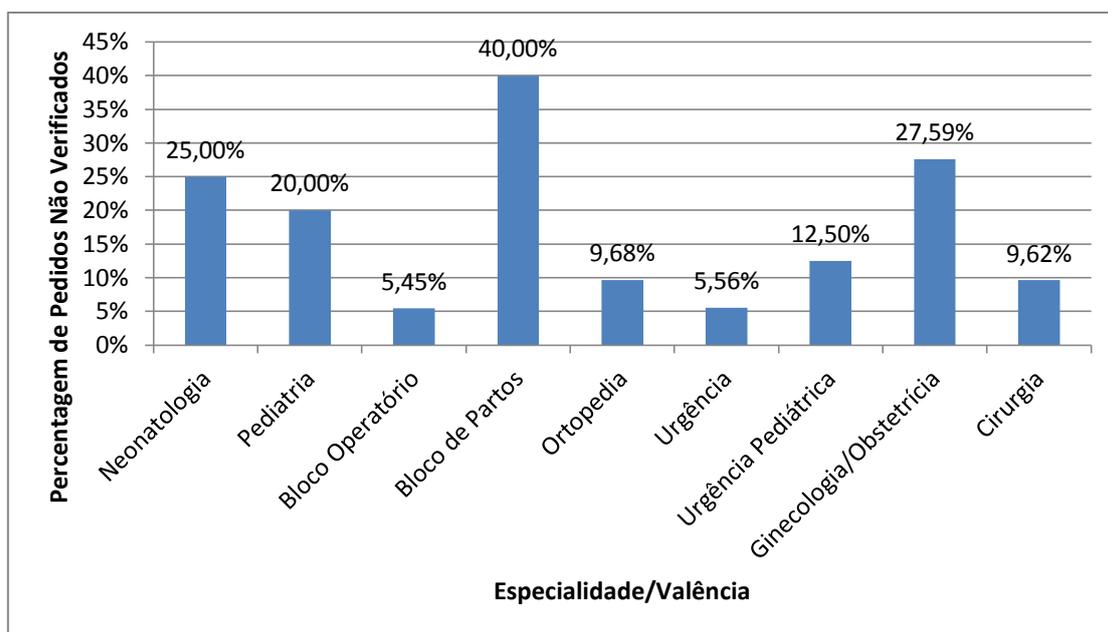


Figura 27 – Gráfico da percentagem (%) de pedidos de estupefacientes não verificados por especialidade/valência.

A análise do gráfico sugere que o padrão de verificação varia conforme a especialidade/valência. É possível constatar que o bloco operatório e a urgência são as valências que apresentam as taxas de não verificação mais baixas (5,45 % e 5,56 %, respetivamente). A análise dos dados permite ainda verificar que a taxa de não verificação se mantém abaixo dos 50 %, sendo que a especialidade com maior taxa de não verificação é o bloco de partos (40 %).

No gráfico da Figura 28 é apresentada a relação entre a percentagem de pedidos de estupefacientes não verificados e a quantidade de pedidos realizada por cada especialidade.

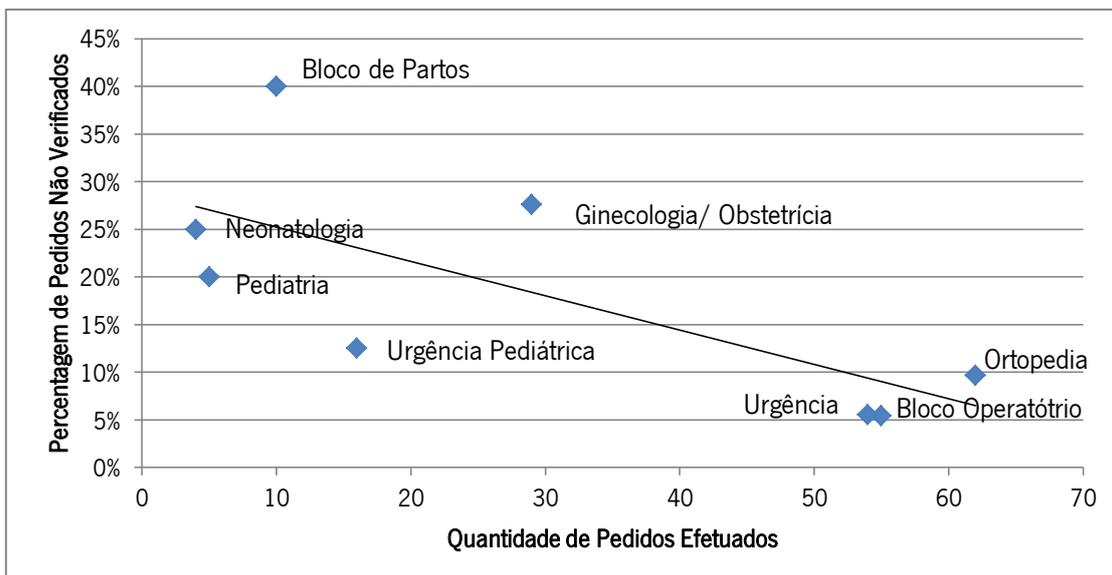


Figura 28 – Gráfico representativo da relação entre a percentagem (%) de pedidos de estupefacientes não verificados e a quantidade de pedidos efetuados.

O gráfico sugere uma relação negativa entre a quantidade de pedidos e a percentagem de pedidos não verificados. Esta evidência é corroborada pelo coeficiente de correlação de *Spearman* ($RHO = -0,717$). A associação é significativa a níveis convencionais ($p < 0,05$).

O gráfico da Figura 29 relaciona a quantidade de pedidos não verificados com a quantidade de estupefacientes por pedido. Como a quantidade de estupefacientes pedidos varia diariamente com as necessidades de cada especialidade, esta variável foi atribuída qualitativamente por recolha da opinião da farmacêutica que satisfaz os pedidos de estupefacientes. Os níveis de classificação utilizados foram *Baixa* (1), *Média* (2) e *Elevada* (3).

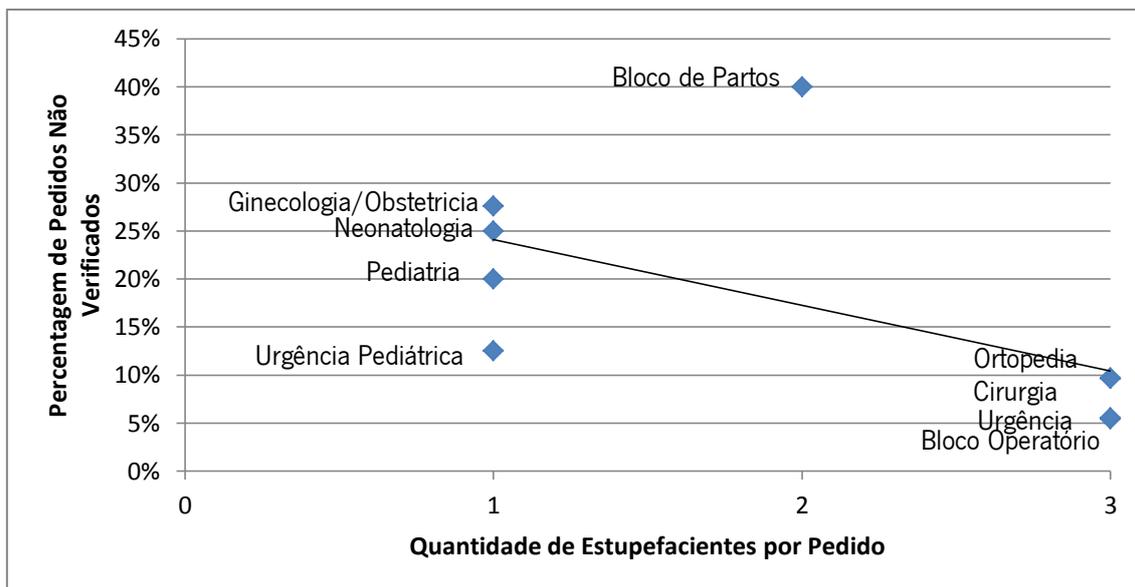


Figura 29 – Gráfico representativo da relação entre a percentagem (%) de pedidos de estupefacientes não verificados e a quantidade de estupefacientes por pedidos.

Pela análise do gráfico da Figura 29 é possível concluir que, ao contrário do que seria de esperar, quanto maior a quantidade de estupefacientes por pedido menor a taxa de não verificação, sendo uma exceção o bloco de partos. O coeficiente de correlação de *Spearman* estimado corrobora a relação negativa ($RHO = -0,730$) e é estatisticamente significativa aos níveis convencionais ($p < 0,05$).

No gráfico da Figura 30 é apresentada a relação entre a quantidade de pedidos não verificados e a quantidade de camas da especialidade por forma a perceber-se se o aumento do número de camas implica um aumento na taxa de não verificação. Note-se que para a construção deste gráfico apenas foram consideradas as especialidades de neonatologia, pediatria, ortopedia, ginecologia/obstetrícia e cirurgia por serem os únicos serviços em que o número de camas se mantém constante.

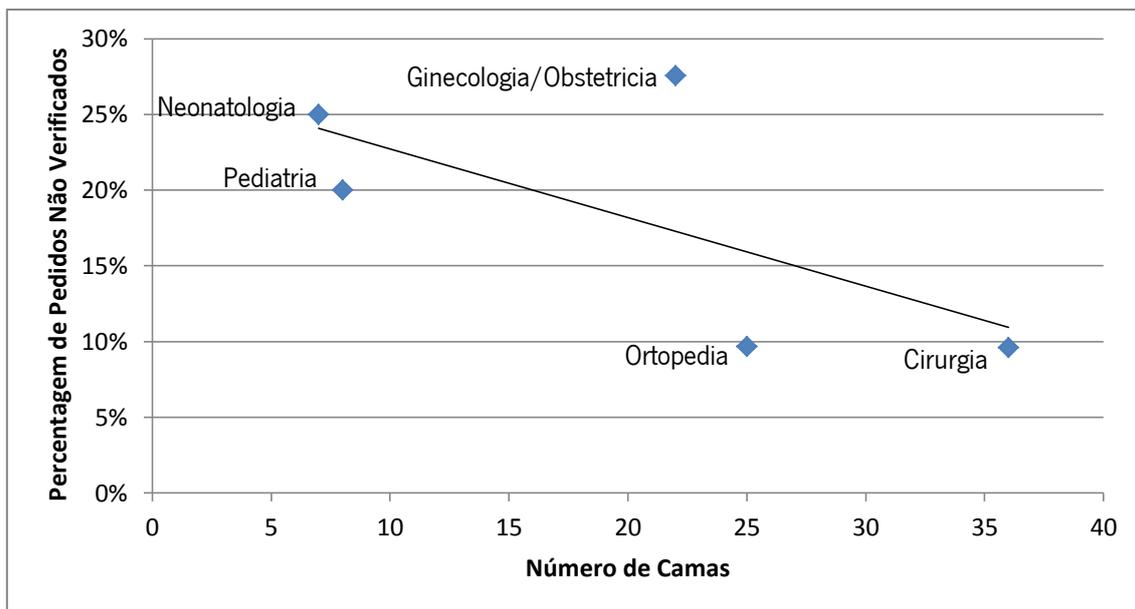


Figura 30 – Gráfico representativo da relação entre a percentagem (%) de pedidos de estupefacientes não verificados e o número de camas da especialidade/valência.

O gráfico sugere que quanto maior o número de camas da especialidade/valência menor tende a ser a taxa de não verificação, ao contrário do que era esperado. O coeficiente de correlação de *Spearman* corrobora a associação ($RHO = -0,700$), mas não é estatisticamente significativo a níveis convencionas de significância ($p > 0,05$).

O gráfico da Figura 31 apresenta a relação entre a quantidade de pedidos não verificados e o número de enfermeiros de cada especialidade/valência.

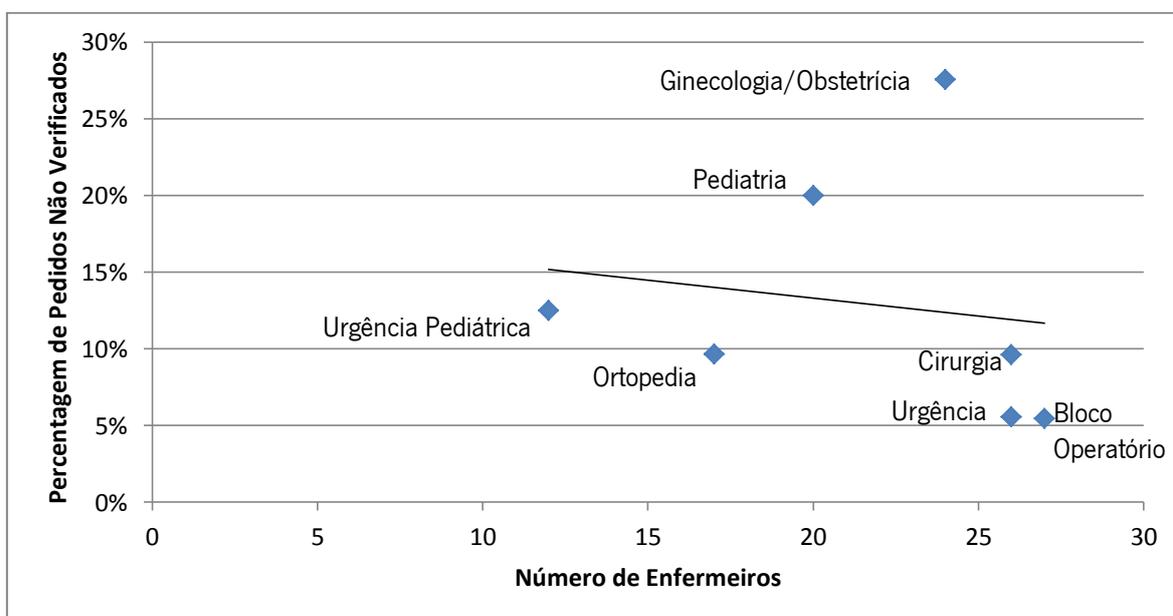


Figura 31 – Gráfico representativo da relação entre a percentagem (%) de pedidos não verificados e o número de enfermeiros por especialidade/valência.

O gráfico da Figura 31 sugere uma associação negativa mas fraca entre a percentagem de pedidos de estupefacientes não verificados e o número de enfermeiros por especialidade. O coeficiente de *Spearman* estimado corrobora a associação ($RHO=-0,667$), embora não seja estatisticamente significativa ($p>0,05$).

No gráfico da Figura 32 é apresentada a relação entre a percentagem de pedidos de estupefacientes não verificados e o rácio de camas por enfermeiro.

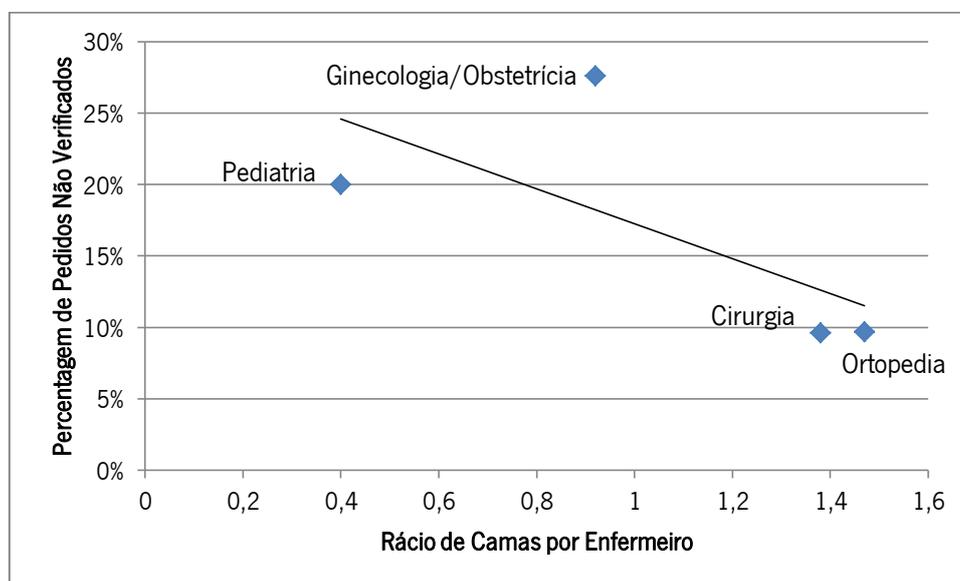


Figura 32 – Gráfico representativo da relação entre a percentagem (%) de pedidos não verificados e o rácio de camas por enfermeiro.

Os dados do gráfico sugerem uma relação negativa entre a percentagem de pedidos de estupefacientes não verificados e o rácio de camas por enfermeiro, o que vai de encontro ao que seria esperado. O coeficiente de *Spearman* estimado que indica uma associação negativa entre as variáveis ($RHO=-0,600$), mas não é estatisticamente significativa aos níveis convencionais ($p>0,05$).

6.3.2. Análise dos Inquéritos de Satisfação

a) Inquéritos de Satisfação de Clientes Internos

Com o intuito de conhecer a opinião dos clientes internos foram distribuídos 27 inquéritos aos responsáveis por cada serviço (clínico ou não clínico) que necessita dos serviços prestados pelos SF, mas apenas foram enviados aos SF 25 inquéritos com resposta. Os resultados dos inquéritos são apresentados na Tabela 38, Anexo XII.

Na Tabela 20 são apresentados os resultados médios e medianos para cada uma das perguntas do inquérito elaborado.

Tabela 20 – Resultados médios e medianos de cada questão do inquérito de satisfação a clientes internos

Campo	Número da Questão	Questão	Valor Médio	Valor Mediano
Aspetos Tangíveis	1.1	Os SF possuem equipamentos modernos.	3,21	3
	1.2	Os SF apresentam boas instalações e bons equipamentos físicos (mesas, cadeiras, etc.).	3,67	4
	1.3	Os SF têm um aspeto limpo.	4,33	4
	1.4	Os SF estão bem situados e possuem uma boa sinalética.	3,90	4
Confiança	2.1	Quando um profissional apresenta um problema os SF mostram empenho na sua resolução.	4,16	4
	2.2	Os profissionais dos SF fazem o seu trabalho com eficiência.	4,29	4
	2.3	Os SF mantêm os seus registos atualizados e sem erros.	3,94	4
	2.4	Os profissionais dos SF contribuem para a eficiência, fiabilidade e acessibilidade das terapêuticas.	3,78	4
	2.5	Os SF preocupam-se com a contenção de gastos ou de outros encargos.	4,36	5
Capacidade de Resposta	3.1	Os profissionais dos SF fornecem um serviço com rapidez e rigor.	4,0	4
	3.2	Os profissionais dos SF estão sempre disponíveis a responder às perguntas que lhe são colocadas.	4,40	4
	3.3	O tempo de espera para o atendimento é reduzido.	4,0	4
	3.4	Os horários em que o serviço é prestado são convenientes.	3,24	3
	3.5	Os profissionais dos SF cumprem os horários estipulados.	4,11	4
	3.6	A burocracia exigida é estritamente indispensável.	3,33	3
Segurança	4.1	O comportamento dos profissionais dos SF inspira segurança.	4,36	4
	4.2	Os profissionais dos SF explicam de forma fiel todos os aspetos relacionados com o medicamento.	4,29	4
	4.3	A informação facultada aos profissionais é clara e suportada cientificamente.	4,13	4
	4.4	É garantida a confidencialidade da informação médica.	4,39	4
Empatia	5.1	Os profissionais dos SF são sempre simpáticos e corteses.	4,12	4
	5.2	Os profissionais dos SF mostram interesse em escutar as questões e medos dos restantes profissionais.	4,04	4
Profissionalismo e Competências	6.1	Os profissionais dos SF têm capacidade de estabelecer bons contactos com outros profissionais.	4,0	4
	6.2	Os SF preocupam-se com a saúde e segurança do doente.	4,35	4
	6.3	Os profissionais dos SF têm conhecimentos e competências.	4,29	4
	6.4	Os profissionais dos SF têm experiência.	4,30	4
Opinião Geral	7.1	De uma forma geral, estou satisfeito com a imagem de rigor e eficiência dos SF.	4,04	4

Relativamente aos *Aspetos Tangíveis*, pode constatar-se que o respondente mediano se considera muito satisfeito com as instalações, com a limpeza e com a localização e sinalética. No entanto, o seu grau de satisfação com os equipamentos dos SF é menor.

No que diz respeito ao campo *Confiança*, a análise dos dados permite inferir que o respondente mediano se considera muito satisfeito com o empenho dos profissionais assim como com a sua eficiência, com a conformidade dos registos e com a contribuição dos SF para a acessibilidade das terapêuticas. Em relação à contenção de gastos por parte dos SF, o respondente mediano está totalmente satisfeito.

Em relação ao campo *Capacidade de Resposta*, pode constatar-se que o respondente mediano está muito satisfeito com a rapidez e rigor dos serviços prestados, com a disponibilidade dos profissionais, com o tempo de espera e com o cumprimento de horários. Contudo, não apresenta um grau de satisfação tão elevado em relação à conveniência dos horários e da burocracia, sendo o valor mediano atribuído a estes dois aspetos de 3. Isto deve-se provavelmente ao facto de os SF não se encontrarem em funcionamento durante o fim-de-semana e deste departamento exigir que todos os procedimentos sejam documentados.

Os dados obtidos nos campos *Segurança e Empatia* e *Profissionalismo e Competências* permitem inferir que o respondente mediano se encontra muito satisfeito com todos os parâmetros avaliados nestes campos.

No gráfico da Figura 33 é apresentada a relação entre a quantidade de respostas e o grau de satisfação atribuído na opinião geral sobre os SF (questão 7.1).

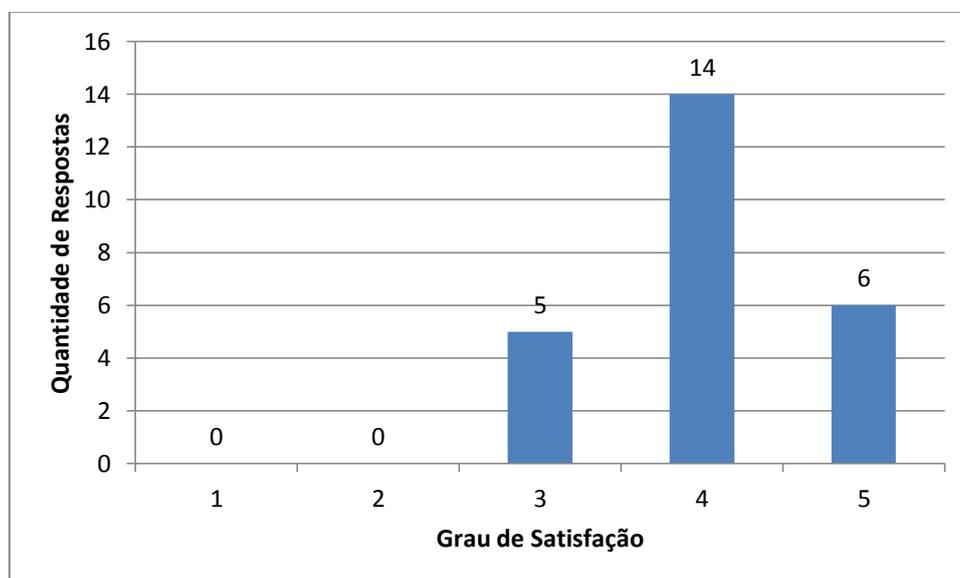


Figura 33 – Gráfico da quantidade de respostas em função do grau de satisfação.

Os dados sugerem que a maioria (56%) dos respondentes está muito satisfeita com os serviços. Verifica-se que foi atribuído o grau de satisfação 5 (Totalmente Satisfeito) em 24% das respostas obtidas e que não foram atribuídos os graus de satisfação 1 (Não Satisfeito) e 2 (Pouco Satisfeito) em qualquer resposta.

Em dois dos questionários foram apresentadas sugestões para a melhoria dos procedimentos existentes, nomeadamente no que diz respeito à distribuição de medicamentos para reposição de *stocks fixos*. Foi sugerida a alteração do modo de elaboração dos pedidos de reposição, passando do suporte físico em papel para um suporte informático com o intuito de diminuir os erros de transcrição. Sugeriram também que a medicação enviada pelos SF aos SC por este tipo de distribuição fosse separada segundo a sua DCI e dose com o intuito de diminuir os erros aquando do acondicionamento da medicação nos serviços. Outras sugestões passam pela diminuição da burocracia, diminuição no tempo de resposta a um pedido extra e melhorar o acondicionamento da medicação nos serviços.

b) Inquéritos de Satisfação de Clientes Externos

De modo a perceber o grau de satisfação dos clientes externos foram entregues 6 inquéritos aos doentes que necessitam de medicamentos biológicos aquando da dispensa da respetiva medicação. Não foram entregues questionários às puérperas devido ao curto tempo de contacto destas com os SF. Os resultados dos inquéritos são apresentados na Tabela 39, Anexo XII.

Na Tabela 21 são apresentados os resultados médios e medianos para cada uma das perguntas do inquérito elaborado.

Tabela 21 - Resultados médios e medianos de cada questão do inquérito de satisfação a clientes externos

Questão	Valor Médio	Valor Mediano
Desempenho dos profissionais dos SF.	4,5	5
Facilidade de contacto.	4,6	5
Tempo de espera.	4,67	5
Simpatia, empatia, cortesia.	4,67	5
Clareza das informações fornecidas.	4,5	5
Resposta a questões colocadas.	4,8	5
Capacidade de resolução de problemas.	4,5	5

Os dados permitem constatar que o respondente mediano se encontra totalmente satisfeito com os parâmetros avaliados. Não foram apresentadas sugestões.

Quer nos inquéritos de satisfação para clientes internos quer nos inquéritos de satisfação para clientes externos há questões sem resposta, pelo que é necessário proceder a alterações, nomeadamente torna-se fundamental acrescentar um atributo no grau de satisfação com a nomenclatura *Não sei*. Para além disso, com o intuito de garantir a representatividade da amostra seria vantajoso disponibilizar os inquéritos a mais pessoas. No caso dos clientes internos, poderia ser disponibilizado na intranet do CHPWC,EPE para que todos os profissionais pudessem responder. No caso dos clientes externos é de extrema importância que todos os utentes a quem são dispensados medicamentos biológicos respondam ao inquérito.

Capítulo 7

Conclusões

7. Conclusões

A revisão teórica e a experiência de implementação de um processo de gestão de risco nos SF do CHPVC,EPE ilustram a importância da gestão de risco e do papel fundamental que assume, não só na qualidade dos cuidados de saúde prestados, mas também na segurança do doente, e que o manual da qualidade constitui uma ferramenta importante no alcance da qualidade dos serviços prestados.

A implementação do processo permitiu identificar vários tipos de risco, que são identificados pela literatura como riscos associados a US, nomeadamente risco não clínico de incêndio, mas igualmente riscos específicos associados às atividades desenvolvidas nos SF. Este resultado reforça a importância de implementar processos de gestão de risco tendo em conta os diferentes contextos em que se realizam as atividades das US. O estudo permitiu, ainda, verificar, que os instrumentos de análise do risco, embora sujeitos a alguma subjetividade do investigador, são instrumentos importantes para a priorização dos riscos e a sua compreensão por parte dos profissionais e dos decisores.

A determinação do nível de risco nos SF do CHPVC,EPE, foi conseguida pela utilização do método da matriz composta – P e pode verificar-se que não existem situações consideradas urgentes (*Índice de risco* 1). Foi possível constatar que o número de situações de risco identificadas varia nas diversas áreas que constituem os SF, sendo a área de distribuição a que possui mais situações de risco atribuídas. A análise dos riscos permitiu constatar que apenas quatro das situações de risco identificadas afetam ou podem afetar os utentes, sendo consideradas aceitáveis (*Índice de risco* 3). Contudo, existem muitas situações que afetam os profissionais dos SF e dos SC, podendo trazer alterações ao fluxo de trabalho mas também provocar lesões. A implementação de medidas corretivas é prioritária para as situações com *Índice de risco* mais baixo e nos casos em que permite fazer cumprir a legislação em vigor. A maioria das medidas propostas não apresenta custos ou apresenta custos reduzidos e afigura-se custo-efetiva. Para além disto, algumas das medidas propostas permitem conduzir a índices de risco aceitáveis várias situações.

Um dos contributos considerados relevantes do estágio foi a introdução de registo de eventos adversos nos SF, tendo-se verificado que houve uma boa adesão por parte dos profissionais à declaração. O contacto com os profissionais permitiu perceber que valoram a possibilidade de relatar eventos adversos, na perspetiva da melhoria dos serviços e a facilidade da declaração. A análise dos eventos adversos é condicionada pelo registo dos mesmos, mas a

aparente aceitação dos profissionais, a ausência de reportes informais e a periodicidade do reporte, com exceção do período de férias dos profissionais, permitem-nos ter expectativa de que a maioria dos eventos adversos foram reportados. A análise dos dados permite concluir que foram registados 20 tipos de eventos adversos diferentes, sendo os mais frequentes o erro na preparação das cassetes de distribuição em dose unitária, o erro na preparação dos cestos de distribuição clássica e o erro na validação da prescrição médica. Contudo, estes eventos adversos representam taxas de erro muito baixas. Os resultados obtidos permitem inferir que a maior parte das consequências dos eventos adversos registados foram insignificantes, não tendo havido consequências críticas ou catastróficas. Foram registados 4 eventos adversos que afetaram pessoas e estão relacionados com as condições de trabalho, não tendo sido registados eventos com consequências para os utentes. Os farmacêuticos e os TDT foram os profissionais que mais eventos adversos registaram uma vez que são responsáveis por etapas de verificação e cerca de 1,61 % dos eventos foram reportados por profissionais externos aos SF. A maioria dos eventos adversos registados apresenta como fatores contribuintes os relacionados com o comportamento. No que diz respeito aos riscos associados aos eventos adversos declarados, conclui-se que não existem situações urgentes (*Índice de risco 1*) ou críticas (*Índice de risco 2*) mesmo considerando a sua elevada frequência de ocorrência.

Relativamente à dispensa de medicamentos a doentes de ambulatório, conclui-se que ocorreram 4 eventos adversos, todos relacionados com a dispensa de *desogestrel*. Pode constatar-se que não houve manifestação de desagrado por parte das utentes em nenhum dos casos reportados.

O sistema de distribuição clássica é um dos sistemas que consome mais recursos aos SF e ao qual estão associados muitos dos eventos adversos reportados. Apesar dos pedidos verificados não apresentarem incorreções, o trabalho permitiu verificar que a maioria dos pedidos distribuídos por esta via não foi alvo de verificação por parte das diferentes especialidades. Os serviços com maior quantidade de produtos colocada em cada cesto, são os que apresentam maior taxa de não verificação dos pedidos, sugerindo que os profissionais das valências antecipam um grande esforço de controlo. Seria no entanto desejável uma revisão ao procedimento de receção de produtos de distribuição clássica nos SC, para assegurar a distribuição em segurança.

No que diz respeito aos pedidos de estupefacientes preparados e enviados pelos SF aos SC verifica-se que a maioria dos pedidos foi verificada e que não foram detetadas incorreções, o

que indica qualidade neste sistema de distribuição. Ainda assim, as taxas de não verificação estão acima do que seria desejado no cumprimento do requisito legal, que exige a verificação de todos os pedidos preparados. Desta forma, sugere-se que aquando das reuniões de serviço seja dada formação no sentido de se alterar o procedimento de receção de estupefacientes.

A análise dos inquéritos sobre a qualidade dos serviços prestados permite concluir que, de um modo geral, a opinião dos clientes sobre os serviços farmacêuticos é bastante positiva. Na análise efetuada, sobressai pela positiva o grau de satisfação relativo à contenção de custos. Contudo, existem aspetos a melhorar: os equipamentos, o horário de funcionamento e a burocracia.

Futuramente nos SF importa continuar o trabalho desenvolvido durante este projeto através da avaliação dos benefícios das medidas implementadas e da alteração dos inquéritos de satisfação de clientes. Seria também relevante a discussão de outras formas de recolha de dados e a apresentação do presente estudo aos profissionais de outros departamentos. Para além disto, a extensão deste projeto a outros departamentos do CHPVC,EPE seria uma mais valia para a instituição e para os seus utentes na medida em que permitiria não só a avaliação dos riscos presentes nesses departamentos mas também uma maior coordenação entre os diferentes serviços. Este facto é extramente importante na procura pela melhoria contínua da organização, pois só será possível com o empenho e envolvimento de todos os profissionais.

A realização deste trabalho nos SF do CHPVC,EPE revelou-se uma experiência extremamente gratificante e enriquecedora, permitindo uma visão mais realista do ambiente hospitalar. A participação e cooperação em atividades desenvolvidas além do âmbito da dissertação permitiram a aquisição de novos conhecimentos e competências, contribuindo não só para o desenvolvimento a nível académico mas também para o desenvolvimento pessoal da investigadora.

Capítulo 8

Outras Atividades
Desenvolvidas no
CHPVVC,EPE

8. Outras Atividades Desenvolvidas no CHPWC,EPE

Ao longo do período de estágio foram realizadas atividades, que não estando diretamente relacionadas com a dissertação, permitiram à autora o desenvolvimento de novas capacidades e competências.

8.1. Elaboração de Rotulação Específica

Com o intuito de minimizar o risco associado à utilização de medicamentos LASA e à utilização de medicamentos de elevado risco não só nos SF mas também nos SC foi construído um procedimento com o objetivo de descrever a identificação dos medicamentos utilizados no CHPWC,EPE.

Assim, estipulou-se que todos os medicamentos e outros produtos farmacêuticos devem estar identificados com DCI, dose, lote e prazo de validade e que os medicamentos devem ser armazenados segundo a ordem alfabética da DCI.

Para além disto, decidiu-se que as gavetas e estantes onde são armazenados os medicamentos de alto de risco e eletrólitos concentrados e da glucose 30 %, 20ml devem ser identificadas com um sinal de perigo (Anexo VI, Figura 55). Os rótulos das gavetas de armazenamento de eletrólitos concentrados e da glucose 30% devem ter fundo vermelho (Anexo VI, Figura 56). Para além disto, nos SC estes medicamentos devem ser retirados da ordem alfabética da DCI e na gaveta dos eletrólitos concentrados deve constar no rótulo “**Diluir antes de utilizar**”.

Relativamente aos medicamentos LASA (Tabela 20), a forma de escrever a sua DCI deve ser alterada, destacando-se a maiúsculas e a negrito as letras que diferenciam os nomes uns dos outros (Anexo VI, Figura 57).

Tabela 22 – Identificação dos medicamentos LASA utilizados no CHPWC,EPE

Nome do Medicamento	Confundido com
AL fentanila	Fenta NILA
Alo PUR inol	Halo PER idol
Ami NOFIL ina	Amio DARONA
Am LOD ipina	Ami NOFIL ina
BU pivacaína	RO pivacaína
Calci TRIOL	Car VED ilol
Cef TRIA xona	Cef OTAX ima
Ce FAZ olina	Cef OTAX ima
Ce FURO xima	Cef TAZ idima
DOBUT amina	DOP amina
Penicilina G CRISTALINA	Penicilina G BENZATINICA
SUF entanil	Fenta NILA

8.2. Participação em Reuniões da Comissão da Qualidade e Segurança do Doente

Os elementos da CQSD do CHPVC, EPE reúnem-se mensalmente para discutir assuntos relacionados com a qualidade, segurança do doente e gestão do risco. Para além disto, são realizadas, também mensalmente, reuniões entre a CQSD e os seus elos de ligação com os SC.

Durante o período de estágio, a autora participou em quatro reuniões da CQSD e quatro reuniões com os elos de ligação, numa das quais apresentou o *layout* do Manual da Qualidade dos Serviços Farmacêuticos.

8.3. Formação

A Unidade Funcional de Formação (UFF) do CHPVC, EPE é o departamento responsável pela realização de ações de formação para os profissionais deste centro hospitalar, de acordo com as suas necessidades de aprendizagem. As formações têm por base diversos temas desde a qualidade do atendimento ao utente até à segurança dos cuidados prestados.

A frequência de formações permite a aquisição de novos conhecimentos e o aprofundamento dos já existentes sobre as temáticas abordadas. Para além disto, a opinião de profissionais que trabalham diariamente sobre os temas possibilita uma melhor perceção dos mesmos através da apresentação de exemplos e problemáticas que realmente acontecem e não estão somente descritas em documentos.

8.3.1. Ação de Formação “Boas Práticas para a Segurança dos Doentes”

Esta ação de formação teve uma duração de 12 horas e abordou vários temas relacionados com a segurança do doente, nomeadamente os sistemas de notificação de incidentes e eventos adversos, consequências deste tipo de problemas e soluções para os mesmos. Nesta formação foi também mencionada sucintamente a prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), Foram ainda abordados a prevenção de quedas e o programa “Cirurgia segura, salva vidas.”.

Este curso foi ministrado por profissionais do CHPVC, EPE e por profissionais externos a esta unidade de saúde, permitindo conhecimentos sobre o estado da arte noutras organizações.

8.3.2. Ação de Formação “Prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde e das Resistências aos Antimicrobianos”

Este curso teve uma duração de 4 horas e foi ministrado por três elementos do Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo da Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos, responsável pelas práticas de prevenção e controlo das IACS no CHPWVC,EPE.

Nesta ação de formação foram mencionados os principais conceitos relacionados com a temática, incluindo as razões do aumento de organismos resistentes e da dificuldade na sua irradicação. Abordaram-se algumas soluções para a prevenção da resistência e controlo das infeções e foram mostrados os resultados do Inquérito de Prevalência de Infeção Adquirida no Hospital e do Uso de Antimicrobianos nos Hospitais Portugueses (Departamento da Qualidade em Saúde, 2013), realizado em 2012.

8.3.3. Tertúlia “Atendimento...um passo para a excelência”

Esta tertúlia foi organizada pelo serviço de consulta externa do CHPWVC,EPE, em colaboração com a UFF e orador foi um profissional de saúde externo à instituição.

Nesta reunião foi apresentada a relação entre os utentes, profissionais prestadores de cuidados e administração nas unidades de saúde. Falou-se sobre as principais reclamações dos utentes, tendo como base os direitos do utente (Assembleia da República, 2014).

8.4. Elaboração do Plano de Higiene e Segurança dos Serviços Farmacêuticos

O Plano de Higiene e Segurança dos Serviços Farmacêuticos (Anexo XIII) surgiu da necessidade de discriminar e documentar a estratégia de higiene e segurança bem como o processo de gestão de risco nos SF.

Neste documento descreve-se detalhadamente o modo de atuação em caso de ocorrência de um acidente de trabalho e a metodologia utilizada para a avaliação dos riscos nos SF.

No caso da avaliação dos riscos, esta irá ser realizada anualmente e o relatório desta avaliação será anexado a este documento.

8.5. Elaboração do Plano de Segurança Contra Incêndios dos Serviços Farmacêuticos

Os SF são um departamento bastante diferentes dos SC e de outros departamentos existentes no CHPVC,EPE. A presença de medicamentos que necessitam de um controlo rigoroso e a existência de produtos inflamáveis são fatores que podem influenciar quer a propagação de incêndio quer a evacuação em caso de ocorrência do mesmo.

Desta forma, o Plano de Segurança Contra Incêndios dos Serviços Farmacêuticos (Anexo XIII) foi elaborado em conjunto com o intuito de especificar alguns pontos do Plano de Segurança Contra Incêndios do CHPVC,EPE e colmatar algumas dúvidas existentes sobre o modo de atuação em caso de incêndio.

Este documento é constituído por dois capítulos: Plano de Prevenção e Plano de Emergência. O primeiro define a organização de segurança e as suas atribuições face ao risco de ocorrência de incêndios. Por sua vez, o Plano de Emergência organiza a segurança, as atribuições e os procedimentos de atuação perante situações de incêndio e está organizado em duas partes distintas: Plano de Atuação e Plano de Evacuação (Figura 34). O Plano de Atuação define os procedimentos a adotar pelos profissionais dos SF em caso de ocorrência de incêndio com origem neste departamento ao passo que o Plano de Evacuação define os procedimentos a seguir para facilitar uma evacuação rápida e eficaz das pessoas presentes no departamento.

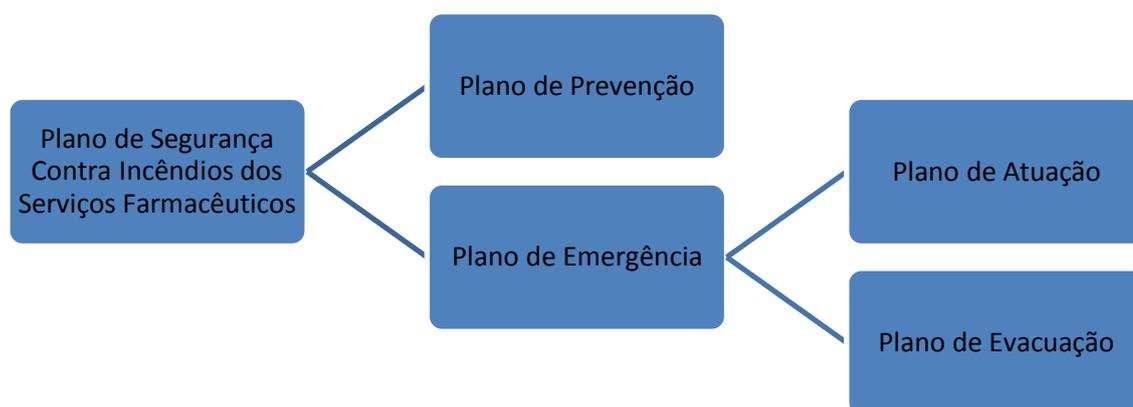


Figura 34 – Organização estrutural do Plano de Segurança Contra Incêndios dos Serviços Farmacêuticos.

8.6. Elaboração do Plano de Gestão Ambiental dos Serviços Farmacêuticos

A Gestão Ambiental é uma prática recente e que começa a ganhar importância nas instituições públicas e privadas, integrando o sistema de gestão global destas instituições. Esta prática assenta na execução de atividades com efeitos positivos sobre o meio ambiente, minimizando ou eliminando os danos resultantes da intervenção humana e tem em vista a melhoria contínua.

O Plano de Gestão de Ambiental dos Serviços Farmacêuticos (Anexo XIII) é uma ferramenta que estabelece procedimentos com o intuito de minimizar o impacto ambiental das atividades realizadas nos SF bem como reduzir os custos a elas associados. Este documento foi baseado na norma NP EN 14001:2004 e encontra-se dividido em duas partes: “Implementação e Operacionalização do Plano de Gestão Ambiental” e “Boas Práticas Ambientais”. Na primeira parte são expostos os procedimentos necessários à implementação do plano e na segunda parte são apresentadas medidas que permitem melhorar o desempenho ambiental dos SF.

8.7. Auditoria ao Local de Armazenamento de Medicamentos na Urgência Pediátrica

No âmbito do Plano de Atividades dos Serviços Farmacêuticos e com o intuito de diminuir os desperdícios com medicamentos devido a prazos de validade expirados e a grandes quantidades de medicamentos em *stock*, os farmacêuticos realizam um controlo dos armários de armazenamento de medicamentos nos SC.

Aquando da visita para controlo do armário da Urgência Pediátrica foi realizada uma avaliação dos riscos do armazenamento de medicamentos neste serviço. De forma a identificar os riscos presentes foi elaborada uma lista de verificação (Anexo XIV) com base na lista de verificação dos riscos nos SF.

A avaliação dos riscos do armazenamento de medicamentos no serviço de urgência pediátrica está presente na Tabela 21. Pode constatar-se que não há nenhuma situação urgente (*Índice de risco* 1), havendo no entanto uma situação crítica (*Índice de risco* 2) que requer alterações urgentes. As restantes situações identificadas traduzem situações aceitáveis (*Índice de risco* 3) e bastante aceitáveis (*Índice de risco* 4). É prioritária a implementação das medidas referentes às situações com *Índice de risco* mais baixo. A implementação das medidas propostas não apresenta custos ou apresenta custos muito reduzidos. Note-se que a maioria das medidas apenas implica a alteração de procedimentos já implementados ou a implementação de novos procedimentos que necessitam de um investimento de tempo diminuto.

Tabela 23 – Avaliação de riscos do armazenamento de medicamentos no serviço de urgência pediátrica

Ponto a avaliar	Local	Equipamento/ Material	N	I	Perigo	Risco	Consequência	Avaliação					Medidas corretivas implementadas	Medidas corretivas a implementar (Recomendadas)
								F	S	Ps	N	R		
Armazenamento	Sala de espera	Medicamentos	10	U	Medicação acessível a pessoal não autorizado.	Toxicidade.	Lesões.	5	1	2	3	3		Armazenamento da medicação num local fechado exclusivo para esse efeito.
	Sala de emergência		1	U	Diferentes doses de um mesmo produto na mesma gaveta.	Administração de dose errada.	Comprometimento da terapêutica. Lesões. Morte.	3	1	1	5	2		Armazenamento de doses diferentes em gavetas diferentes. Armazenamento efetuado por duas pessoas (uma arruma e a outra verifica).
	Sala de observação		2	U	Medicação armazenada na gaveta errada.	Administração do produto errado.	Comprometimento da terapêutica. Lesões. Morte.	3	2	3	5	4		Maior cuidado no armazenamento dos produtos. Armazenamento efetuado por duas pessoas (uma arruma e a outra verifica).
			2	U		Administração por via errada.	Comprometimento da terapêutica. Lesões. Morte.	3	2	3	5	4		
	Sala de observação		9	U	Medicação com prazo de validade expirado.	Alteração das propriedades dos medicamentos.	Ocorrência de reações adversas.	5	2	3	4	4		Estabelecer um dia por mês para verificação do prazo de validade dos produtos armazenados. Colocar os produtos que expiram no mês seguinte dentro de um saco com indicação para ser gasto primeiro.
	Sala de observação		1	U	Medicação em mau estado de conservação.	Alteração das propriedades dos medicamentos.	Ocorrência de reações adversas.	5	2	4	5	4		Maior cuidado no armazenamento dos produtos. Aquando da verificação dos prazos de validade, verificar se os produtos se encontram em bom estado de conservação.
	Sala de espera; Sala de observação		> 51		Produtos não armazenados segundo a regra FEFO.	Dificuldade no controlo de prazos de validade.	Desperdício.	4	4	2	1	3		Antes de se armazenarem os novos produtos, retirar todos os que lá se encontravam e verificar os prazos de validade, colocando atrás os produtos com maior prazo de validade e à frente os produtos com menor prazo de validade.
	Sala de espera		> 51		Excesso de produtos em stock.	Aumento do capital parado. Expiração do prazo de validade.	Desperdício.	4	4	4	1	3		Estabelecer um dia por mês para controlo dos <i>stocks</i> .
	Sala de observação		2	U	Falta de produtos em stock.	Falta de produtos quando necessário.	Comprometimento da terapêutica.	3	4	4	5	4		

Referências Bibliográficas

Administração Central do Sistema de Saúde ACSS [Online]. - 2014. - <http://www.acss.min-saude.pt/Projetos/ProgdoMedicamentoHospitalar/Projecto1/tabid/172/language/pt-PT/Default.aspx?PageContentID=26>.

AIRMIC, Alarm and IRM A Structured Approach to Enterprise Risk Management (ERM) and the Requirements of ISO 31000. - 2010.

AIRMIC, ALARM and IRM Norma de Gestão de Riscos. - 2002.

Alonso A. e Lacar C. Gestion Economica y de Recursos [Secção do Livro] // Manual del Residente de Farmacia Hospitalaria. - 1999.

Anton-Cano A. e Peris-Marti J. Utilizacion de Acido Folinico em Pacientes Infectados por VIH [Secção do Livro] // Manual del Residente de Farmacia Hospitalaria. - 1999.

Assembleia da República Lei nº 15/2014 de 21 de março. - 2014.

Cagliano A., Grimaldi S. e Rafele C. A Systemic Methodology for Risk Management in Healthcare Sector // Safety Science. - junho de 2011. - Vol. 49. - pp. 695-708.

Carvalho F. Avaliação de Risco - Estudo Comparativo entre Diferentes Métodos de Avaliação de Risco, em Situação Real de Trabalho: Universidade Técnica de Lisboa, 2007.

Carvalho F. e Melo R. Avaliação de Riscos: Comparação entre Vários Métodos de Avaliação de Risco de Natureza Semi-Quantitativa // Territorium. - 2011. - Vol. 18. - pp. 43-54.

Centro Hospitalar Póvoa de Varzim - Vila do Conde Regulamento Interno. - Póvoa de Varzim , 2008.

Centro Hospitalar Póvoa de Varzim-Vila do Conde Centro Hospitalar Póvoa de Varzim - Vila do Conde [Online]. - 2009. - www.chpwc.pt.

Cincunegui B., Cundin G. e Biurrena E. Introduccion de Cefepima en la Guia Farmacoterapeutica de un Hospital [Secção do Livro] // Manual del Residente de Farmacia Hospitalaria. - 1999.

Comissão da Qualidade e Segurança do Doente Plano de Ação 2013/2016: Centro Hospitalar Póvoa de Varzim - Vila do Conde, 2013.

Conselho do Colégio da Especialidade em Farmácia Hospitalar Boas Práticas em Farmácia Hospitalar: Ordem dos Farmacêuticos, 1999.

Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar Manual da Farmácia Hospitalar: Ministério da Saúde, 2005.

Costa F. [et al.] Proposal of an Information System to Support Risk Management - The Case of the Portuguese Hospital Center CHTMAD // Procedia Technology. - janeiro de 2012. - Vol. 5. - pp. 951-58.

Decreto Regulamentar n.º 61/94. - 12 de outubro de 1994.

Departamento da Qualidade em Saúde Prevalência de Infecção Adquirida no Hospital e do Uso de Antimicrobianos nos Hospitais Portugueses - Inquérito 2012: Ministério da Saúde, 2013.

Departamento da Qualidade em Saúde Programa Nacional de Acreditação em Saúde: Ministério da Saúde, 2009.

Departamento da Qualidade na Saúde Manual de Acreditação de Unidades de Saúde: Ministério da Saúde, 2011.

Dias C. [et al.] Segurança e Saúde no Trabalho - Gestão do Risco Profissional em Estabelecimentos de Saúde Orientações Técnicas: Ministério da Saúde - Administração Regional da Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 2010.

Direção - Geral da Saúde Departamento da Qualidade na Saúde [Online]. - 2014. - outubro de 2014. - <https://www.dgs.pt/diretor-geral-direcao-e-servicos/departamento-da-qualidade-na-saude.aspx>.

Direção Geral da Saúde Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos [Online]. - 2011. - outubro de 2014. - <http://seguranca.dgs.pt/ni/tiposIncidente?accion=inicioC>.

Direção Geral da Saúde Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos (SNNIEA) [Online]. - 2012. - <http://seguranca.dgs.pt/SNNIEA/>.

Direção-Geral da Saúde Relatório de Progresso de Monitorização do SNNIEA - 2013. - Fevereiro de 2014.

Faria P. Perpetivas do Direito da Saúde em Segurança do Doente com Base na Experiência Norte-Americana // Saúde Pública. - 2010. - pp. 81-88.

Fragata J. Conceito de Qualidade em Saúde // Risco Clínico - Complexidade e Performance. - [s.l.] : Almedina, 2006. - pp. 25-37.

Fragata J. Introdução // Risco Clínico - Complexidade e Performance: Edições Almedina, 2006. - pp. 11-21.

Fragata J. O Erro como Antítese da Performance // Risco Clínico - Complexidade e Performance. - [s.l.] : Edições Almedina, 2006.

Fragata J. Risco Clínico // Risco Clínico - Complexidade e Performance: Edições Almedina, 2006. - pp. 41-78.

Gadd S., Keeley D. e Balmforth H. Good Practice and Pitfalls in Risk Assessment // Health & Safety Executive. - 2003.

Gomes Romana Contributo para a Acreditação nos Serviços de Imagiologia em Portugal. - 2010.

Gonçalves V. Gestão do Risco nas Organizações de Saúde: Perceção dos Profissionais Face ao Papel do Gestor de Risco: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, 2008.

Gramacho A. Gestão de Risco para uma Prática de Melhoria de Cuidados: Universidade Católica Portuguesa, 2011.

Heredia L. Farmacotecnia [Secção do Livro] // Manual del Residente de Farmacia Hospitalaria. - 1999.

INFARMED Portaria n° 981/1998 // Legislação Farmacêutica Compilada. - 1998.

Institute of Medicine Errors in Health Care: A Leading Cause of Death and Injury // To Err is Human - Building a Safer Health System. - 2000. - pp. 26-48.

Instituto Português de Acreditação IPAQ Acreditação [Online]. - 2014. - outubro de 2014. - <http://www.ipac.pt/ipac/funcao.asp>.

International Pharmaceutical Federation; World Health Organization; Ordem dos Farmacêuticos Normas Conjuntas FIP/OMS para as Boas Práticas de Farmácia: Diretrizes para a Qualidade dos Serviços Farmacêuticos - 2010.

ISMP Improving Medication Safety in Community Pharmacy: Assessing Risk and Opportunities for Change- 2009.

ISO Draft International Standard ISO/DIS 31000: Risk Management - Principles and guidelines on Implementation - 2008.

ISO ISO [Online]. - 2014. - outubro de 2014. - http://www.iso.org/iso/home/standards/management-standards/iso_9000.htm.

Llamazares Cecilia, García Esther e Hernández Miguel Medication reconciliation: passing phase or real need? // International Journal of Clinical Pharmacy. - 2012. - Vol. 34. - pp. 797-802.

Lopes Maria A Gestão da Qualidade no Hospital - Impacto da Acreditação nas Práticas Críticas de Gestão da Qualidade para a Performance Hospitalar. - 2007.

Mansoa A. [et al.] Eventos Adversos na Prestação dos Cuidados Hospitalares em Portugal no Ano de 2008 // Revista Portuguesa de Saúde Pública. - 2011. - Vol. 29. - pp. 116-22.

Ministério da Saúde A Organização Interna e a Governação dos Hospitais. - 2010.

Ministério da Saúde Decreto-Lei n° 180/2008 de 26 de agosto. - 2008.

Ministério da Saúde Despacho n° 3635/2013. - 2013.

Ministério da Saúde Despacho n° 69/2009. - 2009.

Ministério da Saúde e Assistência Decreto-Lei n° 44 204, de 2 de fevereiro de 1962 - 1962.

Ministério da Saúde Guia Básico para Farmácia Hospitalar - 1994.

Ministério da Saúde Portaria n.º 235/2000 de 27 de abril. - 2000.

Ministérios da Defesa Nacional e da Saúde Despacho conjunto n.º 1051/2000 - 2000.

Morgan S. Clinical Risk Management - A Clinical Tool and Practitioner Manual. - [s.l.] : The Sainsbury Centre for Mental Health, 2000.

Motos C. e Blasco J. Organización de la Dispensación por Dosis Unitaria de las Unidades de Nutrición Enteral [Secção do Livro] // Manual del Residente de Farmacia Hospitalaria. - 1999.

Munro M. e Anderson K. Risk Management and Medical Errors // Medical Error - What Do We Know? What Do We Do? : Jossey-Bass, 2002. - pp. 137-156.

Nielsen Trine [et al.] Clinical Pharmacist Service in the Acute Ward // International Journal of Clinical Pharmacy. - 2013. - Vol. 35. - pp. 1137-51.

Novo Teresa Implementação e Integração do Modelo de Acreditação da Joint Commission International na Unidade de Imagiologia do Hospital Privado da Boavista. - 2013.

NSW Government Risk Management Toolkit for NSW Public Sector Agencies // Volume 1: Guidance for Agencies. - 2012.

Pedroto I. Risco Clínico e Segurança do Doente // Nascer e Crescer - Revista do Hospital de Crianças Maria Pia. - 2006. - Vol. XV. - pp. 168-73.

Pellowe M. Risk Management Toolkit for NSW Public Sector Agencies - Guidance for Agencies : NSW Treasury, 2012.

Pontes R., Coelho I. e Melo O. Manual de Procedimentos dos Serviços Farmacêuticos do CHPVC - sem data.

Portaria n.º 981/98 - Execução das medidas de controlo de estupefacientes e psicotrópicos . - setembro de 1998.

Pretagostini R. [et al.] Risk Management Systems for Health Care and Safety Development on Transplantation: A Review and a Proposal // Transplantation Proceedings. - maio de 2010. - Vol. 42. - pp. 1014-16. - 4.

Purdy G. Iso 31000:2009 - Setting a New Standard for Risk Management // Risk Analysis. - Junho de 2010. - Vol. 30. - pp. 881-6. - 6.

risi-EXPERT SOFTWARE SOLUTIONS risi-EXPERT SOFTWARE SOLUTIONS [Online]. - 2013. - http://www.risi.pt/produtos/gestao_risco.html.

Robinson L. e Levy J. The [R]Evolving Relationship Between Risk Assessment and Risk Management // Risk Analysis. - 2011. - Vol. 31. - pp. 1334-44.

Unidade de Cirurgia de Ambulatório Manual da Qualidade para Admissão e Organização do Atendimento de Clientes: Centro Hospitalar Póvoa de Varzim - Vila do Conde, sem data.

Vincent C. Integrating Safety and Quality // Patient Safety: Wiley-Blackwell, sem data.

World Health Organization Quality of Care - A Processing for Making Strategic Choices in Health Systems. - 2006.

World Health Organization World Alliance for Patient Safety - Forward Programme 2005. - 2005.

World Health Organization Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety - Final Technical Report January 2009. - 2009.

Young A. Risk Management // British Journal of Surgery. - 2001. - Vol. 88. - pp. 1027-8.

Anexos

Anexos

Anexo I – Organograma do CHPVC,EPE

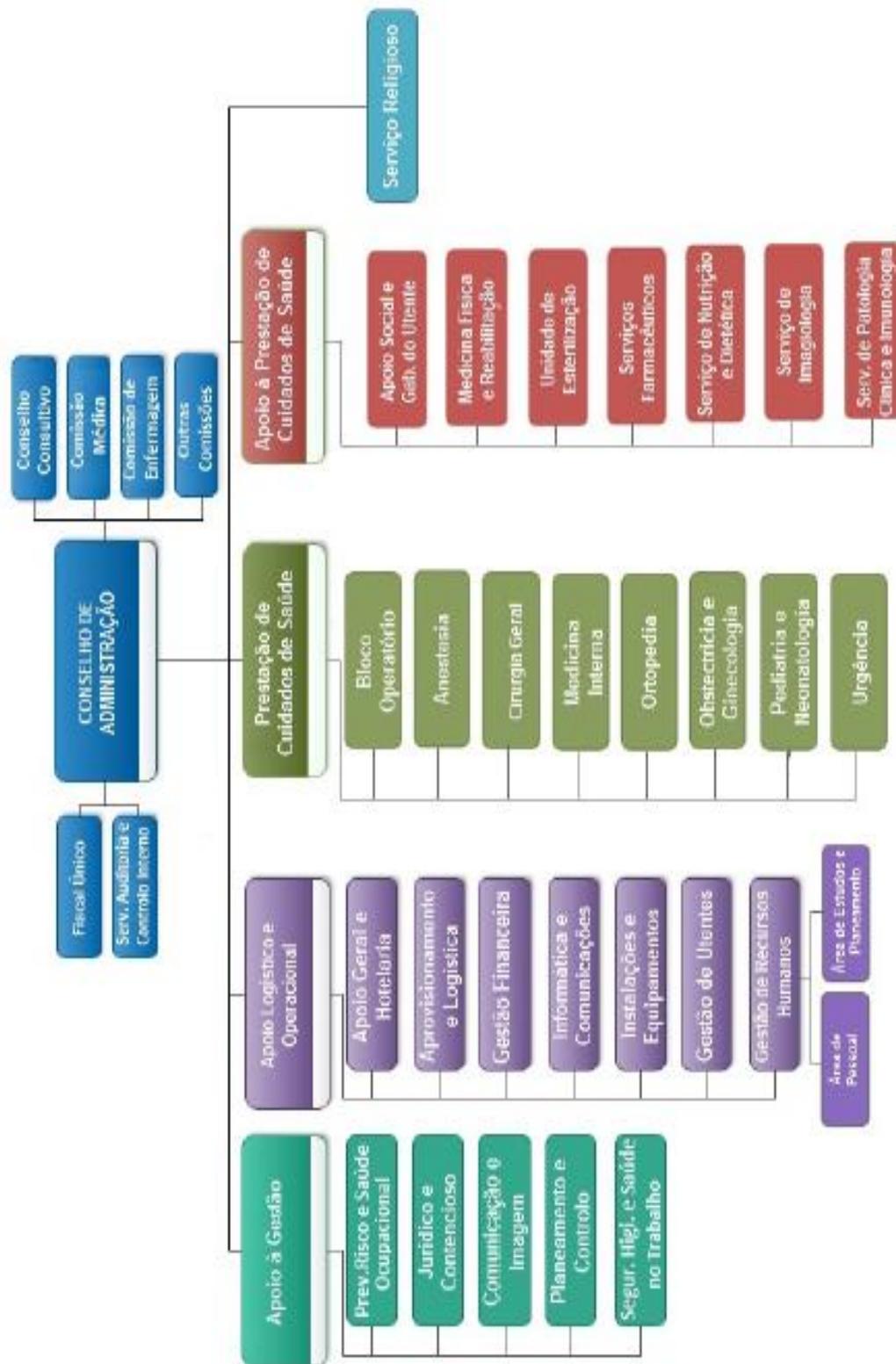


Figura 35 – Organograma geral do CHPVC,EPE.

Anexo II – Lista de Verificação para Identificação dos Riscos nos Serviços Farmacêuticos

Onde S representa Sim, N representa Não e NA representa Não Aplicável.

Tabela 24 - Lista de verificação para identificação dos riscos associados à conceção do edifício

Riscos Associados à Conceção do Edifício					
N.º	Situação	S	N	NA	Observações
1	Os SF estão corretamente identificados?	X			
2	A estrutura encontra-se em bom estado de conservação?	X			Existem alguns sinais de infiltração, mas sem acarretar problemas para a conservação dos produtos ou para a segurança dos profissionais.
3	O teto é de fácil limpeza e evita a acumulação de fungos e bactérias?	X			
4	As paredes são lisas e de fácil limpeza?	X			
5	As paredes possuem resistência mecânica ao desgaste e a agentes químicos?	X			
6	O pavimento é de material não escorregadio?	X			
7	O pavimento não possui irregularidades?	X			
8	O revestimento do piso é contínuo e sem juntas?	X			
9	Os rodapés são do mesmo material do piso?	X			
10	Os rodapés ligam-se ao piso em "meia cana"?	X			
11	As dimensões de cada posto de trabalho permitem a realização de movimentos seguros?	X			
12	As vias de circulação são suficientemente largas?		X		A circulação de carros de transporte e de pessoas simultaneamente é difícil devido à largura das zonas de circulação.
13	As vias de circulação estão delimitadas e desobstruídas?	X			
14	As portas possuem abertura para o exterior?		X		Todas as portas abrem para dentro.
15	Os equipamentos elétricos e a manutenção dos mesmos obedecem às normas de segurança previstas nos seus manuais?	X			
16	Os técnicos encarregados dos trabalhos com equipamento elétrico estão qualificados e autorizados para o efeito?	X			
17	Sempre que é necessário trabalhar com equipamentos elétricos são estabelecidas medidas preventivas para evitar o contacto acidental?	X			
18	Existem quadros elétricos?	X			
18.1	Se sim, estão protegidos de forma a que o acesso às zonas sob tensão seja impedido?	X			
18.2	Se sim, está devidamente sinalizado?		X		
18.3	Se sim, está isolado de possíveis fontes de humidade?	X			
19	Existem tomadas elétricas?	X			
19.1	Se sim, estão em bom estado de conservação?	X			
19.2	Se sim, estão distribuídas de forma a ficarem perto dos elementos eletrónicos?	X			
19.3	Se sim, são compatíveis com as fichas de forma a que as partes sob tensão não fiquem visíveis quando estão encaixadas?	X			
20	As fichas têm proteção para as partes sob tensão aquando da não utilização?	X			
21	Os condutores elétricos estão isolados?		X		
22	Existem dispositivos de corte de energia em caso de sobrecarga elétrica?	X			
23	O sistema elétrico está sujeito a humidade?		X		
24	As canalizações estão bem vedadas?	X			
25	A instalação elétrica é alvo de revisões e manutenções periódicas por uma entidade competente?		X		Não há uma revisão periódica, mas logo que se verifica uma avaria o técnico resolve.
26	Existe um gerador capaz de compensar possíveis falhas elétricas?	X			
26.1	Se sim, está operacional?	X			
27	O sistema elétrico está protegido do contacto com substâncias líquidas?	X			
28	Existe sinalização de perigo associada à eletricidade?		X		
28.1	Se sim, está bem colocada?			X	

Tabela 25 – Lista de verificação para identificação de riscos de incêndio

Risco de Incêndio						
Nº	Situação	S	N	NA	Observações	
1	Prevenção	Existe risco de incêndio ou de explosão por possuir substâncias inflamáveis?		X	As substâncias inflamáveis estão num armazém anexo.	
2		Existem fugas de combustível?		X		
3		Existem locais com formação de faíscas?		X		
4		A instituição disponibiliza formação para a reação contra incêndio?	X			
4.1		Se sim, essa formação é adequada?		X		
5	Foi fornecido à central de bombeiros o plano de emergência do serviço?		X		Existe um plano de emergência geral e foi cedido aos bombeiros de Vila do Conde, falta a aprovação dos bombeiros da Póvoa de Varzim.	
6	Proteção Ativa	Existe um botão de alarme de incêndio no serviço?		X		
6.1		Se sim, encontra-se em boas condições e desobstruído?			X	
7		Existem detetores de incêndio?	X			
7.1		Se sim, encontram-se em boas condições e desobstruídos?	X			
7.2		Se sim, são sujeitos a manutenção periódica.	X			
8		Existem aspersores?		X		
8.1		Se sim, encontram-se em boas condições e desobstruídos?			X	
8.2		Se sim, são sujeitos a manutenção periódica?			X	
9		Existem extintores?	X			Existem dois extintores um na zona de receção e outro na zona de preparação.
9.1		Se sim, encontram-se operacionais?	X			
9.2		Se sim, encontram-se visíveis e acessíveis?	X			
9.3		Se sim, são acompanhados da respetiva sinalização?	X			
9.4		Se sim, existe um plano de manutenção periódica?	X			
10		Proteção Passiva	Existem portas corta-fogo?		X	
10.1	Se sim, encontram-se em boas condições?				X	
11	Existe sinalização de segurança?			X		
11.1	Se sim, encontra-se colocada de forma adequada?				X	
12	Os elementos estruturais possuem resistência ao fogo?		X			
13	As portas abrem no sentido da evacuação?			X		

Tabela 26 – Lista de verificação para identificação de riscos mecânicos

Riscos Mecânicos						
Nº		Situação	S	N	NA	Observações
1	Piso	O piso encontra-se em boas condições?	X			
2		O pavimento é regular, de material não escorregadio e é mantido limpo?	X			
3		São colocados sinais de aviso de piso escorregadio?		X		Não é possível colocar-se devido à falta de espaço, mas as assistentes operacionais avisam que o piso está molhado.
4	Vias de Circulação	As vias de circulação são suficientemente largas, de forma a evitar choques com os equipamentos?		X		
5		As vias de circulação encontram-se livres de obstáculos?	X			
6	Produtos e Equipamentos	A distância entre as máquinas permite a realização das tarefas sem risco de colisão com as mesmas?	X			
7		Os postos de trabalho estão suficientemente protegidos de possíveis riscos externos às tarefas de cada posto?	X			
8		Cada equipamento possui um local apropriado de arrumação e de fácil acesso?	X			
9		São manipulados objetos ou equipamentos com saliências e esquinas?	X			
10		É necessário movimentar equipamentos pesados?	X			Movimentação de prateleiras móveis e das cassetes de distribuição em dose unitária.
11		Os produtos são armazenados em altura?	X			
12		São utilizados objetos cortantes ou perfurantes?	X			
13	São manipulados materiais com temperaturas elevadas?		X			

Tabela 27 – Lista de verificação para identificação dos riscos associados à utilização de substâncias químicas

Riscos Associados à Utilização de Substâncias Químicas						
Nº		Situação	S	N	NA	Observações
1	Substâncias	São utilizadas substâncias químicas nos SF?	X			Para além dos medicamentos, são produzidos manipulados e utilizados detergentes e desinfetantes.
1.1		Se sim, encontram-se armazenados em local específico?	X			
1.2		Se sim, encontram-se devidamente rotulados?	X			
2		Os trabalhos realizados produzem substâncias químicas sob a forma de vapor, fumo, gás ou pó?	X			
2.1		Se sim, essas substâncias são tóxicas ou nocivas por inalação?	X			
3	Sistemas de Ventilação e Ar Condicionado	Existe um sistema de ventilação?		X		
3.1		Se sim, encontra-se em bom estado de funcionamento e é eficiente?			X	
3.2		Se sim, é sujeito a manutenções frequentes?			X	
4		Existe um sistema de ar condicionado?	X			
4.1		Se sim, encontra-se em bom estado de funcionamento e é eficiente?	X			
4.2		Se sim, é sujeito a manutenções frequentes?	X			
5	Proteção	São utilizados equipamentos de proteção coletiva (ex. hote)?		X		
5.1		Se sim, os profissionais sabem como utilizá-los corretamente?			X	
5.2		Se sim, são sujeitos a manutenção frequente?			X	
6		São utilizados equipamentos de proteção individual aquando da sua manipulação?	X			
7		Os profissionais possuem formação para o manuseamento das substâncias químicas?	X			
8		É realizada avaliação periódica frequente ao nível de contaminantes químicos no ar?		X		
9		A saúde dos trabalhadores expostos é sujeita a vigilância?	X			
10		Está definido um plano de primeiros socorros?	X			São seguidas as indicações das fichas técnicas dos produtos.

Tabela 28 – Lista de verificação para identificação dos riscos biológicos

Riscos Biológicos						
Nº		Situação	S	N	NA	Observações
1	Agentes Biológicos	As tarefas realizadas implicam o contacto com agentes biológicos ou com pessoas que possam estar infetadas?	X			
2		Os profissionais têm conhecimento do grau de perigosidade dos contaminantes biológicos que estão ou podem estar presentes?	X			
3		Os profissionais recebem formação adequada de maneira a que consigam realizar eficaz e eficientemente a sua atividade sem correr riscos desnecessários?	X			
4		Os profissionais recebem vacinas específicas aos riscos a que estão expostos?	X			
5	Limpeza e Desinfecção	Os profissionais higienizam as mãos sempre que regressam da visita a um serviço clínico?	X			
6		Existe algum programa relativo à limpeza dos SF?	X			Existe mas não está escrito.
6.1		Se sim, a limpeza é efetuada frequentemente?	X			A limpeza é realizada diariamente.
7		Existe algum programa relativo à desinfecção dos SF?	X			
7.1		Se sim, a desinfecção é efetuada frequentemente?	X			
8		Todos os materiais provenientes dos diferentes serviços clínicos são limpos e desinfetados?		X		As cassetes de distribuição unitária são limpas e desinfetadas. No caso dos cestos que vêm dos serviços apenas se substituem os sacos que os foram. Algumas pegas destes cestos são também substituídas por adesivos e ligaduras.
9	Resíduos	Encontra-se estabelecido algum programa relativo à gestão dos resíduos produzidos?	X			

Tabela 29 – Lista de verificação para identificação dos riscos para o ambiente

Riscos para o Ambiente						
Nº		Situação	S	N	NA	Observações
1		Existe um plano de gestão ambiental?		X		Embora não exista um plano ambiental escrito há a preocupação por parte dos SF em fazer a separação dos resíduos recicláveis e em reutilizar papel.
2	Ruído	Os equipamentos estão dotados de sistemas de isolamento para ruídos?		X		
3		Existe uma avaliação periódica do nível de ruído dos SF?		X		
4	Resíduos	É realizada a separação de resíduos de acordo com o seu grau de perigosidade?	X			
5		Os resíduos dos grupos I e II são acondicionados em contentores próprios?	X			
5.1		Se sim, possuem saco preto no interior?	X			
5.2		Se sim, possuem tampa?		X		
5.3		Se sim, possuem pedal?		X		
6		Os resíduos dos grupos III e IV são armazenados em contentores próprios?	X			
6.1		Se sim, no caso dos resíduos do grupo III, possuem saco de cor branca no interior?			X	
6.2		Se sim, no caso dos resíduos do grupo IV, possuem saco de cor vermelha no interior?	X			
6.3		Se sim, possuem tampa?	X			
6.4		Se sim, possuem pedal?	X			
6.5	Se sim, possuem o sinal de perigo biológico?		X			
7	Os resíduos cortantes e perfurantes são acondicionados em contentores próprios?	X				
7.1	Se sim, possuem tampa?	X				
7.2	Se sim, possuem o sinal de perigo biológico?	X				
8	É realizada separação de resíduos recicláveis?	X				
9	Os resíduos são recolhidos diariamente?	X				
10	Os resíduos gerados são sujeitos a tratamento?	X			Por uma empresa externa.	

Tabela 30 – Lista de verificação para identificação dos riscos associados à organização e limpeza

Riscos Associados à Organização e Limpeza					
Nº	Situação	S	N	NA	Observações
1	O pavimento mantém-se limpo e desimpedido?	X			
2	As vias de circulação destinadas ao circuito de pessoas e de equipamentos amovíveis (simultaneamente) permitem fazê-lo sem interferências e em segurança?		X		A circulação de carros de transporte e de pessoas simultaneamente é difícil devido à largura das zonas de circulação.
3	A distância entre máquinas/aparelhos permite a realização das tarefas sem risco de colisão entre os trabalhadores e utentes?	X			
4	O espaço de trabalho mantém-se limpo, organizado, livre de obstáculos e possui o equipamento necessário para manter a limpeza e organização?	X			
5	Existe tempo destinado à manutenção, organização e limpeza de cada posto de trabalho e respetivos equipamentos?	X			
6	O armazenamento é realizado por algum critério que facilite uma identificação clara e fácil dos produtos?	X			Os produtos são armazenados por ordem alfabética segundo a sua DCI.
7	Cada ferramenta possui um local adequado e de fácil arrumação?	X			
8	A distância entre máquinas/mobiliário permite a realização das tarefas sem risco de colisão entre os trabalhadores e utentes?	X			
9	O espaço de trabalho mantém-se limpo, organizado, livre de obstáculos e possui o equipamento necessário para manter a limpeza e organização?		X		A secretária das farmacêuticas tem muitos documentos (prontuários, livros, capas de arquivo...) e há dificuldades em aceder a alguns deles.
10	Cada ferramenta possui um local adequado e de fácil arrumação?		X		
11	Existe tempo destinado à manutenção, organização e limpeza de cada posto de trabalho e respetivo mobiliário?	X			
12	Existe tempo destinado à manutenção, organização e limpeza de cada posto de trabalho e respetivo mobiliário?	X			

Tabela 31 – Lista de verificação para identificação dos riscos relacionados com o equipamento de proteção individual

Riscos Relacionados com o Equipamento de Proteção Individual					
Nº	Situação	S	N	NA	Observações
1	Os EPI's são de uso obrigatório e constam no regulamento interno?	X			
2	A instituição disponibiliza todos os EPI's necessários?	X			
3	Os profissionais estão informados sobre a utilização dos EPI's (que parte do corpo protegem, de que risco protegem e como se colocam)?	X			
4	Os profissionais utilizam adequadamente os EPI's disponíveis?	X			
5	Os EPI's encontram-se bem localizados e identificados?	X			
6	Os EPI's apresentam bom estado de conservação e funcionamento?	X			
7	Os EPI's estão higienizados?	X			
8	Os profissionais certificam-se que os EPI's estão higienizados?	X			
9	Encontra-se claramente definido o responsável pela distribuição, manutenção e substituição dos EPI's?	X			

Tabela 32 – Lista de verificação para identificação de riscos ergonómicos

Riscos Ergonómicos					
Nº	Situação	S	N	NA	Observações
1	As tarefas são realizadas de forma segura, sem esforços e/ou sem movimentos bruscos?		X		As tarefas exigem o manuseamento de cargas pesadas sem pegas.
2	Os profissionais diversificam a posição em que trabalham, alterando entre a posição sentado e em pé?	X			
3	Durante o desempenho das suas tarefas os profissionais assumem uma postura correta para a coluna?		X		A bancada da zona de preparação é ligeiramente baixa, o que dificulta algumas tarefas.
4	Nas tarefas realizadas, os braços são mantidos abaixo da linha dos ombros?		X		Existem tarefas que exigem a colocação de cargas pesadas em zonas acima da linha dos ombros.
5	O ambiente de trabalho encontra-se adaptado ao esforço físico exigido pelas tarefas?	X			
6	Os profissionais usam calçado apropriado?	X			
7	As tarefas realizadas exigem alguma deslocação?	X			Deslocação aos serviços e aos armazéns de soros e inflamáveis.
8	As cargas manuseadas possuem peso inferior a 25 kg?		X		
9	A forma e o volume das cargas transportadas permitem um manuseamento fácil e seguro?		X		Há caixas de produtos que são pesadas e que não têm pegas que facilitem o manuseamento.
10	Os profissionais recebem formação acerca da movimentação de cargas de forma segura?	X			
11	Os objetos têm pegas para que possam ser agarrados com facilidade e estão livres de pregos, lascas ou bordas cortantes?		X		As malas destinadas à distribuição unidose possuem umas bordas que podem provocar cortes.
12	Existem locais específicos para o armazenamento dos materiais?	X			
14	Os locais previstos para armazenamento têm espaço suficiente, encontrando-se devidamente delimitados e sinalizados?	X			
15	Os locais de armazenamento possuem pavimento resistente e homogéneo?	X			
16	A forma e a resistência dos materiais permitem o seu empilhamento de forma estável?	X			
17	A temperatura é inferior a 21°C?		X		A temperatura é de aproximadamente 23 °C
18	A humidade relativa do ar é inferior a 60%?	X			
19	Os profissionais encontram-se protegidos de correntes de ar?	X			
20	As superfícies quentes (janelas, tetos e equipamentos) encontram-se devidamente protegidos?	X			
21	As tarefas realizadas exigem um alto nível de concentração?	X			
22	O trabalho permite pausas?	X			
23	As tarefas possibilitam a existência de alguma falha por parte dos profissionais sem que afete de forma crítica a segurança das pessoas e das instalações?	X			As falhas têm de ser minimizadas e todos os profissionais estão cientes desse facto.
24	O ritmo de trabalho é afetado por fatores externos?	X			O ritmo de trabalho é afetado pela receção de encomendas, pela satisfação das receitas de ambulatório e pelos pedidos efetuados pelos serviços, em período de férias dos profissionais.
25	O ritmo de trabalho exigido é facilmente alcançado por trabalhadores experientes?	X			
26	A quantidade de informação recebida diariamente por cada trabalhador é razoável?	X			
27	A informação transmitida é simples, clara e não necessita de memorização?		X		Muitas vezes é necessário memorizar a informação por longos períodos de tempo
28	O ambiente físico existente facilita o desempenho das tarefas?	X			
29	Os trabalhadores são experientes e estão a par dos procedimentos de trabalho para cada equipamento utilizado?	X			
30	O trabalho é realizado sem frequentes interrupções de terceiros?	X			

31	Condições de iluminação	Os níveis de iluminação existentes a nível geral e a nível localizado são os mais adequados, considerando as tarefas realizadas?	X			
32		A iluminação propicia um bom ambiente de trabalho?	X			
33		Os trabalhadores manifestam, por vezes, fadiga visual?	X			Esporadicamente devido à temperatura ambiente e à utilização consecutiva de computadores.
34		Existem problemas de encandeamento?		X		
35		Os postos de trabalho estão localizados para que se evitem os reflexos nas superfícies de trabalho?	X			As janelas possuem estores ajustáveis.
36		Existem sistemas de iluminação de emergência devidamente sinalizados?		X		
37		Está estabelecido um programa de manutenção da iluminação de maneira a assegurar os níveis adequados a cada atividade?	X			
38		É efetuada uma limpeza regular das fontes de iluminação?		X		
39		Está implementado um plano de vigilância médica e optométrica?		X		

Tabela 33 – Lista de verificação para identificação de riscos associados à organização de recursos de trabalho

Riscos Associados à Organização de Recursos e Trabalho					
Nº	Situação	S	N	NA	Observações
1	O nível de qualificação e formação dos profissionais está de acordo com as tarefas que realizam?	X			
2	Os profissionais percebem qual o contributo das tarefas que realizam para os objetivos globais do serviço/da instituição?	X			
3	A realização das tarefas é realizada de forma planeada e organizada?	X			
4	Existe um documento com a discriminação das funções de cada um dos profissionais?	X			
5	Os trabalhadores possuem autonomia suficiente para resolver incidentes que possam surgir?	X			
6	As orientações fornecidas pelas chefias aos profissionais para a realização das tarefas são claras e precisas?	X			
7	Os profissionais são informados acerca da qualidade do trabalho que realizam?	X			
8	Na distribuição e atribuição das tarefas é tida em conta a opinião dos profissionais interessados?	X			
9	Os profissionais podem dar sugestões para melhoria do funcionamento do serviço?	X			
10	O clima de trabalho possibilita boas relações interpessoais entre os trabalhadores?	X			
11	Sempre que existem conflitos entre trabalhadores há a preocupação por parte dos intervenientes e da chefia na sua resolução?	X			

Tabela 34 – Lista de verificação para identificação dos riscos específicos dos SF

Riscos Específicos dos SF					
Nº	Situação	S	N	NA	Observações
1	Os SF possuem fácil acesso (interno e externo)?	X			
2	Todas as áreas constituintes dos SF encontram-se no mesmo piso?	X			
3	O sistema para distribuição a doentes de ambulatório possui entrada exterior aos SF?	X			
4	Os SF estão próximos dos elevadores?		X		Devido a este facto, todos os produtos são transportados em carros próprios.
5	A zona de receção de produtos tem acesso direto para o exterior?	X			
6	A zona de receção de produtos possui área de manobra e estacionamento de carros de transporte?	X			
7	A zona de receção é separada da zona de armazém, mas de fácil acesso a ela?	X			
8	A zona de receção possui uma porta de largura suficiente para a entrada de grandes volumes?	X			
9	Na zona de receção, as remessas são protegidas em relação às condições climáticas?	X			
10	Existe um balcão a separar a zona de receção da zona de conferência das remessas?	X			
11	Procede-se à conferência qualitativa e quantitativa dos produtos recebidos?	X			Realiza-se sempre a conferência dos produtos, contudo nem sempre é quando os transportadores estão presentes devido ao grande fluxo de encomendas. Os estupefacientes e material de frio são sempre conferidos na presença do transportador.
12	Procede-se à conferência da guia de remessa com a nota de encomenda?	X			
13	É efetuado um registo de entrada do produto?	X			
14	O envio dos produtos para armazenamento tem em atenção os critérios técnicos (condições especiais de armazenagem, segurança especial de medicamentos)?	X			
15	O local de armazenamento é de fácil limpeza?	X			
16	O local de armazenamento possui uma fechadura exterior que permita o seu encerramento?	X			
17	O local de armazenamento possui condições de rotação de stock (os produtos com prazo de validade mais curto são os primeiros a sair)?	X			
18	As janelas encontram-se protegidas contra a entrada de pessoas e de animais?	X			
19	As portas são suficientemente largas para a circulação das cargas?	X			
20	As condições ambientais de armazenamento são monitorizadas continuamente e registadas?	X			
21	As condições ambientais de armazenamento são adequadas (temperatura inferior a 25 °C, proteção da luz solar direta e humidade inferior a 60 %)?	X			
22	Os medicamentos são arrumados em prateleiras ou gavetas (nunca no chão) de forma a haver circulação de ar entre eles?	X			
23	Os medicamentos possuem um sistema de rotulação adequado?	X			
24	Os medicamentos possuem um sistema de rotulação inequívoco?		X		Alguns medicamentos possuem invólucros e nomes semelhantes, o que pode originar erros.
25	Os medicamentos de alerta elevado possuem rotulação específica para os diferenciar?		X		
26	Os medicamentos estão arrumados por ordem alfabética?	X			
27	Os estupefacientes e benzodiazepinas são armazenados em local individualizado (metálico) com fechadura de segurança?	X			
28	A entrada e saída de estupefacientes e benzodiazepinas é realizada em documentos próprios?	X			
29	Existe um frigorífico para armazenamento de medicamentos e reagentes que necessitam de refrigeração?	X			
29.1	Se sim, a temperatura é monitorizada e registada?	X			
29.2	Se sim, possui um sistema de alarme automático?	X			
30	Os prazos de validade são devidamente controlados e verificados?	X			
30.1	Se sim, são controlados por via informática?	X			Verifica-se a medicação que termina o prazo nos 3 meses seguintes e tenta-se escoar o stock para os serviços onde há maior consumo desse produto. Contudo, não se tem acesso ao prazo de validade dos produtos que estão armazenados nos armários de recurso dos SC (o enfermeiro chefe é o responsável por essa verificação).
31	Existe revisão periódica ao estado de conservação dos medicamentos?	X			
32	A re-embalagem de medicamentos unidose é realizada de forma a assegurar a	X			

	segurança e qualidade do produto?				
33	Os profissionais que operam a máquina de re-embalagem têm formação e treino adequados?	X			
34	O prazo de validade do medicamento re-embalado tem em conta o prazo de validade inicial desse medicamento?	X			
35	É realizada uma limpeza à máquina após a mudança de medicamento?	X			É realizada uma desinfeção com álcool a 70 %.
36	O medicamento re-embalado é identificado com a denominação comum internacional, dosagem, prazo de validade e lote de fabrico?	X			Para além disto, tem ainda a identificação do centro hospitalar.
37	Na zona de preparação de manipulados é proibido comer, beber e fumar?	X			
38	Os equipamentos da zona de preparação são de fácil limpeza?	X			
39	As superfícies das bancadas de preparação são de fácil limpeza?	X			Todas as superfícies são em aço inox.
40	As superfícies das bancadas são limpas quando se altera o manipulado a preparar?	X			
41	Quando têm doenças ou lesões da pele ou doenças transmissíveis, os profissionais são afastados da zona de preparação?		X		
42	Antes da produção de manipulados, o profissional certifica-se que estão reunidas todas as condições ambientais e de limpeza necessárias?	X			
43	Antes da produção de manipulados, o profissional certifica-se que tem na bancada todo o material necessário à preparação do produto final?	X			
44	Os produtos manipulados são devidamente rotulados?	X			
45	Os equipamentos presentes nos serviços farmacêuticos são regularmente calibrados?	X			
46	Existe um manual de procedimentos para a distribuição de medicamentos?	X			Incluído no manual de procedimentos dos SF.
47	O registo farmacoterapêutico menciona o diagnóstico, doenças crónicas existentes e alergias?	X			
48	A dispensa de medicamentos só é efetuada perante a apresentação de uma prescrição médica (informatizada ou manual)?	X			
49	A distribuição de medicamentos em unidose é realizada em cassetes com a respetiva identificação do doente?	X			
50	A prescrição médica é validada por um farmacêutico?	X			
51	A preparação das cassetes é realizada com o apoio de equipamentos semiautomáticos?		X		
52	Relativamente à distribuição de medicamentos a doentes em ambulatório, existe um registo que permite obter informação sobre: medicamentos dispensados, doentes, diagnóstico, reações adversas e custos?	X			
53	São fornecidos folhetos informativos aos doentes de ambulatório sobre a utilização correta e a importância da adesão terapêutica?	X			São cedidos folhetos sobre os medicamentos biológicos. No caso da medicação para as puerperas a informação é cedida oral e pessoalmente. No caso da medicação cedida aquando da cirurgia de ambulatório é colocada uma etiqueta com indicação da posologia.
54	Os serviços farmacêuticos possuem um centro de informação de medicamentos (CIM)?	X			
55	Se sim, é efetuado um registo das informações cedidas?	X			
56	Se sim, tem um manual de procedimentos?	X			Está contido no manual de procedimentos da farmácia.
57	São distribuídos pelos serviços farmacêuticos medicamentos experimentais?		X		
58	Os serviços farmacêuticos procedem à recolha e registo adequado de ações adversas graves ou não esperadas a um medicamento?	X			
59	Se sim, depois procede ao envio desses dados para o Serviço Nacional de Farmacovigilância?	X			
60	A gestão de stocks é efetuada informaticamente, com atualização automática de stocks?	X			
61	O ponto de encomenda dos produtos é atribuído informaticamente?		X		O sistema informático não prevê a sazonalidade do consumo dos produtos, o que levaria a um aumento do capital parado e aumento do desperdício com prazos de validade expirados.
62	O controlo das existências dos medicamentos existentes nos serviços farmacêuticos é efetuado pelo menos uma vez por ano?	X			
63	Existe um registo de eventos adversos ocorridos?		X		

Tabela 35 – Lista de verificação para identificação dos riscos no armazém de medicamentos corretivos da volémia

Riscos no Armazém de Medicamentos Corretivos da Volémia						
Nº	Situação	S	N	NA	Observações	
1	A porta possui largura suficiente para a entrada de carrinhos de transporte?		X		É difícil entrar quando se transportam paletes de soros. A porta encontra-se arranhada.	
2	A porta possui fechadura?	X				
3	A porta abre para o exterior?		X			
4	Trata-se de uma porta corta-fogo? Se sim, encontra-se em boas condições?		X			
5	O armazém e o espaço envolvente possuem espaço para a manobra de carros de transporte?		X		O espaço envolvente é muitas vezes ocupado pelos carrinhos de transporte da rouparia, o que dificulta a manobra dos carros dos SF.	
6	As paredes e o pavimento são de fácil limpeza?	X				
7	Existe tempo destinado à manutenção, ordem e limpeza de cada posto de trabalho e respetivos equipamentos?	X			1 vez por mês.	
8	As vias de circulação são suficientemente largas?		X			
9	As vias de circulação estão delimitadas e desobstruídas?	X				
10	As janelas encontram-se protegidas contra a entrada de pessoas e de animais?	X				
11	A estrutura encontra-se em bom estado de conservação?		X		São evidentes sinais de infiltração, mas não parecem ser prejudiciais nem para os produtos nem para os profissionais.	
12	Existe um botão de alarme de incêndio no serviço?		X			
12.1	Se sim, encontra-se em boas condições e desobstruído?			X		
13	Existem detetores de incêndio?		X			
13.1	Se sim, encontram-se em boas condições e desobstruídos?			X		
13.2	Se sim, são sujeitos a manutenção periódica.			X		
14	Existem aspersores?		X			
14.1	Se sim, encontram-se em boas condições e desobstruídos?			X		
14.2	Se sim, são sujeitos a manutenção periódica?			X		
15	Existem extintores?		X			
15.1	Se sim, encontram-se operacionais?			X		
15.2	Se sim, encontram-se visíveis e acessíveis?			X		
15.3	Se sim, são acompanhados da respetiva sinalização?			X		
15.4	Se sim, existe um plano de manutenção periódica?			X		
16	Existem quadros elétricos?		X			
16.1	Caso exista, o quadro elétrico está protegido de forma a que o acesso às zonas sob tensão seja impedido?			X		
17	O sistema elétrico está sujeito a humidade?		X			
18	Os níveis de iluminação existentes são os mais adequados, considerando as tarefas realizadas?	X				
19	É realizada uma monitorização e registo da temperatura (os soros devem estar entre 4 °C e 25 °C)?		X			
20	Os produtos são armazenados de maneira a permitir a rotação de stocks (sai primeiro, o produto com menor prazo de validade)?	X				
21	O armazenamento é realizado por algum critério que facilite uma identificação clara e fácil dos produtos?	X				
22	Os produtos são colocados em prateleiras ou gavetas (nunca no chão) de forma a haver circulação de ar entre eles?	X				
23	Os soros encontram-se devidamente rotulados?	X				
24	É efetuada uma revisão periódica ao estado de conservação dos soros e do seu prazo de validade?	X				
25	Os prazos de validade dos soros são controlados por via informática?	X				
26	O controlo das existências dos soros existentes é efetuado pelo menos uma vez por ano?	X			O controlo é realizado todas as semanas.	

Tabela 36 – Lista de verificação para identificação dos riscos no armazém de produtos inflamáveis

Riscos no Armazém de Produtos Inflamáveis						
Nº		Situação	S	N	NA	Observações
1	Estrutura	O armazém de produtos inflamáveis possui acesso pelo interior?		X		
2		A porta possui fechadura?	X			
3		A porta possui abertura para o exterior?		X		
4		Trata-se de uma porta corta-fogo? Se sim, encontra-se em boas condições?		X		
5		O local é ventilado?		X		Não suficientemente.
6		O armazém e o espaço envolvente possuem espaço para a manobra de carros de transporte?	X			
7		As paredes interiores são reforçadas e resistentes ao fogo?	X			
8		As paredes e o pavimento são de fácil limpeza?		X		As paredes são de fácil limpeza, mas o chão é de cimento.
9		O chão é impermeável?		X		
10		Existe tempo destinado à manutenção, ordem e limpeza do armazém?	X			1 vez por mês
11		As janelas encontram-se protegidas contra a entrada de pessoas e de animais?	X			
12		A estrutura encontra-se em bom estado de conservação?	X			
13	Proteção contra incêndio	Existem extintores?	X			
13.1		Se sim, encontram-se operacionais?	X			
13.2		Se sim, encontram-se visíveis e acessíveis?	X			
13.3		Se sim, está devidamente sinalizado?		X		
14		A estrutura possui botão de alarme de incêndio?		X		
14.1		Se sim, encontra-se em boas condições e desobstruído?			X	
15		Existem detetores de incêndio?		X		
15.1		Se sim, encontram-se em boas condições e desobstruídos?			X	
16		Existem aspersores?		X		
16.1		Os aspersores encontram-se em boas condições e desobstruídos?			X	
17	Instalações Elétricas	Existem quadros elétricos?		X		
17.1		Caso exista, o quadro elétrico está protegido de forma a que o acesso às zonas sob tensão seja impedido?			X	
18		O sistema elétrico está sujeito a humidade?		X		
19		São realizados a monitorização e o registo de temperatura?		X		
20		Os níveis de iluminação existentes são os mais adequados, considerando as tarefas realizadas?	X			
21		Os produtos são armazenados de maneira a permitir a rotação de stocks (sai primeiro, o produto com menor prazo de validade)?	X			
22	Condições de Armazenamento	O armazenamento é realizado por algum critério que facilite uma identificação clara e fácil dos produtos?	X			
23		Os produtos são colocados em prateleiras ou gavetas (nunca no chão) de forma a haver circulação de ar entre eles?	X			
24		Os produtos encontram-se devidamente rotulados?	X			
25		É efetuada uma revisão periódica ao estado de conservação dos produtos e do seu prazo de validade?	X			
26		Os prazos de validade dos produtos são controlados por via informática?	X			
27		O controlo das existências dos produtos existentes é efetuado pelo menos uma vez por ano?	X			

Anexo III – Folha de Registo de Eventos Adversos nos Serviços Farmacêuticos



Registo de Eventos Adversos
(Por ocorrência)
Serviços Farmacêuticos



Universidade do Minho
Faculdade de Engenharia

<p style="text-align: center;">Evento Adverso</p> <p>Data: ____/____/____ Hora: ____:____h</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Distribuição em Dose Unitária</p> <p><input type="checkbox"/> Erro de validação da prescrição médica</p> <p><input type="checkbox"/> Erro na informação cedida no serviço de informação de medicamentos</p> <p><input type="checkbox"/> Erro na preparação das malas</p> <p><input type="checkbox"/> Erro na verificação das malas</p> <p><input type="checkbox"/> Gaveta das malas com alguma sujidade</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Distribuição Clássica</p> <p><input type="checkbox"/> Erro nos pedidos de reposição de stocks</p> <p><input type="checkbox"/> Erro na preparação dos cestos</p> <p><input type="checkbox"/> Erro na verificação da preparação dos cestos</p> <p><input type="checkbox"/> Erro na preparação da medicação dos doentes da UCA</p> <p><input type="checkbox"/> Erro na verificação da preparação da medicação dos doentes da UCA</p> <p><input type="checkbox"/> Falhas no transporte de produtos que necessitam de frio</p> <p><input type="checkbox"/> Falhas no manuseamento da máquina de reembalagem</p> <p><input type="checkbox"/> Erros na produção de manipulados</p> <p><input type="checkbox"/> Erros na atribuição de lotes internos e validades a manipulados</p> <p><input type="checkbox"/> Erro na distribuição de estupefacientes</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Aquisição/Armazenamento de Produtos</p> <p><input type="checkbox"/> Erros na receção de medicamentos</p> <p><input type="checkbox"/> Erros na entrada de produtos no sistema informático</p> <p><input type="checkbox"/> Erro no sistema de faltas</p> <p><input type="checkbox"/> Rutura de medicamentos por omissão do registo de faltas</p> <p><input type="checkbox"/> Rutura de medicamentos por falta de compromisso da administração</p> <p><input type="checkbox"/> Rutura de medicamentos por esgotamento do produto nos fornecedores</p> <p><input type="checkbox"/> Armazenamento de produtos em local errado</p> <p><input type="checkbox"/> Armazenamento de produtos que não cumprem as condições exigidas</p> <p><input type="checkbox"/> Produtos não armazenados segundo a regra FEFO</p> <p><input type="checkbox"/> Produto com prazo de validade expirado</p> <p><input type="checkbox"/> Falhas na temperatura do frigorífico/termohigrómetro</p> <p><input type="checkbox"/> Erro na contabilização de stocks</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de material do serviço de aprovisionamento (papel, luvas, etc.)</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Lesões</p> <p><input type="checkbox"/> Lesão devido ao choque com os vários carros de transporte</p> <p><input type="checkbox"/> Lesão devido ao manuseamento do armário rotativo</p> <p><input type="checkbox"/> Lesão devido a corte (com tesouras, papel, vidros partidos, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Lesão devido ao manuseamento de cargas (malas unidose, caixas, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Dores devido à posição de trabalho</p> <p><input type="checkbox"/> Outro: _____</p>	<p style="text-align: center;">Quem Detetou</p> <p><input type="checkbox"/> Farmacêutico</p> <p><input type="checkbox"/> Técnico de Diagnóstico e Terapêutica</p> <p><input type="checkbox"/> Assistente Operacional</p> <p><input type="checkbox"/> Assistente Técnica</p> <p><input type="checkbox"/> Outro: _____</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Quem Foi Afetado</p> <p><input type="checkbox"/> Utente</p> <p><input type="checkbox"/> Profissional</p> <p><input type="checkbox"/> Outro: _____</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Gravidade das Consequências</p> <p><input type="checkbox"/> Insignificante</p> <p><input type="checkbox"/> Negligenciável</p> <p><input type="checkbox"/> Marginal</p> <p><input type="checkbox"/> Crítico</p> <p><input type="checkbox"/> Catastrófico</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Fatores Contribuintes</p> <p><input type="checkbox"/> Fatores cognitivos (compreensão, conhecimento, lapsos, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Fatores relacionados com o desempenho (erro técnico, má aplicação de boas práticas, aplicação de más práticas, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Fatores relacionados com o comportamento (distração, esquecimento, fadiga, excesso de confiança, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Fatores relacionados com a comunicação</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Observações</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Figura 36 – Folha de registo de eventos adversos (por ocorrência).

Anexo IV – Folha de Registo de Não Conformidades na Satisfação de Receitas de Ambulatório



Registo de Falhas na Satisfação de Receitas de Ambulatório
(Por ocorrência)
Serviços Farmacêuticos



Universidade do Minho
Escola de Engenharia

<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">Registo da Falha</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p>Hora: ____:____ h</p> <p style="text-align: center;">Distribuição de Ambulatório</p> <p><input type="checkbox"/> Não conformidade na dispensa de desogestrel às puerperas</p> <p><input type="checkbox"/> Não conformidade na dispensa de medicamentos a doentes de ambulatório</p> <p><input type="checkbox"/> Outra _____</p> </div>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">Causa</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de prescrição</p> <p><input type="checkbox"/> Prescrição incompleta</p> <p><input type="checkbox"/> Outro _____</p> </div>				
<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center;">Quem Detetou</th> <th style="width: 50%; text-align: center;">Observações</th> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Farmacêutico <input type="checkbox"/> Técnico de Diagnóstico e Terapêutica <input type="checkbox"/> Assistente Operacional <input type="checkbox"/> Assistente Técnica <input type="checkbox"/> Outro _____ </td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </table> </div>	Quem Detetou	Observações	<input type="checkbox"/> Farmacêutico <input type="checkbox"/> Técnico de Diagnóstico e Terapêutica <input type="checkbox"/> Assistente Operacional <input type="checkbox"/> Assistente Técnica <input type="checkbox"/> Outro _____		<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">Reação do Utente</p> <p><input type="checkbox"/> O utente não manifestou desagrado</p> <p><input type="checkbox"/> O utente manifestou desagrado</p> <p><input type="checkbox"/> O utente fez uma reclamação verbal</p> <p><input type="checkbox"/> O utente fez uma reclamação escrita</p> <p><input type="checkbox"/> Outro _____</p> </div>
Quem Detetou	Observações				
<input type="checkbox"/> Farmacêutico <input type="checkbox"/> Técnico de Diagnóstico e Terapêutica <input type="checkbox"/> Assistente Operacional <input type="checkbox"/> Assistente Técnica <input type="checkbox"/> Outro _____					

<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">Registo da Falha</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p>Hora: ____:____ h</p> <p style="text-align: center;">Distribuição de Ambulatório</p> <p><input type="checkbox"/> Não conformidade na dispensa de desogestrel às puerperas</p> <p><input type="checkbox"/> Não conformidade na dispensa de medicamentos a doentes de ambulatório</p> <p><input type="checkbox"/> Outra _____</p> </div>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">Causa</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de prescrição</p> <p><input type="checkbox"/> Prescrição incompleta</p> <p><input type="checkbox"/> Outro _____</p> </div>				
<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center;">Quem Detetou</th> <th style="width: 50%; text-align: center;">Observações</th> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Farmacêutico <input type="checkbox"/> Técnico de Diagnóstico e Terapêutica <input type="checkbox"/> Assistente Operacional <input type="checkbox"/> Assistente Técnica <input type="checkbox"/> Outro _____ </td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </table> </div>	Quem Detetou	Observações	<input type="checkbox"/> Farmacêutico <input type="checkbox"/> Técnico de Diagnóstico e Terapêutica <input type="checkbox"/> Assistente Operacional <input type="checkbox"/> Assistente Técnica <input type="checkbox"/> Outro _____		<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">Reação do Utente</p> <p><input type="checkbox"/> O utente não manifestou desagrado</p> <p><input type="checkbox"/> O utente manifestou desagrado</p> <p><input type="checkbox"/> O utente fez uma reclamação verbal</p> <p><input type="checkbox"/> O utente fez uma reclamação escrita</p> <p><input type="checkbox"/> Outro _____</p> </div>
Quem Detetou	Observações				
<input type="checkbox"/> Farmacêutico <input type="checkbox"/> Técnico de Diagnóstico e Terapêutica <input type="checkbox"/> Assistente Operacional <input type="checkbox"/> Assistente Técnica <input type="checkbox"/> Outro _____					

Figura 37 – Folha de registo de não conformidades na satisfação de receitas de ambulatório.

Anexo V - Livro do Microsoft Office Excel ® Tipo para Avaliação dos Riscos no CHPVC,EPE

Serviço: _____
 Capacidade de Ocupação: _____
 Horários Labutação: _____
 Localização: _____

Caraterização das Instalações

DENOMINAÇÃO	IMAGEM DO LOCAL	OBSERVAÇÕES
Sala xxx	FOTO	Descrição de funcionalidades
Sala xxx	FOTO	Descrição de funcionalidades

Figura 38 – Aspeto da primeira folha do livro do Microsoft Office Excel ® tipo para avaliação dos riscos no CHPVC,EPE.

Ponto a avaliar	Local	Equipamento/ Material	N	I	Perigo	Risco	Consequência	Avaliação				Medidas corretivas implementadas	Medidas corretivas a implementar
								F	S	Ps	N		

Figura 39 - Aspeto da segunda folha do livro do Microsoft Office Excel ® tipo para avaliação dos riscos no CHPVC,EPE.

Relatório

--	--

Figura 40 - Aspeto da terceira folha do livro do Microsoft Office Excel ® tipo para avaliação dos riscos no CHPVC,EPE.

Anexo VI - Evidências das Situações de Risco e das Medidas Implementadas



Figura 41 - Portas com abertura para o interior: A – porta de entrada nos SF; B – porta da zona de atendimento; C – porta da zona de receção de encomendas; D – porta do armazém de medicamentos corretivos da volémia; E – porta do armazém de produtos inflamáveis.



Figura 42 - Danos provocados por carros de transporte devido à largura da porta.



Figura 43 - Quadro elétrico sem sinalização.



Figura 44 - Falta de isolamento dos condutores elétricos.



Figura 45 – Falta de Sinalização de Segurança.



Figura 46 - Zona de farmacotecnia sem equipamentos de proteção coletiva.



Figura 47 - Reparação dos cestos com ligaduras e adesivos.



Figura 48 - Contentor de resíduos de tipo I e II sem tampa ou pedal.



Figura 49 - Contentor de resíduos de tipo IV sem sinalização.



Figura 50 - Material em excesso na secretária.



Figura 51 - Cargas com bordas cortantes.



Figura 52 - Temperatura superior a 21°C.

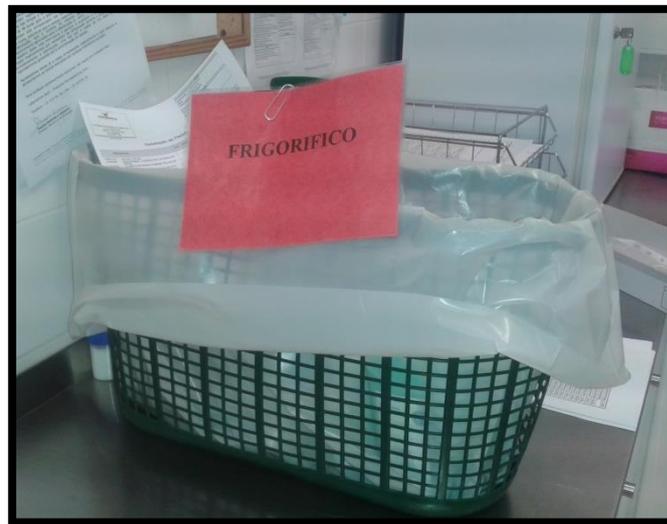


Figura 53 – Colocação de cartolina com a palavra “Frigorifico” no cesto de distribuição clássica.



Figura 54 – Colocação de cartolina com o nome do SC no frigorífico.

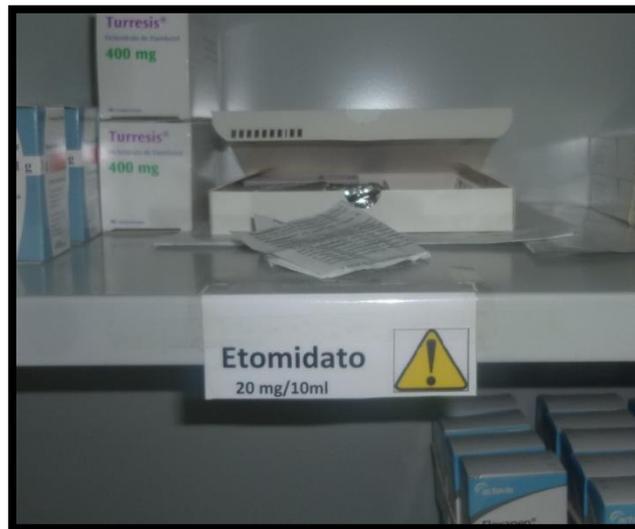


Figura 55 – Etiqueta de identificação de um dos medicamentos de alto risco.



Figura 56 – Gavetas de armazenamento de electrólitos concentrados.



Figura 57 – Sinalização de medicamentos LASA.

Anexo VII - Organização do Manual da Qualidade

Este CD contém o Manual da Qualidade dos Serviços Farmacêuticos.

A Parte II do Manual da Qualidade dos Serviços Farmacêuticos encontra-se dividida em Processos de Gestão (Tabela 35), Processos Operacionais (Tabela 36) e Processos de Suporte (Tabela 37).

Tabela 37 – Processos de Gestão

Processos		Procedimentos		Instruções de Trabalho		
Processos de Gestão	PG 1	Revisão pela Gestão	PG 1 – Proc 1	Revisão pela Gestão		
	PG 2	Dinamização do Sistema de Qualidade	PG 2 – Proc 1	Elaboração de Procedimentos		
			PG 2 – Proc 2	Controlo de Documentos, Dados, Registos		
			PG 2 – Proc 3	Auditorias Internas		
			PG 2 – Proc 4	Tratamento das Não Conformidades, Ocorrências, Sugestões e Reclamações		
	PG 3	Pilotagem dos SF	PG 3 – Proc 1	Manual de Procedimentos dos SF		
			PG 3 – Proc 2	Perfil dos Profissionais		
			PG 3 – Proc 3	Integração, Orientação, Formação e Ensino nos SF		
			PG 3 – Proc 4	Determinação das Necessidades por Atividades		
			PG 3 – Proc 5	Perfil do Cliente		
			PG 3 – Proc 6	Monitorização Qualitativa e Quantitativa do Desempenho		

Tabela 38 – Processos Operacionais

Processos		Procedimentos		Instruções de Trabalho		
Processos Operacionais	PO 1	Aquisição, Armazenamento	PO 1 – Proc 1	Aquisição de Medicamentos e Outros Produtos Farmacêuticos		
			PO 1 – Proc 2	Receção e Armazenamento de Medicamentos e Outros Produtos Farmacêuticos	PO 1 – Proc 2 – IT 1	Como Proceder em Caso de Avaria de um Frigorífico
					PO 1 – Proc 2 – IT 2	Como Proceder em Caso de Avaria da Arca Congeladora
			PO 1 – Proc 3	Controlo de Medicamentos e Outros Produtos Farmacêuticos		
	PO 2	Farmacotecnia	PO 2 – Proc 1	Produção de Medicamentos		
			PO 2 – Proc 2	Re-embalagem e Etiquetagem de Medicamentos	PO 2 – Proc 2 – IT 1	Normas de Funcionamento da Máquina de Re-embalagem
	PO 3	Distribuição de Medicamentos e Outros Produtos Farmacêuticos	PO 3 – Proc 1	Distribuição de Medicamentos Controlados		
			PO 3 – Proc 2	Distribuição Clássica		
			PO 3 – Proc 3	Distribuição por Reposição de Stocks Fixos		
			PO 3 – Proc 4	Distribuição Individual Diária em Dose Unitária		
			PO 3 – Proc 5	Distribuição de Medicamentos a Clientes Externos		
			PO 3 – Proc 6	Distribuição de Gases Medicinais		
			PO 3 – Proc 7	Controlo das Movimentações		
PO 4	Serviço de Informação	PO 4 – Proc 1	Fornecimento de Informação			

Tabela 39 – Processos de Suporte

Processos		Procedimentos		Instruções de Trabalho		
Processos de Suporte	PS 1	Comunicação Interna e Externa	PS 1 – Proc 1	Circuito de Comunicação Interna nos SF		
			PS 1 – Proc 2	Circuito de Comunicação externa nos SF		
	PS 2	Tecnologias de Informação e Comunicação	PS 2 – Proc 1	Articulação com o Serviço de Gestão de Sistemas Informáticos		
	PS 3	Fornecimento de Materiais	PS 3 – Proc 1	Articulação com o Serviço de Aprovisionamento e Logística		
			PS 3 – Proc 2	Articulação com o Serviço de Esterilização		
	PS 4	Serviço de Instalações e Equipamentos	PS 4 – Proc 1	Articulação com o SIE		
	PS 5	Qualificação Profissional	PS 5 – Proc 1	Formação Contínua		
	PS 6	Serviço de Saúde Ocupacional (Higiene e Segurança no Trabalho)	PS 6 – Proc 1	Articulação com o Serviço de Saúde Ocupacional		
	PS 7	Serviços Financeiros	PS 7 – Proc 1	Articulação com os Serviços Financeiros		
	PS8	Higiene nos SF	PS8 – Proc 1	Garantia de Higiene nos SF	PS 8 – Proc 1 – IT 1	Limpeza do Piso
PS 8 – Proc 1 – IT 2					Limpeza e Desinfecção das Bancadas de Trabalho	
PS 8 – Proc 1 – IT 3					Higienização dos Cestos de Distribuição Clássica	
PS 8 – Proc 1 – IT 4					Limpeza e Desinfecção das Cassetes de Gavetas para Distribuição Individual Diária em Dose Unitária	
PS 8 – Proc 1 – IT 5					Limpeza de Secretárias e Prateleiras	
PS 8 – Proc 1 – IT 6					Limpeza dos Frigoríficos e Arca Congeladora	

Anexo VIII – Folha de Registo da Verificação dos Pedidos de Distribuição Clássica



Verificação dos Pedidos de Distribuição Clássica



Universidade do Minho
Escola de Engenharia

Dia _____ / _____ / 2014			
Serviço	Verificou		Não Verificou
	Sim	Não	
Estava correto?			
Neonatologia			
Pediatria			
Bloco Operatório			
Bloco de Partos			
Ortopedia			
Urgência			
Urgência Pediátrica			
Ginecologia/Obstetrícia			
Cirurgia			
Consulta Externa - PV			

Dia _____ / _____ / 2014			
Serviço	Verificou		Não Verificou
	Sim	Não	
Estava correto?			
Neonatologia			
Pediatria			
Bloco Operatório			
Bloco de Partos			
Ortopedia			
Urgência			
Urgência Pediátrica			
Ginecologia/Obstetrícia			
Cirurgia			
Consulta Externa - PV			

Dia _____ / _____ / 2014			
Serviço	Verificou		Não Verificou
	Sim	Não	
Estava correto?			
Neonatologia			
Pediatria			
Bloco Operatório			
Bloco de Partos			
Ortopedia			
Urgência			
Urgência Pediátrica			
Ginecologia/Obstetrícia			
Cirurgia			
Consulta Externa - PV			

Dia _____ / _____ / 2014			
Serviço	Verificou		Não Verificou
	Sim	Não	
Estava correto?			
Neonatologia			
Pediatria			
Bloco Operatório			
Bloco de Partos			
Ortopedia			
Urgência			
Urgência Pediátrica			
Ginecologia/Obstetrícia			
Cirurgia			
Consulta Externa - PV			

Implementação de Modelos de Gestão de Risco nos Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim-Vila do Conde
Dissertação do Mestrado Integrado em Engenharia Biomédica da Universidade do Minho - Ramo de Engenharia Clínica

Figura 58 – Folha de registo da verificação dos pedidos de distribuição clássica.

Anexo IX – Folha de Registo da Conformidade dos Pedidos de Estupefacientes



CENTRO HOSPITALAR
PÓVOA DE VARZIM



Verificação de Estupefacientes



Universidade do Minho
Faculdade de Engenharia

Dia _____ / _____ / 2014			
Serviço	Verificou		Não Verificou
	Sim	Não	
Estava Correto?			
Neonatologia			
Pediatria			
Bloco Operatório			
Bloco de Partos			
Ortopedia			
Urgência			
Urgência Pediátrica			
Ginecologia/Obstetrícia			
Cirurgia			
Consulta Externa - PV			

Dia _____ / _____ / 2014			
Serviço	Verificou		Não Verificou
	Sim	Não	
Estava Correto?			
Neonatologia			
Pediatria			
Bloco Operatório			
Bloco de Partos			
Ortopedia			
Urgência			
Urgência Pediátrica			
Ginecologia/Obstetrícia			
Cirurgia			
Consulta Externa - PV			

Dia _____ / _____ / 2014			
Serviço	Verificou		Não Verificou
	Sim	Não	
Estava correto?			
Neonatologia			
Pediatria			
Bloco Operatório			
Bloco de Partos			
Ortopedia			
Urgência			
Urgência Pediátrica			
Ginecologia/Obstetrícia			
Cirurgia			
Consulta Externa - PV			

Dia _____ / _____ / 2014			
Serviço	Verificou		Não Verificou
	Sim	Não	
Estava correto?			
Neonatologia			
Pediatria			
Bloco Operatório			
Bloco de Partos			
Ortopedia			
Urgência			
Urgência Pediátrica			
Ginecologia/Obstetrícia			
Cirurgia			
Consulta Externa - PV			

Implementação de Modelos de Gestão de Risco nos Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim-Vila do Conde
Dissertação do Mestrado Integrado em Engenharia Biomédica da Universidade do Minho - Ramo de Engenharia Clínica

Figura 59 – Folha de registo da verificação dos pedidos de estupefacientes.

Anexo X – Inquérito de Satisfação de Clientes Internos



Inquérito de Satisfação de Clientes Internos



O presente questionário enquadra-se no âmbito da avaliação do desempenho dos SF e baseia-se nas dimensões da Qualidade para a prestação de serviços. Assim, considerando os serviços prestados por este departamento, assinale a alternativa que reflete o seu grau de satisfação sobre cada item, tendo em conta que 1 – Não Satisfeito, 2 – Pouco Satisfeito, 3 – Satisfeito, 4 – Muito Satisfeito e 5 – Totalmente Satisfeito.

Número da Questão	Campo 1 – Aspetos Tangíveis	Grau de Satisfação				
		1	2	3	4	5
1.1	Os SF possuem equipamentos modernos.					
1.2	Os SF apresentam boas instalações e bons equipamentos físicos (mesas, cadeiras, etc.).					
1.3	Os SF têm um aspeto limpo.					
1.4	Os SF estão bem situados e possuem uma boa sinalética.					

Número da Questão	Campo 2 – Confiança	Grau de Satisfação				
		1	2	3	4	5
2.1	Quando um profissional apresenta um problema os SF mostram empenho na sua resolução.					
2.2	Os profissionais dos SF fazem o seu trabalho com eficiência.					
2.3	Os SF mantêm os seus registos atualizados e sem erros.					
2.4	Os profissionais dos SF contribuem para a eficiência, fiabilidade e acessibilidade das terapêuticas.					
2.5	Os SF preocupam-se com a contenção de gastos ou de outros encargos.					

Número da Questão	Campo 3 – Capacidade de Resposta	Grau de Satisfação				
		1	2	3	4	5
3.1	Os profissionais dos SF fornecem um serviço com rapidez e rigor.					
3.2	Os profissionais dos SF estão sempre disponíveis a responder às perguntas que lhe são colocadas.					
3.3	O tempo de espera para o atendimento é reduzido.					
3.4	Os horários em que o serviço é prestado são convenientes.					
3.5	Os profissionais dos SF cumprem os horários estipulados.					
3.6	A burocracia exigida é estritamente indispensável.					

Figura 60 – Primeira página do inquérito de satisfação de clientes internos.



Inquérito de Satisfação de Clientes Internos



Número da Questão	Campo 4 - Segurança	Grau de Satisfação				
		1	2	3	4	5
4.1	O comportamento dos profissionais dos SF inspira segurança.					
4.2	Os profissionais dos SF explicam de forma fiel todos os aspetos relacionados com o medicamento.					
4.3	A informação facultada aos profissionais é clara e suportada cientificamente.					
4.4	É garantida a confidencialidade da informação médica.					

Número da Questão	Campo 5 – Empatia	Grau de Satisfação				
		1	2	3	4	5
5.1	Os profissionais dos SF são sempre simpáticos e corteses.					
5.2	Os profissionais dos SF mostram interesse em escutar as questões e medos dos restantes profissionais.					

Número da Questão	Campo 6 – Profissionalismo e Competências	Grau de Satisfação				
		1	2	3	4	5
6.1	Os profissionais dos SF têm capacidade de estabelecer bons contactos com outros profissionais.					
6.2	Os SF preocupam-se com a saúde e segurança do doente.					
6.3	Os profissionais dos SF têm conhecimentos e competências.					
6.4	Os profissionais dos SF têm experiência.					

Número da Questão	Opinião Geral	Grau de Satisfação				
		1	2	3	4	5
7.1	De uma forma geral, estou satisfeito com a Imagem de rigor e eficiência dos SF.					

SUGESTÕES:

Serviço: _____

Responsáveis pelo preenchimento do questionário: _____

Figura 61 – Segunda página do inquérito de satisfação de clientes internos.

Anexo XI – Inquérito de Satisfação de Clientes Externos



Inquérito de Satisfação



O presente questionário enquadra-se no âmbito da avaliação do desempenho dos Serviços Farmacêuticos (SF) tendo em vista a procura da melhoria contínua e a satisfação das necessidades dos nossos utentes. Assim, considerando os serviços prestados por este departamento, assinale a alternativa que reflete o seu grau de satisfação sobre cada item, tendo em conta que 1 – Não Satisfeito, 2 – Pouco Satisfeito, 3 – Satisfeito, 4 – Muito Satisfeito e 5 – Totalmente Satisfeito.

Satisfação com:	Grau de Satisfação				
	1	2	3	4	5
Desempenho dos profissionais dos SF.					
Facilidade de contacto.					
Tempo de espera.					
Simpatia, empatia, cortesia.					
Clareza das informações fornecidas.					
Resposta a questões colocadas.					
Capacidade de resolução de problemas.					
SUGESTÕES:					

Figura 62 – Inquérito de satisfação de clientes externos.

Anexo XII – Respostas aos Inquéritos de Satisfação

Tabela 40 – Distribuição de respostas consoante o grau de satisfação dos clientes internos

Campo	Número da Questão	Grau de Satisfação					
		1	2	3	4	5	Sem Resposta
Aspetos Tangíveis	1.1	0	2	7	5	0	11
	1.2	0	0	6	8	1	10
	1.3	0	0	2	10	9	4
	1.4	0	0	7	10	5	3
Confiança	2.1	0	1	3	12	9	0
	2.2	0	0	1	15	8	1
	2.3	1	0	2	11	4	7
	2.4	0	3	4	11	5	2
	2.5	0	1	2	9	13	0
Capacidade de Resposta	3.1	0	2	3	13	7	0
	3.2	0	0	1	13	11	0
	3.3	0	2	3	12	7	1
	3.4	2	3	10	7	3	0
	3.5	0	1	3	8	7	6
	3.6	0	6	9	4	5	1
Segurança	4.1	0	0	2	12	11	0
	4.2	0	0	1	15	8	1
	4.3	0	0	4	12	7	2
	4.4	0	0	1	12	10	2
Empatia	5.1	0	0	3	16	6	0
	5.2	0	0	6	11	7	1
Profissionalismo e Competências	6.1	0	0	7	10	7	1
	6.2	0	0	2	11	10	2
	6.3	0	0	3	11	10	1
	6.4	0	0	1	14	8	2
Opinião Geral	7.1	0	0	5	14	6	0

Tabela 41 - Distribuição de respostas consoante o grau de satisfação dos clientes externos

Satisfação Com:	Grau de Satisfação					
	1	2	3	4	5	Sem Resposta
Desempenho dos profissionais dos SF.	0	0	1	1	4	0
Facilidade de contacto.	0	0	0	2	3	1
Tempo de espera.	0	0	0	2	4	0
Simpatia, empatia, cortesia.	0	0	1	0	5	0
Clareza das informações fornecidas.	0	0	1	1	4	0
Resposta a questões colocadas.	0	0	0	1	4	1
Capacidade de resolução de problemas.	0	0	1	1	4	0

Anexo XIII – Documentos Produzidos

Este CD contém o Plano de Higiene e Segurança dos Serviços Farmacêuticos, o Plano de Segurança Contra Incêndio dos SF e o Plano de Gestão Ambiental dos Serviços Farmacêuticos.