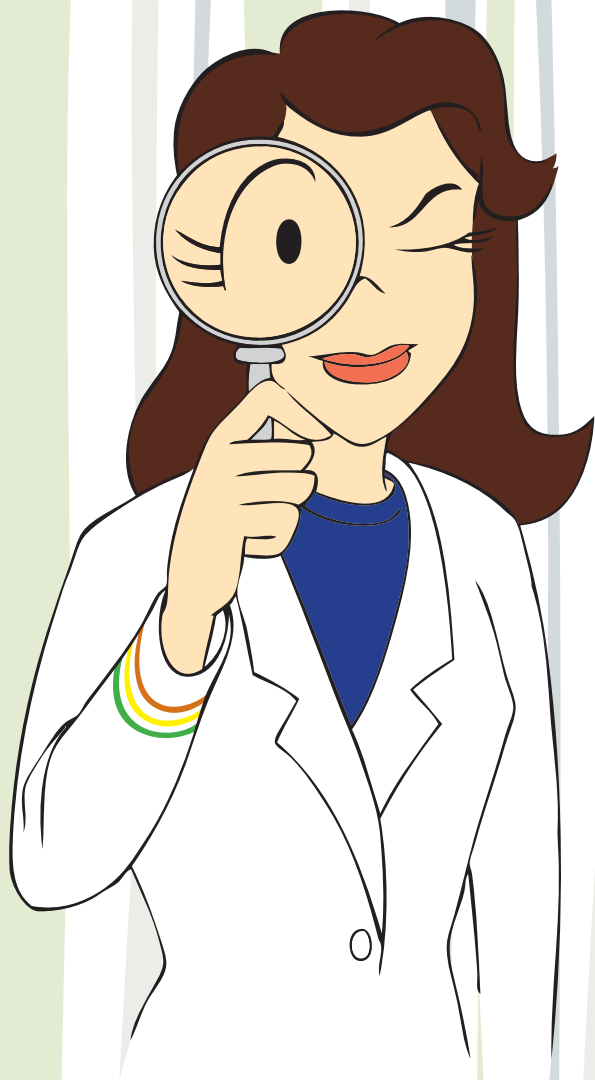


CONVERSANDO SOBRE ERROS DE DISPENSAÇÃO



MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE SERVIÇOS AUXILIARES
DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

CONVERSANDO SOBRE ERROS DE DISPENSAÇÃO

Maria Elisa Gassen Toffoli (organizadora)

Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.

Porto Alegre

2012

Presidente
Dilma Rousseff

Ministro da Saúde
Alexandre Padilha

Grupo Hospitalar Conceição

Diretor-Superintendente
Carlos Eduardo Nery Paes

Diretor Administrativo e Financeiro
Gilberto Barichello

Diretor Técnico
Neio Lúcio Fraga Pereira

Gerente de Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento
Gilberto Bandeira Lang

Coordenadora do Serviço de Farmácia do HNSC
Elizabeth Silva de Magalhães

B823c Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição
Conversando sobre erros de dispensação; organização de
Maria Elisa Gassen Toffoli. — Porto Alegre: Hospital Nossa
Senhora da Conceição, 2012.
46 p. ; 21 cm.

ISBN 978-85-61979-16-4

1. Medicamentos - Dispensação. I. Toffoli, Maria Elisa
Gassen, Org. I. Título.

CDU 615.014.4

CONVERSANDO SOBRE ERROS DE DISPENSAÇÃO



Organização:

Maria Elisa Gassen Toffoli

Autores:

Adriane Santer
Agiburg Will
Alexandre da Silva Soares
Ana Catarina Romano e Silva
Ana Paula Antunes Porsch
Arminda Guilhermina De Bem
Carine Franco Morschel
Claudia Cristine Göttert
Dalma Izabel da Silva
Danna Rodrigues Moreira
Eliane Gonçalves da Silva
Elizabeth Silva de Magalhães
Elton Nogueira de Matos
Fabiana Wahl Hennigen
Fábrica Chiarani
Flavio Roldan Rocha
Gabriella Calvi Sampaio
Giancarlo Carvalho da Silva
Guilherme Senger Benfica
Heloisa Paula do Nascimento
Irene de Sousa
Ivete Ferro Evangelista do Nascimento
Jerônimo Mariano Pinto Pimentel
João Carlos Fonseca Gonçalves
João Carlos Madruga Moreira
Jorge Pires dos Santos

Lais Araujo de Oliveira
Liziane Candal Tso
Maitê Telles dos Santos
Marcelina de Jesus Mesquita
Maria Elisa Gassen Toffoli
Marinês Fátima Horszczaruk
Mari Sandra Vieira da Cruz
Matheus William Becker
Michelle Cristina da Rosa Romanzini
Mônica Corrêa Padilha
Nelsa Nogueira Santiago
Odete Regina Gonçalves
Onilva Maria Vivian da Costa
Pedro Rogério Franco Pohren
Priscila Szarko Fürcht
Raquel Denise Petry
Roberta Kern Ruschel
Rosa Lúcia Soares Teixeira
Rui Carlos Veiga de Menezes
Sharon Manssur Kirchner
Sônia Mariza Menezes dos Santos
Sueli Gregório Gonçalves Barranco
Tatiana Pinheiro Guedes
Valesca Machado Bradbury
Vanessa Brentano

Revisão

Ana Paula Antunes Porsch

Projeto Gráfico

Marcio Rosa Dias

Prefácio

Elizabeth Silva de Magalhães



Apesar dos inúmeros avanços tecnológicos existentes, implantados para melhorarmos e garantirmos a qualidade de nossas atividades, percebemos que ainda estamos atrelados às habilidades do ser humano, individualmente e como equipe de trabalho.

Quando nos transportamos para nossas atividades e funções profissionais diárias, pensamos em como devemos executar nossas rotinas da melhor forma possível e com agilidade. Raramente refletimos sobre o que nos torna mais efetivos e eficazes. Dificilmente percebemos comportamentos que nos atrapalham e que são tão parte de nossa forma de agir, nem tampouco imaginamos a nossa necessidade de transformação. Não consideramos o que pode ser mudado em nós e no nosso fazer.

E, nesta nossa lida de intermináveis afazeres da Farmácia Hospitalar do Hospital Nossa Senhora da Conceição, nossa colega Maria Elisa, buscando uma consciência diferenciada na equipe, organizou oficinas de trabalho nas quais cada indivíduo pudesse se olhar e se perceber ora funcionário, ora paciente, demonstrasse os sentimentos vivenciados e identificasse as consequências quando comete algum “erro de dispensação de medicamentos”.

Propondo um exercício no qual assumimos a responsabilidade de nossas ações, com questões formuladas e direcionadas com este objetivo, Maria Elisa registrou os depoimentos dos colegas de trabalho e os seus sentimentos, buscando que estes refletissem e visualizassem suas habilidades e competências, com abertura e senso crítico.

De uma forma leve e em um ambiente de colaboração, este livro sobre o tema Erros de Dispensação, alvo de muitas publicações

e largamente discutido no âmbito da Assistência Farmacêutica, se propõe a mostrar um ângulo novo, a visão dos dispensadores, com seus anseios, medos, culpas e ideias.

Esta abordagem, através da realização das oficinas, serviu para a motivação e sensibilização da equipe, demonstrando resultados positivos, como a redução do número de erros de dispensação.

Todos os envolvidos ficaram orgulhosos destes resultados e, com o entusiasmo e iniciativa da Maria Elisa, surgiu a ideia de dividirmos esta experiência através deste livro.

Índice

<i>Prefácio</i>	6
<i>Introdução</i>	9
<i>Abordagem Teórica</i>	12
Introdução	12
1. Eventos adversos a medicamentos	13
2. Erros de medicamentos	15
2.1 Erros de prescrição	15
2.2 Erros de dispensação	16
2.3 Erros de administração	17
3. Prevenção e monitorização e análise de erros de medicamentos	18
Referências	19
<i>Contextualizando</i>	22
<i>Como chegamos a este livro?</i>	26
<i>Conversando sobre erros de dispensação – As questões norteadoras e suas respostas</i>	29
O que é um erro de dispensação?	29
Quais as possíveis consequências de um erro de dispensação?	30
Como você se sentiria sabendo que um erro seu causou danos a outra pessoa?	32
O que você acha que pode levar a um erro de dispensação?	33
Como você acha que pode evitar cometer erros de dispensação?	35
Como você acha que pode ajudar o seu colega a não cometer erros de dispensação?	37
Que outras sugestões você daria para evitar erros de dispensação?	39
<i>Considerações finais</i>	42
<i>Mensagem da apoiadora</i>	46

Introdução

Maria Elisa Gassen Toffoli
Marinês Fátima Horszczaruk



“As pessoas precisam ser sensibilizadas, treinadas, sentir que seu trabalho é importante e não um simples ‘colocar remedinhas dentro de sacos plásticos’, ou seja, ressignificar o trabalho. É preciso que se sintam parte do grupo e que são importantes umas para as outras, que são parceiras. Também querem que lhes digam se estão respondendo às expectativas da equipe. E, antes de se comprometer 100%, querem saber com o que estão se comprometendo. “

Marinês Fátima Horszczaruk

Cada instituição hospitalar tem suas características particulares em relação a rotinas, tecnologias, treinamentos e outros aspectos, mas, certamente, em todas o fator humano é decisivo para o sucesso dos tratamentos oferecidos aos seus usuários. Mesmo com o uso dos mais avançados recursos tecnológicos, equipamentos modernos e de alta produtividade, medicamentos de última geração, se não houver o engajamento e o comprometimento das pessoas envolvidas no processo de atenção à saúde, todos estes investimentos podem se tornar infrutíferos. Mas como envolver, como comprometer? Como motivar um trabalhador ou ainda uma equipe inteira a realizar seu trabalho de uma maneira produtiva, eficiente, eficaz, ultrapassando a barreira do labor como forma de sustento e transformando-o em ferramenta para a construção de

seres humanos satisfeitos, realizados e felizes?

Cada pessoa é um universo e cada um tem suas aspirações e sonhos, sua visão de mundo construída ao longo dos anos, com base nas experiências vivenciadas na infância e adolescência, nas relações com sua família e seus amigos, nos ambientes em que estudou ou trabalhou, nos livros que leu, nos filmes que assistiu, nas viagens, nas doenças, nas dificuldades, nas mudanças que passou ao longo de sua vida. Não é possível traçar uma única estratégia de motivação que possa sensibilizar a todas as pessoas.

A apropriação do sentido do trabalho de cada um passa pelo conhecimento profundo do processo de atenção à saúde. É preciso que o trabalhador compreenda o contexto em que está inserido, como a sua parcela de contribuição interfere no processo global, a que pessoas se destina o seu serviço, como se estrutura a instituição onde trabalha, como se organiza o sistema de saúde, o que é saúde, quais são os instrumentos, os objetos e os objetivos do seu trabalho. Cada pessoa precisa saber a que veio, o que está fazendo nesse lugar, qual a real importância e a repercussão do seu trabalho. Este conhecimento só é possível a partir de ações de educação permanente inseridas no cotidiano dos serviços, voltadas para as necessidades reais dos usuários bem como do sistema de saúde e de cada trabalhador. A educação permanente possibilita a construção do protagonismo e da autonomia dos indivíduos além do crescimento das equipes.

Mesmo nas relações de trabalho mais verticais e hierarquizadas, o indivíduo sempre tem a sua parcela de autonomia, um momento em que ninguém é capaz de controlar sua atividade, simplesmente pela incapacidade da onipresença ou onisciência. Não há gestor que possa estar em todos os lugares durante todo o tempo, sendo lógico e sensato o investimento na educação e capacitação de trabalhadores autônomos e preparados para tomar a melhor decisão de como devem atuar. “Faça-se”, “cumpra-se”, sem oportunizar a apropriação do entendimento, da escolha de políticas, posturas e ações pertinentes ao processo de trabalho por aquele que o executa, compromete em muito os resultados e promove a alienação e a falta de motivação.

É para a direção da autonomia e do protagonismo que devemos nos voltar, gerando relações de trabalho mais transparentes e saudáveis, proporcionando a responsabilidade compartilhada sobre os processos e desenvolvendo em cada ser humano de uma equipe o sentimento de pertencimento e satisfação dentro do seu grupo de trabalho.

Abordagem Teórica

Maitê Telles dos Santos

Raquel Denise Petry

Introdução

Mesmo Hipócrates dizendo há mais de dois mil anos *primum non nocere* (primeiro não causar dano), até recentemente os erros associados à assistência na saúde eram considerados um subproduto da prática clínica. Porém, nos últimos anos houve um aumento considerável de estudos relacionados à segurança do paciente, levando a um maior conhecimento sobre o assunto e assim confirmando sua importância como um problema mundial de saúde pública (GOUVEA & TRAVASSOS, 2010; WACHTER, 2010).

Os primeiros estudos na área de segurança do paciente, *Harvard Medical Study I e II*, indicaram que os erros relacionados à assistência são altos e comuns, levando a lesões permanentes e morte de pacientes internados em hospitais norte-americanos. Os dados mostraram que aproximadamente 100.000 pacientes morrem por ano devido a erros durante o período de internação. Cabe ressaltar que o estudo foi realizado em hospitais norte-americanos, equipados com alta tecnologia (BRENNAN *et al*, 1991; LEAPE *et al*, 1991). Nos hospitais de países em desenvolvimento, inclusive no Brasil, muito pouco se conhece a respeito da atenção prestada aos usuários e a magnitude das lesões eventualmente produzidas. Destaca-se que os estudos americanos não podem ser extrapolados para a realidade brasileira devido às marcantes diferenças nos sistemas de saúde, infra-estrutura, tecnologia e recursos humanos.

1. Eventos Adversos a Medicamentos

Os eventos adversos relacionados a medicamentos (EAM) são classificados como qualquer dano apresentado pelo paciente que possa ser relacionado ao medicamento. Estes podem decorrer da utilização adequada, inadequada, ou da falta de um medicamento clinicamente necessário (ROSA e PERINI, 2003; TORRES & CASTRO, 2007).

Estima-se que 28 a 56% dos eventos adversos a medicamentos são evitáveis (AMOOORE, 2003). Na Austrália, estudos demonstraram que 10% dos pacientes internados sofreram algum evento adverso decorrente do uso de medicamentos e cerca de 50% dos eventos foram classificados de risco moderado a grave (MILLER & VALENTI, 2006). Um estudo Canadense mostrou que 7,5% dos pacientes internados sofreram pelo menos um evento adverso relacionado a medicamentos, cuja frequência foi menor somente que os eventos adversos relacionados a procedimentos cirúrgicos. A mesma pesquisa mostrou que 37% dos EAM poderiam ter sido evitados (BAKER *et al*, 2004). Nos Estados Unidos pesquisas demonstram que os EAM são comuns em pacientes internados. Dependendo da definição e método de detecção utilizado, a incidência de eventos adversos a medicamentos pode variar de 1,5% a 35% (WHO, 2011).

Existem problemas de detecção e notificação de EAM, o que pode ser explicado, em parte, pelas possíveis consequências legais da notificação dos erros e também pelas diferentes metodologias utilizadas na sua detecção. Nos Estados Unidos e Canadá estima-se que somente 1 a 5% dos EAM são identificados. Estima-se que apenas 1,5% de todos os eventos graves que ocorrem são notificados (BAKER *et al*, 2004; JHA *et al*, 1998).

Os sistemas de saúde em todo o mundo gastam milhões de dólares com os eventos adversos a medicamentos. Na Austrália, os custos relacionados a EAM chegam à marca de US\$ 500 milhões por ano, o que representa aproximadamente 1% do montante total gasto com saúde naquele país (RUNCIMAN, 2002). Nos Estados Unidos os impactos financeiros de eventos adversos relacionados a medicamentos evitáveis chegam a aproximadamente US\$ 5

milhões e os custos adicionais de internação de pacientes que sofrem EAM foram estimados em US\$ 2 milhões, sem considerar os prejuízos relacionados aos pacientes (CLASSEN *et al*, 1997; BATES *et al*, 1997).

No Brasil e em outros países em desenvolvimento há poucas informações disponíveis a respeito de eventos adversos a medicamentos que possam avaliar e dimensionar este problema, mas pode-se supor que os EAM são importante fonte de mortalidade e responsabilidade financeira, devido principalmente a carência de recursos no sistema de saúde (HARADA *et al*, 2006; WHO, 2011).

O conceito de evento adverso a medicamento mostra que tanto a eficácia e segurança intrínseca do medicamento como todos os procedimentos no processo de sua utilização estão envolvidos. Desta forma, os EAM são divididos em dois grupos: reações adversas a medicamentos e erros de medicamentos (TORRES & CASTRO, 2007). A reação adversa a medicamentos é a resposta nociva a um medicamento, não intencional, que ocorre nas doses usuais para profilaxia, terapêutica, tratamento ou para modificação da função fisiológica, sendo desta forma inevitável (ANVISA, 2011). Já o erro de medicamento é passível de prevenção e é decorrente do uso inadequado e, portanto, relacionado às falhas nos processos (TORRES & CASTRO, 2007). Quando um erro de medicamento é detectado e corrigido antes do uso do medicamento, ou não resulta em um evento adverso, ele pode ser denominado quase-erro (WATCHER, 2010).

Além da terminologia e definições aqui expostas, há outras denominações na literatura e uma ampla discussão da melhor forma de empregá-las e definir as situações que englobam a segurança do paciente. Alguns autores defendem o uso de expressões mais contundentes, entendendo a necessidade de alertar os profissionais e mudar comportamentos cristalizados. Nesse contexto, fazem um alerta de que situações anteriormente entendidas como inevitáveis, não podem mais ser assim consideradas, levando em conta as práticas de saúde atuais. Esse é o caso, por exemplo, das infecções relacionadas a cateteres vasculares e pneumonia associada à

ventilação mecânica. Já outros autores contestam, afirmando que o uso de palavras como erro acabam gerando uma atitude defensiva dos profissionais, ou foco excessivo nos indivíduos, deixando de lado a análise dos processos como fontes de falhas assistenciais (WATCHER, 2010).

2. Erros de Medicamentos

Os erros de medicamentos (EM) constituem um problema grave e são classificados como eventos que podem ser evitados, que de fato ou potencialmente podem levar ao uso inadequado de medicamentos, podendo ou não lesar o paciente, não importando se o medicamento encontra-se sob cuidado do profissional da saúde ou do paciente.

No Brasil, não se conhece a magnitude real dos erros de medicamentos. Entretanto, considerando que o país é o quinto em consumo de medicamentos, o primeiro na América Latina e o nono no mercado mundial farmacêutico em volume financeiro este é provavelmente um problema relevante. Dados estimados pela Fundação Oswaldo Cruz indicam 24 mil mortes anuais por intoxicação medicamentosa (CASSIANI, S.H.B, 2005).

O erro pode ser relacionado à prática profissional, produtos usados na área da saúde, procedimentos, problemas de comunicação, incluindo prescrição, rótulos, embalagens, nomes, preparação, dispensação, distribuição, administração, educação, monitoramento e uso de medicamento (ANVISA, 2011). A seguir os diferentes EM são abordados em suas particularidades.

2.1 Erros de prescrição:

A maioria dos estudos a respeito de erros de medicamentos aborda os erros relacionados à prescrição, pois esta é o primeiro estágio do uso de medicamentos e é a causa mais relevante dos erros de medicamentos (WHO, 2011).

O erro de prescrição abrange o erro de decisão que pode levar o paciente a risco significativo quando existem evidências de baixo potencial terapêutico do fármaco escolhido, quando um medicamento é prescrito por mais tempo do que é clinicamente indicado e quando dois ou mais medicamentos escolhidos

possuem interações medicamentosas clinicamente significativas (PAGE *et al*, 2010).

Todos os procedimentos relacionados à prescrição podem gerar erros. A falha na prescrição pode surgir na escolha do medicamento, na dose, na via de administração, no tempo de duração inadequado, além do tratamento escolhido não ser o apropriado levando em consideração as características individuais dos pacientes. A legibilidade da escrita, o uso de abreviações, a prescrição incompleta como, por exemplo, a omissão do volume total de diluente ou o tempo de duração das infusões, podem também levar ao erro (DEAN *et al*, 2002).

A incidência varia de acordo com os critérios utilizados para a detecção dos erros, mas pode-se afirmar que são números elevados, alguns dados demonstram que os erros de prescrição são responsáveis por 70% dos erros de medicamentos. Os erros de dose são os que mais ocorrem, chegando a mais de 50% dos erros de prescrição (VELO & MINUZ, 2009).

No Reino Unido, os erros de prescrição têm o custo anual de aproximadamente 400 milhões e afetam até 11% das prescrições realizadas sendo que destas 16% resultaram em danos aos pacientes (FITZGERALD, 2009).

2.2 Erros de dispensação:

Uma das principais funções das farmácias hospitalares é a dispensação dos medicamentos de acordo com a prescrição médica. Quando realizadas de forma correta, as dispensações devem seguir as quantidades, especificações solicitadas e serem realizadas no prazo requerido, desta forma contribuem na promoção do uso seguro e correto de medicamentos (ANACLETO *et al*, 2006). Dessa forma, a dispensação deve ser realizada de forma organizada e com estratégias que previnam os erros potenciais desta etapa (COSTA *et al*, 2008).

Os erros de dispensação são classificados como erros de conteúdo, erros de rotulagem e erros de documentação. Os erros de conteúdo são aqueles que se referem aos medicamentos que estão prescritos e são dispensados e podem ser subclassificados em:

medicamento errado, medicamento dispensado com concentração errada, medicamento dispensado com forma farmacêutica errada, dose excessiva, omissão de dose e medicamento dispensado com desvio de qualidade. Os erros de rotulagem são relacionados aos rótulos dos medicamentos que podem gerar dúvidas no momento da administração. E, por fim, os erros de documentação são relacionados à falha nos registros do processo (ANACLETO *et al*, 2010).

As taxas de erros de dispensação variam de acordo com a metodologia e os diferentes sistemas de dispensação utilizadas, sendo os sistemas coletivos e individualizados os que apresentam maiores taxas de erros e estes diminuem com os sistemas de dose unitária e com sistemas informatizados (ANACLETO *et al*, 2006).

Em países da Europa, EUA e Canadá, os erros de dispensação variam de 1% a 12,5% sendo que as taxas mais baixas são de farmácias com sistemas seguros de distribuição (ANACLETO *et al*, 2010). No Brasil um estudo realizado em Belo Horizonte no ano de 2003, observou a taxa de 34% de erros de dispensação (ANACLETO *et al*, 2006). Em Salvador, uma pesquisa realizada em 2004, registrou 20% de prescrições dispensadas com erros, sendo que após a implantação de conferência farmacêutica esses erros reduziram em 31% (ANACLETO *et al*, 2010).

2.3 Erros de administração:

Os erros de administração são um dos tipos mais comuns de erros de medicamentos. Um estudo de erros de medicamentos, com base na revisão retrospectiva de prontuários em um hospital psiquiátrico, mostrou que os erros de administração foram mais frequentes que os erros de prescrição, transcrição e dispensação combinados (GRASSO *et al*, 2003). Já um estudo observacional realizado em hospitais gerais do Reino Unido, refere que os erros de administração afetaram cerca de 5% de todas as doses administradas (HAW *et al*, 2005). Ainda, em um estudo em 36 unidades de saúde, a frequência relatada de erro de administração foi de 19% (BARKER *et al*, 2002).

3. Prevenção e monitorização e análise de Erros de Medicamentos

A prevenção e monitorização dos erros de medicamentos é um amplo desafio aos profissionais e gestores dos sistemas de saúde. A prevenção dos erros de medicamentos está relacionada à adoção de políticas institucionais de segurança do paciente. Para tanto, é indispensável o entendimento que a ocorrência de erros é intrínseca aos seres humanos e que apenas a qualificação profissional e sua responsabilização não são suficientes para evitar erros. Nesse contexto, sua prevenção depende do emprego de sistemas de tecnologia e organização dos processos de trabalho que antecipem os erros, prevenindo-os e/ou interceptando-os antes que algum dano seja causado. (WACHTER, 2010).

A monitorização de erros de medicamentos ainda é um tema pouco abordado na literatura, tendo em vista as dificuldades próprias do tema além de suas possíveis consequências do ponto de vista legal e na credibilidade dos serviços. Os métodos geralmente relatados envolvem a autonotificação, revisão de prontuários, uso de ferramentas-gatilho (como a prescrição de antídotos, necessidade de transferência urgente para a UTI, entre outros) e o emprego de indicadores de segurança do paciente. Não há consenso de qual seja o melhor método, mas cabe ressaltar que a frequência dos erros variará marcadamente de acordo com a forma de mensuração adotada (WACHTER, 2010).

Nas últimas décadas, o modelo do queijo Suíço para análise dos acidentes organizacionais tem sido amplamente empregado na avaliação dos erros de medicamentos. Esse modelo considera que, em organizações complexas, dificilmente um erro singular na cadeia de atendimento ao paciente poderá causar dano. Para que este ocorra, são necessários uma série de eventos sucessivos (o que corresponderia ao alinhamento dos buracos do queijo Suíço). Portanto, a prevenção dos erros deve focar na redução dos “buracos do queijo” e não no comportamento humano perfeito. Igualmente, a sua análise deve buscar as condições que tornaram possível a ocorrência do erro ao invés da causa mais visível na ponta do processo (WACHTER, 2010).

Apesar das inúmeras divergências na mensuração dos erros, na

sua monitorização e avaliação, parece ser consenso que a redução dos erros na assistência à saúde depende do emprego de várias estratégias, organizadas como uma política institucional focada na segurança do paciente.

Referências

AMOORE, J.; INGRAM, P. Learning from adverse incidents involving medical devices. *Nursing Standards*. Vol.17, pp.41-46, 2003.

ANACLETO, T.A.; PERINI, E.; ROSA, M.B. César CC. Drug-Dispensing Errors in the Hospital Pharmacy. *Clinics*. Vol. 18, pp.32-36, 2006.

ANACLETO, T. A.; ROSA, M. B.; NEIVA, H. M.; MARTINS, M. A. P. Erros de medicação. *Pharmacia Brasileira: Comissão de Farmácia Hospitalar do Conselho Federal de Farmácia*. Disponível em: www.cff.org.br. Acessado em: 10 de Junho de 2011.

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/posuso/farmacovigilancia>. Acessado em: 14 de Junho de 2011.

BARKER, K.N.; FLYNN, E.A.; PEPPER, G.A. Medication errors observed in 36 health care facilities. *Archives of Internal Medicine*. 162:1897-1903, 2002.

BAKER, G. R.; NORTON, P. G.; FLINTOFT, V.; BLAIS, R.; BROWN, A.; COX, J.; ETHELLES, E.; GHALI, W. A.; HÉBERT, P.; MAJUMDAR, S. R.; O'BEIRNE, M.; DERFLINGHER, L. P.; REID, R. J.; SHEPS, S.; TAMBLYN, R. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal*. Vol. 170, pp. 1678 - 1686, 2004.

BATES D.W. et al. The costs of adverse drug events in hospitalized patients. Adverse Drug Events Prevention Study Group. *Journal of the American Medical Association*. Vol. 277, pp. 307-311, 1997.

BRENNANT T.A.; LEAPE L.L.; LAIRD N.M.; HEBERT L.; LOCALIO A.R.; LAWTHERS A.G. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice

Study I. N Engl J Med. Vol. 324, N.6, pp. 370-6, 1991.

CASSIANI, S.H.B, 2005. A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. Rev Bras Enferm. Vol. 58, n. 1, pp.95-9, 2005.

CLASSEN, D.C. et al. Adverse drug events in hospitalized patients. Excess length of stay, extra costs, and attributable mortality. Journal of the American Medical Association. Vol. 277, pp. 301-306, 1997.

COSTA, L. A.; VALLI, C.; ALVARENGA, A. P. ERROS DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO PEDIÁTRICO. Rev Latino-am Enfermagem. Vol. 16, N. 5, 2008.

DEAN, B.; SCHACHTER, M.; VINCENT, C.; BARBER, N. Prescribing errors in hospital inpatients: their incidence and clinical significance. Qual Saf Health Care. Vol. 11, pp. 340-4, 2002.

FITZGERALD, R. Medication errors: the importance of an accurate drug history. Br J Clin Pharmacol . Vol. 67, n.6, pp. 671-675, 2009.

GOUVEA, C. S. D. & TRAVASSOS, C. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. Cad. Saúde Pública. Vol.26, n.6, pp. 1061-1078, 2010.

GRASSO, B. C.; GENESTE, R.; JORDAN, C.W.; BATES, D. W. Use of chart and record reviews to detect medication errors in a state psychiatric hospital. Psychiatric Services. 54:677-681, 2003.

HARADA, M. J. C. S. O Erro Humano e a Segurança do Paciente. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

HAW, C. M.; DICKENS, G.; STUBBS, J. S. A Review of Medication Administration Errors Reported in a Large Psychiatric Hospital in the United Kingdom. Psychiatric Service. Vol. 56 No. 12, 2005.

JHA, A. K.; KUPERMAN, G.J.; LEAPE, L.; SHEA, B.; RITTENBERG, E.; BURDICK, E.; SEGER, D.L.; VANDER, V.M.; BATES, D. W. Identifying adverse drug events: development of a computer-based monitor and comparison with chart review and stimulated voluntary report. Journal of the American Medical Association. Vol. 280, pp. 305 - 314, 1998.

LEAPE L.L.; BRENNAN T.A.; LAIRD N.; LAWTHERS A.G.; LOCALIO A.R.; BARNES B.A. The nature of adverse events in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study II. N Engl J Med. Vol. 324, N.6, pp.377-84, 1991.

MILLER, G.C.; BRITTH, H.C.; VALENTI, L. Adverse drug events in general practice patients in Australia. Medical Journal of Australia. Vol. 184, pp. 321-324, 2006.

PAGE et al. Inappropriate prescribing in the hospitalized elderly patient: Defining the problem, evaluation tools, and possible solutions. Clinical Interventions in Aging. N. 5, pp. 75-87, 2010.

ROSA, M. B. & PERINI, E. Erros de medicação: quem foi? Revista. Assoc. Med. Bras. N.49, pp. 335 - 341, 2003.

RUNCIMAN, W.B.; EDMONDS, M.J.; PRADHAN, M. Setting priorities for patient safety. Quality and Safety in Health Care. Vol.11, pp. 224-229, 2002.

TORRES, R.M., CASTRO, C.G.S.O. Gerenciamento de eventos adversos relacionados a medicamentos em hospitais. Revista Eletrônica de Administração Hospitalar do Rio de Janeiro. N. 3, v. 1, 2007.

VELO, G.P; MINUZ, P. Medication errors: prescribing faults and prescription errors. Br J Clin Pharmacol. N. 67, Vol.6, pp. 624-628, 2009.

WACHTER, R. M. Compreendendo a segurança do paciente. Porto Alegre: Artmed, 2010.

WHO, World Health Organization. World alliance for patient safety. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety>. Acessado em: 11 de Junho de 2011.

Contextualizando

João Carlos Madruga Moreira
Sharon Manssur Kirchner



O Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) é um hospital geral de porte especial, que conta com 801 leitos. Além do HNSC, a Farmácia Central atende também ao Hospital da Criança Conceição (HCC), que conta com 241 leitos. A exceção é a dispensação para a UTI e Sala de Recuperação do HNSC, que ocorre na Farmácia Satélite da UTI. A dispensação é realizada por prescrição individual, para um período de 24 horas, havendo também a dispensação pelo sistema coletivo para alguns medicamentos prescritos como Se Necessário ou os chamados pedidos de posto, cujo estoque é mantido nas unidades de internação, mas que constituem a minoria dos itens dispensados.

A dispensação é realizada em espaços individuais, chamados estações de trabalho ou estações de dispensação, em que o auxiliar de farmácia tem a sua disposição a maioria dos medicamentos dispensados, principalmente aqueles de maior rotatividade, o que possibilita que trabalhe sentado e com poucos deslocamentos no ambiente da Farmácia. As prescrições são informatizadas e a impressão ocorre na própria Farmácia, sendo agrupadas por unidade de internação. Cada prescrição é colocada em um saco plástico, no qual serão depositados os medicamentos daquele paciente, e os vários sacos plásticos de um posto são colocados em um cesto. Não há horário definido para o médico prescrever e também para que os postos retirem os cestos na Farmácia. Porém, a prescrição tem vigência a partir das 18 horas, devendo ter sido dispensada e entregue até este horário.

A quantificação, registro e avaliação dos erros de dispensação na Farmácia Central do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC)

iniciou no ano de 2007 com o objetivo de melhorar o sistema de prevenção destes erros. Em novembro daquele ano, o percentual de prescrições com algum tipo de erro de dispensação chegou ao índice de 13%, sendo as omissões (medicamento não dispensado) e os erros de lançamento os mais detectados. Antes de iniciar esta sistematização, ocorreram algumas tentativas de viabilizar a conferência da dispensação pelos farmacêuticos, porém o quadro reduzido destes profissionais na instituição tornava esta atividade impraticável.

Anteriormente, o funcionário da enfermagem fazia essa conferência no balcão da Farmácia, no momento em que retirava os cestos com os medicamentos dispensados. Porém, devido ao movimento nos postos ser muito imprevisível, o horário desta retirada era um fator completamente independente do Serviço de Farmácia, causando transtornos quando vários postos buscavam seus cestos ao mesmo tempo. Formava-se um grande “congestionamento”, atrapalhando a concentração de quem conferia e de quem estava dispensando.

Num segundo momento, tentou-se aplicar, em acordo com a coordenação de enfermagem, uma nova rotina na qual a equipe conferia no mínimo 10% das prescrições diárias aviadas. Mas ainda assim ruídos e interrupções desviavam a concentração da equipe, podendo causar mais erros de ambas as partes.

Ambas as situações visavam tanto à prevenção de erros de dispensação quanto à diminuição do número de memorandos da enfermagem, já que o erro detectado ainda na Farmácia excluía o uso do mesmo.

Quando se iniciou o processo de registro dos erros, adotou-se um novo sistema para conferências, no qual os erros de dispensação eram quantificados e avaliados a partir de prescrições conferidas aleatoriamente pelos farmacêuticos.

Baseado nos resultados desta avaliação inicial, em que se detectou uma média de 6% de prescrições com algum tipo de erro de dispensação, principalmente erros de lançamento e omissão, foi possível estabelecer estratégias para redução do número de

erros de dispensação e propor alterações na rotina da mesma. A exemplo disto, a área física da Farmácia foi adaptada a fim de diminuir os ruídos, sendo reservada uma nova área de conferência para a enfermagem. As tarefas foram divididas de forma a reduzir o número de interrupções durante a dispensação, evitando distrações. Os medicamentos foram organizados de forma a facilitar o acesso aos mais comumente prescritos no momento de aviar prescrição.

Além de medidas como o acompanhamento individual dos auxiliares de farmácia, em janeiro de 2010 foi realizada a primeira oficina para prevenir e reduzir os erros de dispensação. No mês da realização desta oficina o percentual de erro era de 5,8% e no mês seguinte ocorreu uma redução para 2,9% de prescrições com algum erro de dispensação.

Atualmente, a quantificação dos erros de dispensação é uma meta da equipe dentro da Política de Avaliação de Desenvolvimento do GHC, sendo os resultados regularmente informados à instituição. Para o ano de 2010 a meta estabelecida foi reduzir para 4,5% os erros de dispensação e, em 2011, este percentual deverá ser ainda menor, sendo a meta de no mínimo 96% das prescrições dispensadas corretamente.

A quantificação dos erros é realizada por toda a equipe envolvida no processo de dispensação, não existindo um setor ou pessoal específico de conferência. Auxiliares e farmacêuticos conferem aleatoriamente as prescrições com os medicamentos dispensados, quantificando e classificando os erros encontrados por funcionário. Os resultados são compilados e avaliados ao final de cada mês pelos responsáveis por esta meta. Os erros e sua classificação são divulgados por funcionário, que é identificado somente por um número, para garantir o sigilo da informação e evitar quaisquer constrangimentos.

Mensalmente são conferidas no mínimo 7% de todas as prescrições do Hospital Nossa Senhora da Conceição. Este percentual faz parte das metas institucionais que são aplicadas à equipe da Farmácia. Cada auxiliar é responsável pela conferência de no mínimo 40 prescrições/mês e cada farmacêutico por 200 prescrições/mês,

sendo o somatório destes números representativo de 7% do total de leitos ocupados no período de um mês dividido pelo número de auxiliares de farmácia e farmacêuticos. A execução da conferência das prescrições pelos auxiliares é realizada em um horário destinado exclusivamente para esta tarefa, já que é uma atividade que exige muita atenção, concentração e toma muito mais tempo do que a própria dispensação.

O acompanhamento destes resultados possibilita estabelecer um perfil dos erros por funcionário e esta informação viabiliza identificar alguns pontos que devem ser melhorados para reduzir os erros de dispensação.

Está cada vez mais evidente para toda a equipe que as conferências de prescrição devem ter um caráter de proteção ao usuário e ao trabalhador, já que permite que os erros cometidos sejam corrigidos e possibilita a prevenção de novos erros.

Na Farmácia do Hospital Nossa Senhora da Conceição, adotamos a expressão “erro de dispensação”, mesmo que o erro venha a ser corrigido antes do medicamento ser entregue à unidade de internação. Evitamos o termo “quase-erro”, para evitar interpretações confusas e para reforçar a necessidade de cuidados e atenção na dispensação de medicamentos, expressando a gravidade do problema e procurando comprometer os trabalhadores com o assunto.

Como chegamos a este livro?

Maria Elisa Gassen Toffoli



“É de emocionar a capacidade produtiva de cada um!!! E mais ainda a oportunidade de expressar essa capacidade. Talvez mais do que qualificar um processo de trabalho, esta atividade (as oficinas) permite que cada um seja. Muitas pessoas passam pela vida sem a possibilidade de ser. E o ambiente de trabalho, que historicamente oprime, também pode libertar!!! E sem se transformar em uma anarquia (que é o que muitos pensam que acontece quando cada um pode se expressar). Sem que os gestores sejam “decapitados” e os trabalhadores “desgovernados”. Porque o “governo” é construído em parceria e cada um está apropriado dele e se sente comprometido com o que construiu com os demais!”

Marinês Fátima Horszczaruk

Nos meses de janeiro a março de 2011 foram realizadas 11 oficinas com a participação de todos os trabalhadores da Farmácia Central e da Farmácia da UTI do Hospital Nossa Senhora da Conceição. A equipe foi dividida em pequenos grupos, de no máximo seis participantes, e o tema Erros de Dispensação foi livremente discutido pelos grupos, utilizando as seguintes questões norteadoras como base para as discussões:

O que é um erro de dispensação?

Quais as possíveis consequências de um erro de dispensação?

Como você se sentiria sabendo que um erro seu causou danos a outra pessoa?

O que você acha que pode levar a um erro de dispensação?

Como você acha que pode evitar cometer erros de dispensação?

Como você acha que pode ajudar o seu colega a não cometer erros de dispensação?

Que outras sugestões você daria para evitar erros de dispensação?

Em todos os grupos, um apoiador fez o papel de mediador das discussões, estimulando a livre expressão dos participantes, registrando suas falas, citando exemplos e situações-problema que desencadeavam as conversas a partir de cada questão norteadora. Por ser o mesmo em todos os grupos e conhecer as opiniões de todos os participantes, o apoiador não emitiu respostas às questões norteadoras. Coube à organizadora deste livro exercer o papel do apoiador.

Todas as respostas foram baseadas nas percepções e conhecimentos dos indivíduos presentes em cada grupo, sendo respeitadas suas opiniões sobre cada uma das questões. As respostas de cada pessoa foram registradas e, ao final das oficinas, os registros foram expostos às equipes em um grande painel, para que todos compartilhassem suas opiniões uns com os outros e que a troca de ideias pudesse ocorrer em um âmbito ampliado.

O principal objetivo das oficinas foi promover um espaço para reflexão e discussão das práticas cotidianas, possibilitando a troca de experiências e impressões sobre o tema abordado, resultando na ressignificação do trabalho.

Outro objetivo foi traçar conjuntamente estratégias para prevenir e reduzir os erros de dispensação, a partir das respostas apresentadas às questões norteadoras.

Nos meses da realização destas oficinas, o percentual de erros de dispensação da Farmácia Central, que em 2010 esteve na média de 3,2%, foi reduzido para 2,3% em janeiro, 2% em fevereiro e 1,9%

em março de 2011.

Os resultados obtidos nas oficinas foram considerados tão relevantes e as respostas dos grupos geraram um material tão rico que motivaram a elaboração deste livro, como um registro do pensamento dos trabalhadores do Serviço de Farmácia do Hospital Nossa Senhora da Conceição.

Conversando sobre erros de dispensação – As questões norteadoras e suas respostas



O que é um erro de dispensação?

Um erro de dispensação é tudo aquilo que é dispensado em desacordo com a prescrição médica e/ou com a rotina da farmácia.

Trata-se de uma falha em um processo previamente estabelecido e como tal deve ser abordado.

A dispensação incorreta não supre a necessidade do paciente apontada pelo médico e ainda pode causar problemas para o paciente.

Um erro de dispensação também pode referir-se a uma prescrição incorreta que é dispensada da forma como está prescrita, considerando-se que também é papel da farmácia avaliar o que está prescrito. Mesmo sem o conhecimento técnico, a experiência de cada trabalhador pode servir como base para identificar erros de prescrição.

Erros de dispensação envolvem medicamentos e correlatos (materiais médicos, órteses e próteses, materiais domissanitários, etc).

São exemplos de erros de dispensação:

- Mandar o medicamento trocado, numa dosagem, quantidade ou apresentação errada;
- Não dispensar o medicamento;
- Erros de lançamento;
- Não observar as alterações de prescrição;
- Lançamento para o posto errado quando o paciente troca de posto;
- Não enviar embalagem para medicamento fotossensível, diluentes específicos, aplicadores, etc, quando for o caso;

- Não dispensar o medicamento não padronizado, quando o uso deste já foi autorizado;
- Não observar a complementação do soro;
- Dispensar medicamentos vencidos ou danificados;
- Erros no atendimento de pedidos de posto, serviços ou abastecimento do serviço de Emergência;
- Não informar ao farmacêutico quando faltam formulários;
- Não propor intervenções farmacêuticas quando detecta erro em prescrição;
- Não colocar bilhetes informativos junto à prescrição dispensada quando for o caso;
- Dispensar o que não está prescrito.

Quais as possíveis consequências de um erro de dispensação?

Um erro de dispensação pode causar desde nada até tudo! Em maior ou menor extensão, um erro de dispensação sempre terá alguma consequência, que pode não ser grave ou resultar até na morte de um paciente. A lista abaixo exemplifica consequências dos erros de dispensação para os pacientes, para o serviço de farmácia, para a enfermagem e para a instituição.

Consequências para os pacientes:

- Administração do medicamento errado;
- Administração errada do medicamento (subdose, sobredose, via de administração incorreta);
- Interrupção do tratamento, gerando atrasos ou falhas que podem prejudicar o paciente, aumentando seu tempo de internação;
- O efeito desejado não é atingido;
- Pode criar um novo problema para o paciente (ex. paciente alérgico recebe medicamento não prescrito);
- Danos ao paciente, alergias, intoxicações, mutilações, até o óbito;
- Interações medicamentosas não previstas;
- Resistência bacteriana, e
- Descrédito por parte do paciente quando este toma conhecimento de que ocorreu o erro.

Consequências para o serviço de farmácia:

- Retrabalho e envolvimento de muitas pessoas para corrigir o erro, desperdício de tempo (memorandos);
- Aumento nos atendimentos no balcão (memorandos);
- Erros de estoque;
- Falta de medicamento decorrente do erro de estoque;
- Distorções de consumo;
- Estresse, desgaste e desconforto por parte da enfermagem;
- Descrédito e desvalorização da farmácia por parte da enfermagem;
- Descrédito por parte do paciente quando este toma conhecimento de que ocorreu o erro;
- Mal estar para quem cometeu o erro;
- Responsabilização do trabalhador, e
- Processos judiciais.

Consequências para a enfermagem:

- Administração errada do medicamento;
- Retrabalho e envolvimento de muitas pessoas para corrigir o erro, desperdício de tempo (memorandos);
- Estresse e desconforto para com a farmácia;
- Descrédito por parte do paciente quando este toma conhecimento de que ocorreu o erro;
- Mal estar para quem cometeu o erro, quando um erro de dispensação resulta em um erro de administração;
- Responsabilização do trabalhador, e
- Processos judiciais.

Consequências para a instituição:

- Retrabalho e envolvimento de muitas pessoas para corrigir o erro, desperdício de tempo (memorandos), com o respectivo custo envolvido;
- Atraso e/ou falha no tratamento e demora na recuperação, o que representa maiores custos;
- Resistência bacteriana;
- Erros de estoque;
- Distorções de consumo;
- Descrédito por parte do paciente quando este toma conhecimento de que ocorreu o erro;
- Responsabilização da empresa, e
- Processos judiciais.

Como você se sentiria sabendo que um erro seu causou danos a outra pessoa?

“Com a consciência pesada, mal, responsável, co-responsável, péssimo, incompetente, impotente, não cumpro com meu dever, culpa, medo, vergonha, desvalia, incapaz, arrasado, preocupado com as consequências para o paciente, para o serviço e pessoalmente como profissional, não ia dormir a noite...” Estas foram algumas das expressões utilizadas para demonstrar o sentimento gerado por esta situação hipotética que pode, eventualmente, se tornar real.

Errar é humano. O erro faz parte da nossa condição humana. Reconhecer-se falível é o primeiro e mais importante passo para a prevenção de erros. A consciência de que o erro pode acontecer a qualquer instante e que pode ser cometido por qualquer pessoa é importante para que possamos estar mais atentos aos nossos próprios atos.

Mesmo com a clareza de que qualquer pessoa pode errar, é muito difícil conviver com o erro depois que ele acontece. Falhas relacionadas à atividade ocupacional são especialmente desgastantes, afetando a autoconfiança e a auto-estima do trabalhador.

Quando saímos para trabalhar, a cada dia, obviamente pensamos em ganhar o próprio sustento, mas certamente não desejamos errar. Pretendemos fazer nosso trabalho da melhor forma, resultando em benefícios para nós mesmos, para a empresa onde trabalhamos e para o público que atendemos.

Na área da saúde, os erros costumam ter resultados mais graves, pois afetam pessoas que já estão fragilizadas pela sua própria doença. O trabalhador da área da saúde deve ter sempre presente que se ocupa com a preservação da vida de outras pessoas e que seus erros podem repercutir da maneira mais negativa possível.

O sentimento de culpa costuma acompanhar as pessoas que causam danos involuntários aos pacientes, em função de falhas no seu processo de trabalho. Dependendo da extensão do dano, culpam-se em maior ou menor grau, sendo comum manifestarem sensação de incompetência, incapacidade, responsabilidade e

medo das consequências para si e para o paciente.

Entretanto, a possibilidade do erro ou a sua ocorrência não deve ser paralisante, antes deve representar oportunidades de aprendizado, autocrítica, crescimento e mudança de atitudes e comportamentos para a prevenção de novos erros.

Quando ocorrerem falhas, sejam quais forem suas consequências, é fundamental que sejam discutidas de forma impessoal, tratando-se do processo como um todo, procurando-se identificar as causas, sem julgamentos ou acusações, pois não auxiliam na resolução dos problemas e geram mais desconfortos e insegurança.

O trabalhador deve procurar reconhecer o seu erro, empenhar-se em sanar tanto quanto possível os problemas decorrentes dele e ser apoiado por seus colegas e chefias, pois o erro, sendo uma falha no processo, normalmente envolve muitas pessoas em um grupo de trabalho. O reconhecimento precoce de um erro possibilita que medidas corretivas possam ser tomadas imediatamente, diminuindo o risco de danos ao paciente.

O que você acha que pode levar a um erro de dispensação?

Erros de dispensação são, normalmente, multifatoriais, ou seja, dificilmente terão uma causa única para sua ocorrência.

Alguns fatores são apontados como as principais causas de erros de dispensação, podendo ou não estar associados uns aos outros.

- Pressa;
- Desatenção, conversas, distrações;
- Pouca capacidade pessoal de concentração;
- Excesso de autoconfiança;
- Condicionamento, olhar viciado, vícios de conduta;
- Baixa autocrítica e autoexigência;
- Confiar que a pessoa que fez a etapa anterior a fez corretamente;
- Confiança nos bloqueios que o sistema informatizado oferece;
- Falta de treinamento;
- Falta de conhecimento técnico sobre os medicamentos;
- Falta de consciência do que o medicamento pode causar se for administrado incorretamente;

- Cansaço e vontade de ir embora;
- Não adotar uma rotina própria para a dispensação que possibilite uma auto-avaliação do trabalho;
- Desconhecimento do próprio processo de trabalho e suas repercussões;
- Ruídos;
- Ambiente de trabalho estressante, pressão;
- Interrupções (por qualquer motivo) no meio do atendimento a uma prescrição;
- Interrupções na dispensação para realização de outras atividades;
- Rotatividade dos funcionários;
- Erro de prescrição ou prescrição dúbia;
- Abastecimento incorreto das estações de dispensação;
- Armazenagem incorreta dos medicamentos estornados;
- Armazenagem incorreta dos medicamentos que chegam do almoxarifado;
- Problemas na descrição dos medicamentos (principalmente nas soluções manipuladas);
- Falhas de sistema;
- Falta de conferência na tela do computador do que está sendo dispensado;
- Medicamentos com embalagens parecidas ou idênticas;
- Falta de conferência do que é recebido do almoxarifado;
- Etiquetagem ou emblistagem erradas;
- Abastecimento excessivo das cumbucas, que dificulta contagem e verificação do conteúdo;
- Situações que fogem ao padrão e que são pouco sinalizadas;
- Prescrições manuais e com nome comercial do medicamento;
- Falta de medicamento;
- Horário tardio de prescrição pelo médico;
- Volume de solicitações em determinados horários;
- Muitos itens sem código de barras;
- Erros de lançamento que dificultam verificar se o medicamento foi dispensado ou não;
- Estorno errado;
- Não ler atentamente o rótulo do que está dispensando;
- Não ler atentamente a prescrição;

- Não ler avisos nos murais ou caderno de plantão;
- Erros de contagem;
- Falta de planejamento nos pedidos;
- Medicamentos guardados em locais errados, misturados, e
- Não usar o código de barras para os lançamentos.

Como você acha que pode evitar cometer erros de dispensação?

Cada trabalhador desenvolve suas próprias metodologias para procurar reduzir a possibilidade de erros. Para isto, é fundamental utilizar a autocrítica e o autoconhecimento como ferramentas que possibilitem identificar as razões pelas quais cada um fica mais suscetível a errar.

Seguem as principais estratégias apontadas como eficazes para a redução de erros de dispensação:

- Ler com atenção a prescrição médica, do início ao fim, procurando interpretá-la corretamente, prestando atenção em todos os componentes da prescrição (ex. dose, frequência, via, complemento, etc);
- Questionar criticamente a prescrição;
- Desenvolver a metodologia própria de dispensação;
- Exemplo de dispensação (Farmácia da UTI): preencher a caneta a prescrição, colocar medicamentos na bandeja, fazer lançamento e colocar no saquinho;
- Exemplo de dispensação (Farmácia Central): Passar prescrição na leitora ótica, conferir posto, verificar alterações, preencher a caneta, pegar o medicamento e lançar imediatamente, dar um enter e conferir tudo antes de salvar;
- Usar código de barras sempre que possível;
- Quando for necessário dispensar sem código de barras, utilizar o código da prateleira ou cumbuca, ao invés de utilizar o que aparece na tela;
- Evitar dar a saída do medicamento sem ter o produto em mãos (ex. itens que não estão nas estações de trabalho);
- Ler atentamente as embalagens;
- Prestar atenção no conteúdo das cumbucas de medicamentos;
- Conferir os itens que estão sendo dispensados, lendo atentamente;

- Antes de encerrar uma prescrição, conferir o que está lançado na tela com o que está dispensando;
- Concluir uma dispensação antes de passar para outra atividade, evitando parar no meio do processo;
- Encerrar a prescrição antes de atender alguém no balcão ou, se não for possível, não salvar o lançamento e iniciar novamente a dispensação que foi interrompida;
- Levar consigo a prescrição quando for buscar um medicamento fora da estação de trabalho;
- Não ficar com dúvidas sobre a dispensação: perguntar para o farmacêutico ou para os colegas;
- Esclarecer dúvidas sobre os medicamentos;
- Usar os Procedimentos Operacionais Padrão (POP) para esclarecer dúvidas sobre as rotinas, procurando interpretar corretamente as informações disponíveis;
- Evitar dispensar com pressa;
- Evitar o excesso de confiança;
- Permanecer concentrado no trabalho, procurando manter a atenção, sem se dispersar, quando está dispensando;
- Evitar conversas, distrações, bagunça, qualquer coisa que possa tirar a atenção do trabalho;
- Evitar uso de telefone celular;
- Ser criterioso e autocrítico quanto ao uso de fones de ouvido durante a dispensação;
- Observar-se criticamente para tentar identificar quando e como comete falhas, adaptando e modificando a forma de dispensar;
- Ter sempre um olhar investigativo e não um olhar automático, viciado;
- Manter o foco quando está dispensando, “usar check list mental”;
- Utilizar sempre a empatia (se colocar no lugar do paciente: “dispensar como se estivesse dispensando para o meu pai”);
- Adotar a humanização: não enxergar uma prescrição, mas sim um paciente;
- Considerar as observações dos colegas ou dos farmacêuticos sobre seus erros;
- Manter a organização da estação e a ordem pré-estabelecida das cumbucas;

- Assumir o erro quando o comete para prevenir situações futuras e para reduzir a possibilidade de danos, e
- Pedir ajuda.

Como você acha que pode ajudar o seu colega a não cometer erros de dispensação?

A percepção de equipe ou do que é o trabalho em equipe varia para cada pessoa. Até mesmo a disponibilidade para atuar conjuntamente pode não ser comum a todos os trabalhadores e muitos prefeririam trabalhar individualmente. Porém, na assistência à saúde, isto não é possível e o espírito colaborativo deve prevalecer para o sucesso do trabalho coletivo.

Seguem as sugestões de colaboração com os colegas, para que todos possam reduzir seus erros.

- Manter o espírito de equipe e trabalhar em parceria e união;
- Ajuda mútua, trocando informações e experiências sobre as formas de trabalhar de cada um;
- Ajudar o colega quando este estiver dispensando, evitando que ele precise interromper a dispensação;
- Evitar distrair o colega, não desviando sua atenção (“bastante ajuda quem não atrapalha!”);
- Evitar conversa e barulho excessivo;
- Deixar o telefone celular no silencioso e atendê-lo fora da área de dispensação;
- Não falar muito alto;
- Evitar interromper o colega que está dispensando;
- Procurar esclarecer as dúvidas do colega (mesmo quando este não pergunta);
- Ao perceber que o colega está cometendo um erro, chamá-lo (discretamente) e alertá-lo ou alertar o farmacêutico;
- Nas conferências, desconfiar (“no bom sentido!”) do trabalho realizado pelo colega, já que todos podem errar, e não se sentir constrangido em apontar erros detectados;
- Informar os erros, esclarecendo ao colega a forma correta de dispensar, mas sem o objetivo de criticá-lo;
- Evitar expor o colega de forma negativa, apontando erros

publicamente ou no caderno de passagem de plantão, de maneira depreciativa, gerando constrangimentos;

- Utilizar elogios ou comentários positivos como estímulo aos colegas;
- Realizar conferências sem escolher as prescrições a serem conferidas com base na facilidade de aceitação dos erros pelo colega que dispensou;
- Procurar manter a equivalência no número de prescrições conferidas de cada pessoa;
- Orientar que o colega utilize o POP ou pasta da estação para obter informações e esclarecer as dúvidas nas passagens de POP;
- Participar efetivamente dos treinamentos;
- Ao receber novos colegas, treiná-los de acordo com as rotinas da farmácia;
- Dar orientações práticas para os novos funcionários;
- Abastecer corretamente as estações de trabalho;
- Prestar atenção no conteúdo das cumbucas;
- Tomar cuidado ao guardar estornos;
- Tomar cuidado ao guardar medicamentos recebidos do almoxarifado;
- Prestar atenção no corte e identificação dos saquinhos de comprimidos;
- Lançar prazo nos medicamentos quando necessário;
- Fazer as anotações necessárias para a dispensação do medicamento (planilhas);
- Manter a organização da farmácia;
- Manter a organização da estação e a ordem das cumbucas;
- Atualizar murais e comunicar-se através do caderno de plantão, repassando informações para os colegas;
- Utilizar informativos e sinalizações quando necessário (ex. medicamentos em falta);
- Padronizar rotinas e procedimentos;
- Não propagar informações das quais não tem certeza;
- Fazer intervenções sempre que identificar problemas nas prescrições, evitando que erros se perpetuem;
- Prestar atenção em qualquer tarefa que lhe for designada;
- Evitar sobrecarregar os colegas, cumprindo suas atividades;

- Ter noção do volume de trabalho, e
- Conhecer a fundo a rotina do serviço.

Que outras sugestões você daria para evitar erros de dispensação?

Além de ações comportamentais, há ainda outras sugestões para prevenir e reduzir erros de dispensação. Envolve desde a otimização da tecnologia disponível até ações motivacionais com o grupo de trabalho, além de propor mudanças na cultura organizacional. As propostas abaixo foram discutidas a partir da realidade do Hospital Nossa Senhora da Conceição, mas eventualmente podem ser aplicadas em outras instituições hospitalares.

- Trabalhar a motivação do grupo, através de encontros para discussão, dinâmicas, treinamentos teórico-práticos, etc.;
- Estimular a participação efetiva dos trabalhadores em treinamentos e oficinas;
- Aumentar o conhecimento da equipe sobre os medicamentos (usos, doses...);
- Elaborar um manual de medicamentos de alto risco;
- Elaborar um manual de consulta rápida sobre aspectos mais relevantes para a dispensação dos medicamentos;
- Manter as bulas dos medicamentos nas cumbucas e/ou caixas dos mesmos;
- Promover treinamento para os novos residentes médicos sobre utilização do sistema informatizado de prescrição;
- Impor restrições nas possibilidades de prescrição no sistema informatizado (ex. formas de dosificação, via de administração, de acordo com o medicamento prescrito);
- Realizar intervenções farmacêuticas sempre que identificar problemas em prescrição;
- Em casos críticos, realizar a intervenção por telefone, para correção imediata do problema;
- Sinalizar no sistema os itens que sofreram intervenção farmacêutica;
- Médicos devem prescrever o mais cedo possível, permitindo maior tranquilidade à dispensação e conferência de prescrições;

- A enfermagem ou o médico devem ter paciência para aguardar uma informação solicitada à farmácia, para que a mesma possa ser precisa e adequada (ex. consulta a livros, bulas, tabelas ou POP);
- Aumentar o percentual de conferências, elevando-o ao máximo possível (idealmente, tudo deveria ser conferido);
- Criar setor ou estação de trabalho fixa para conferência, fazendo parte do rodízio e tornando a atividade impessoal;
- Fazer as conferências em silêncio, atenta e criteriosamente;
- Nas prescrições marcadas como conferidas, aparecer o horário da conferência;
- Conhecer qual o tipo de erro cada um comete mais frequentemente, a partir da conferência, para promover treinamentos específicos;
- Mudar o enfoque da interpretação das conferências e dos memorandos da enfermagem, passando a considerar algo positivo, que evita a perpetuação do erro e que este cause danos aos pacientes, servindo como uma proteção para o auxiliar de farmácia;
- Separar fisicamente a área do balcão de atendimento do restante da dispensação, para diminuir ruídos;
- Reorganizar o espaço físico, para facilitar acesso e visibilidade dos medicamentos;
- Nos medicamentos não padronizados manipulados, identificar o rótulo também com o nome do paciente;
- Investir na etiquetagem e/ou priorizar a compra de medicamentos que tenham código de barras da indústria;
- Investir na área de emblistagem (ex. melhorar área física, incluir ampolas);
- Tomar o cuidado de preservar a validade, o lote e a identificação ao dispensar comprimidos não individualizados;
- Mapear horários, estações de trabalho ou situações (ex. presença de visitantes, recebimento de medicamentos, dias de treinamento) que favoreçam a ocorrência de erros;
- Informatizar os memorandos da enfermagem (semelhante às consultorias no sistema) para garantir que sejam preenchidos pelo enfermeiro;
- Realizar visitas a outros hospitais, para identificar novas

metodologias de dispensação e organização;

- Implementar dispensação de alguns medicamentos através de kits;
- Utilizar o manual de rotinas (POP) como fonte de informação;
- Estimular a sensibilidade de avaliar os casos em que não se aplicam os POP ou rotinas, em que deve ser priorizada a humanização sobre o tecnicismo;
- Adotar uma supervisão mais rigorosa e um acompanhamento mais aproximado da dispensação por parte dos farmacêuticos;
- Adotar sistemas de conferência que utilizem novas tecnologias, por exemplo, através de radiofrequência;
- Melhorar sistema informatizado, que deve sinalizar quando não foi lançada toda a quantidade prescrita e outras discordâncias entre a prescrição e o lançamento;
- Tornar o aspecto visual do sistema informatizado mais agradável e de fácil entendimento;
- Registrar as falhas de sistema e humanas, para possibilitar mapeamento dos erros;
- Mostrar aos usuários a forma como a farmácia trabalha, para que compreendam o processo de dispensação (nos moldes de um “conheça a nossa cozinha”);
- Na mesma lógica, a farmácia deve conhecer o processo de trabalho da enfermagem, para compreender suas dificuldades e traçar estratégias conjuntas para resolver os problemas;
- Promover visitas para os trabalhadores da farmácia nas áreas de internação, emergência, UTI, para que possam desenvolver a empatia, conhecendo a situação dos pacientes e compreendendo qual o destino do seu objeto de trabalho;
- Promover integração entre as farmácias do GHC para aumentar conhecimento das rotinas em cada uma delas e suas particularidades e consolidar parcerias;
- Estimular a leitura do caderno de plantão e socialização das informações entre turnos de trabalho, e
- Promover a utilização dos momentos ociosos para novos aprendizados e desenvolvimento de atividades que usualmente não podem ser aplicadas.

Considerações finais

Ana Catarina Romano e Silva
Ana Paula Antunes Porsch
Carine Franco Morschel
Elton Nogueira de Matos
Lais Araujo de Oliveira
Mônica Corrêa Padilha
Onilva Maria Vivian da Costa



“Errar é humano”, “quem nunca errou que atire a primeira pedra”, estes são alguns ditados populares e citações bíblicas que servem de consolo para situações em que somos julgados por erros cometidos.

O erro é inerente aos processos. Ao executarmos uma tarefa repetidamente temos uma certeza: em algum momento ocorrerá uma falha. O problema está em como esta falha pode interferir com o trabalho em si e com toda a cadeia de processos na qual está inserido. É difícil e constrangedor assumir um erro cometido por nós e que só afetou a nós mesmos, mas isto pode se tornar insustentável quando um erro nosso prejudica outra pessoa. Como seguir trabalhando depois de saber que um erro nosso lesou outra pessoa?

Ao falarmos de saúde, de prestação de serviços dentro de um hospital, o erro na execução das atividades pode aumentar o tempo de internação, diminuir o bem estar de alguém, comprometer o sucesso de um tratamento ou, de forma extrema, custar a vida de uma pessoa.

Mas como evitar que erros de dispensação sejam cometidos? Se eles são inerentes ao processo, como pelo menos diminuir sua ocorrência? Como lidar com os erros cometidos? Como sensibilizar uma equipe com membros de diferentes culturas, experiências, idades e valores?

A partir destas reflexões e percebendo as falhas cometidas na dispensação de medicamentos no nosso hospital, é que uma das farmacêuticas da Farmácia Central teve a ideia de fazer oficinas com os trabalhadores do Serviço de Farmácia e escutar o que pensam e têm a dizer sobre sua atividade e os erros que podem ser cometidos ao executá-la. Os grupos foram organizados e as pessoas começaram a expor suas opiniões e percepções sobre aquilo que fazem diariamente. Ultrapassando as fronteiras do processo de trabalho, as oficinas ocorreram com a sólida proposta de acolher o pensamento dos participantes, dando ouvidos às suas vozes.

O objetivo primordial das oficinas foi justamente a sensibilização sobre o assunto erros de dispensação e este parece ter sido plenamente atingido, ao promover uma grande preocupação com o que uma simples falta de atenção pode acarretar.

Num primeiro momento, alguns participantes sentiram-se confusos com o formato da atividade educativa, imaginando até que estavam divididos em grupos de acordo com o índice individual de erros de dispensação. Mas com o decorrer da atividade e a posterior apresentação dos grupos em um grande painel, contendo todas as respostas, foi possível a todos nós compreendermos que o objetivo era ouvir-nos e sensibilizar-nos para este tema tão importante. Pudemos, então, compreender o real significado de nosso trabalho, sentir que estávamos colaborando para melhorias no serviço e que nossa opinião era realmente valorizada. A possibilidade de refletir sobre os erros de dispensação e como cada indivíduo está sujeito ao erro, dentro de um processo, mobilizou a equipe a ponto de reduzir ainda mais o índice de erros e motivou a cada um de nós, tornando mais evidente o valor do nosso trabalho.

Uma das nossas primeiras conclusões é que somos parte e todo ao mesmo tempo. Somos parte quando percebemos que o nosso trabalho, seja ele qual for, é uma engrenagem de uma grande máquina. Dependemos que uma série de atividades anteriores sejam bem executadas para que tenhamos boas condições de dispensarmos corretamente os medicamentos para os pacientes. E com medicamentos e materiais dispensados de forma correta o

corpo médico e de enfermagem podem, então, tratar os pacientes que o hospital acolhe.

O processo de dispensação pode parecer mecânico e repetitivo, mas quando conseguimos identificar a evolução que “aquele” paciente tem ao longo da semana simplesmente por acompanhar as mudanças na sua prescrição, que dispensamos diariamente, a alteração nos antibióticos, na sedação, nos curativos, percebemos de fato que somos uma parte importante no tratamento e cuidado daquele paciente, que na maioria das vezes não conhecemos pessoalmente.

Por outro lado, somos todo quando visualizamos que o processo de dispensação tem um início, meio e fim definidos. Ou seja, o processo inicia com o recebimento do estoque, que deve ser conferido e armazenado adequadamente, se desenvolve com a dispensação propriamente dita da prescrição do paciente e termina com a entrega dos medicamentos ao posto de enfermagem para serem administrados ao paciente.

A partir deste entendimento de parte e todo podemos identificar muitos pontos críticos no decorrer das atividades. E então chegamos à segunda conclusão: as rotinas adotadas pela equipe devem ser constantemente discutidas, aprimoradas e sedimentadas. Durante a realização das oficinas tornou-se evidente a necessidade de conhecermos bem as rotinas do serviço. A padronização de uma atividade tem por objetivo minimizar os erros que possam ocorrer durante sua execução e se traduz através dos Procedimentos Operacionais Padrão, que devem ser conhecidos e seguidos por todos que vão executar a atividade. Como padronizar uma atividade sem engessar o funcionário, permitindo que este utilize sua criatividade em sua execução? As diferentes formas de dispensar personalizam o processo, e isto é fundamental para o bem estar do funcionário ao executar suas atividades.

E como consolidar os POP na equipe? É fundamental que haja o envolvimento de todas as partes, que exista um diálogo constante entre farmacêuticos e auxiliares na construção e definição de uma rotina e de qual a forma mais efetiva de trabalhar e sedimentar a informação. O próprio envolvimento da equipe no processo de

criação e revisão faz com que a rotina seja melhor internalizada, pois a capacidade criativa torna o trabalho menos mecânico e, portanto, mais rico e produtivo.

Outra constatação que se teve com as oficinas é que o diálogo entre os setores do hospital deve ser efetivo. Devemos conhecer as necessidades do corpo de enfermagem, por exemplo, para que possamos adaptar e aprimorar uma rotina interna. Esta ação pode resultar num menor desgaste, desperdício de tempo e trabalho. Assim como é importante que a enfermagem saiba das necessidades da farmácia quanto ao encaminhamento de documentos. Quanto mais próximo for o diálogo entre os setores, melhor o trabalho será executado. E todos saem ganhando, a farmácia que direciona seus esforços, a enfermagem que agiliza seus procedimentos, e certamente o paciente, que é melhor atendido, pois conta com uma estrutura inteira trabalhando para isto.

Por fim, como trabalhadores das farmácias deste grande hospital, pudemos perceber o quanto esta desprestigiada dinâmica de grupo acrescentou ao nosso trabalho. Conseguimos enxergar o erro como ponto de partida criativo para a melhoria das atividades que desenvolvemos e não apenas como algo puramente negativo. A valorização pessoal que vem com a oportunidade de sermos escutados, de percebermos que fazemos, sim, parte de um todo e que o nosso trabalho é importante e dele depende uma série de outros eventos, é muito gratificante.

Mensagem da apoiadora

Maria Elisa Gassen Toffoli



Há anos venho trabalhando com a educação em saúde em universidades e hospitais e há algumas coisas que tenho observado:

O aprendizado somente se consolida com a vivência e o conhecimento precisa ser construído a partir da vivência.

A motivação para aprender é pessoal. As pessoas aprendem somente aquilo que desejam.

Não há um jeito certo para ensinar ou para motivar. A motivação para o aprendizado passa, em grande medida, pela sensibilização ao tema proposto.

Sensibilizar foi o que buscamos aqui.

E como uma última dica, proponho a abertura como base para todas as ações:

Abra sua mente: admita que pode errar, você é humano, aceite sua humanidade e a falibilidade que a acompanha.

Abra seus olhos: mantenha-se atento, leia, observe.

Abra seus ouvidos: escute as orientações, ouça os seus companheiros de trabalho, preste atenção no seu ambiente.

Abra sua boca: comunique-se, pergunte, compartilhe as informações, exponha suas dúvidas, proponha mudanças, peça ajuda.

Abra seus braços: acolha seus colegas com suas dúvidas, seus erros, suas diferenças, e ajude-os.

Abra seu coração: coloque-se no lugar do paciente, pergunte-se sempre como gostaria de ser tratado.

Finalmente, abra um sorriso, você fará um ótimo trabalho.

