

ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Série Boletins

ERROS DE DISPENSAÇÃO NO ÂMBITO HOSPITALAR

Luana de Azevedo Felício & Carla Valeria Vieira Guillarducci Ferraz



Outubro, 2018.

Apresentação

Dispensação de medicamentos

A Política Nacional de Medicamentos define dispensação como o ato do profissional farmacêutico em fornecer ao paciente um ou mais medicamentos, normalmente como resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado (BRASIL, 1998).

Em hospitais, o processo de dispensação de medicamentos deverá ter como objetivos a promoção do uso racional de medicamentos, assim como a redução de gastos com os mesmos; o aumento do controle sobre o uso dos medicamentos, permitindo acesso do farmacêutico às informações do paciente; a diminuição dos erros de administração de medicamentos; a colaboração com a Farmacoterapia iniciada pelo médico; o aumento da segurança do paciente (www.farmaciahospitalar.com).

Uma das formas de se promover a segurança do paciente é através da criação de barreiras durante a etapa de separação de medicamentos, impedindo que erros de dispensação ocorram (ANACLETO et al., 2010).

Erros de dispensação

Erro de dispensação pode ser conceituado como o grau de discrepância entre o que foi solicitado por escrito na prescrição médica e o atendimento dessa solicitação. No âmbito hospitalar, os erros de dispensação podem ser cometidos pela equipe de funcionários da farmácia, ou seja, técnicos e farmacêuticos durante a dispensação dos medicamentos para os setores de internação. Os erros decorrentes da etapa de dispensação significam a ultrapassagem de uma das últimas barreiras na segurança do uso dos medicamentos (ANACLETO et al., 2010).

Ainda que grande parte dos erros não causem danos aos pacientes, os erros relacionados à etapa de dispensação comprovam a fragilidade no processo de trabalho e possuem uma relação direta com riscos maiores de ocorrências de acidentes graves (COHEN, 1999; FLYNN et al., 2003; ANACLETO et al., 2005; ALBUQUERQUE et al., 2011).

Com o objetivo de reduzir e prevenir estes erros, alguns procedimentos foram recomendados por Leape e colaboradores (2000), pela *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* – JCAHO (2001) e pelo *National Quality Forum* – NQF (LÓPEZ, 2004), servindo de barreiras de proteção durante as etapas de cuidados em saúde. São eles:

- Diminuição da complexidade, simplificação e padronização de procedimentos, através da redução no número de passos ou etapas no processo de trabalho, limitando a variedade de medicamentos, equipamentos, suprimentos e regras no processo;
- Aperfeiçoamento nos padrões de comunicação, através da facilitação durante a transferência de informação e a comunicação clara;
- Respeito durante os limites de vigília e atenção ao reduzir as tarefas que dependam do uso da memória – os sistemas e tarefas devem ser desenhados de modo que respeitem a carga de trabalho;
- Automatização dos processos;
- Aperfeiçoamento do acesso às informações relativas a medicamentos.

O movimento moderno de segurança do paciente substitui “o jogo da culpa e vergonha” por uma forma de abordar conhecida como pensamento sistêmico. Desta forma, esse paradigma reconhece a condição de cada ser humano, levando em consideração que as pessoas erram, concluindo que a segurança depende da elaboração de sistemas que antecipem erros e que os previnam ou os identifiquem antes mesmo que eles causem danos (WACHTER, 2013).

O Modelo do Queijo Suíço de acidentes organizacionais (Figura 1), proposto por James Reason, tem sido extensamente adotado como modelo intelectual para a segurança do paciente. Esse padrão enfatiza que a análise dos erros associados à assistência à saúde devam se concentrar menos no propósito inútil de tentar aprimorar o comportamento humano e mais nas causas subjacentes que proporcionarão a ocorrência de erros. Sendo assim, o modelo busca a redução de buracos do queijo suíço, também designados como erros ou falhas latentes, através da criação de várias camadas de proteção, a fim de diminuir a probabilidade de que os buracos se alinhem e permitam um erro passar. É válido lembrar que as falhas latentes são dinâmicas como o sistema, e que variam de acordo com as situações as quais este é submetido. As defesas do sistema visam evitar que os erros latentes separadamente, ou concomitantemente com diversas outras falhas, resultem em erro (COOK et al.,1998; ALBUQUERQUE et al., 2011; WACHTER, 2013).

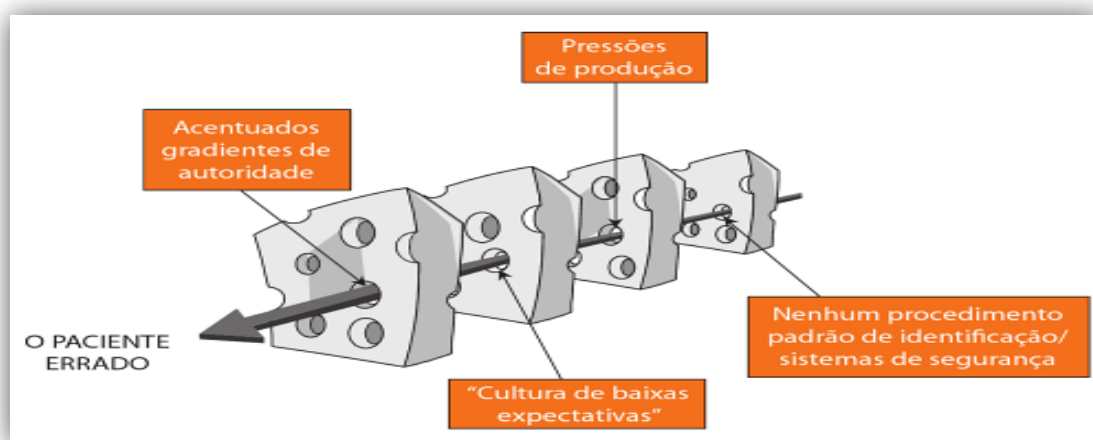


Figura 1: Modelo do Queijo Suíço de Acidentes Organizacionais de James Reason. (Retirado de: WACHTER, 2013).

Com o objetivo de reduzir e prevenir os erros de medicação, Cohen (1999) aponta dez passos considerados importantes para a promoção de uma dispensação segura (Quadro 1):

Quadro 1: Recomendações para a promoção de uma dispensação de medicamentos segura

†

Recomendações	Ações
Armazenamento de medicamentos	Medicamentos potencialmente perigosos deverão possuir sinais de alerta e ser armazenados em espaço delimitado para este fim.
Desenvolvimento de práticas de procedimentos	Os medicamentos deverão ser acondicionados em ordem alfabética, de acordo com a denominação genérica. Prateleiras, armários e gaveteiros deverão ser organizados de acordo com a forma farmacêutica.
Ambiente seguro	Diminuição de distrações , fluxo ideal e ambiente seguro de trabalho
Instituição de práticas seguras	Uso de rótulos diferenciados em medicamentos com nomes similares no local de dispensação
Dispensação segura de medicamentos	Manter juntos tanto a prescrição quanto o medicamento separado durante todo processo, a fim de evitar erro de dispensação.
Conferência do conteúdo da prescrição	Análise técnica da prescrição deverá ser feita pelo farmacêutico antes do início da separação de medicamentos, evitando que possíveis erros de prescrição se tornem erros de dispensação.
Dupla conferência	Efetuar a conferência do conteúdo do medicamento com a informação contida no rótulo e a prescrição, ato que prevenirá erros de separação e posteriormente erro de dispensação.
Registro do código de identificação	Verificação automatizada da prescrição e dos medicamentos separados para a dispensação.
Dupla conferência automatizada	Realizar a conferência final da prescrição com o resultado da separação, sendo utilizado o código de barras.
Paciente pela segurança do paciente	O paciente deverá ser informado sobre a farmacoterapia utilizada, tendo ciência dos seus efeitos, horários de administração e possíveis reações adversas. Desta forma, haverá mais uma linha de defesa na prevenção de erros de administração.

Fonte: COHEN, M.R. Medication errors. Washington: American Pharmaceutical Association, 1999.

Em 1996, a *American Society of Hospital Pharmacists* (ASHP) apresentou algumas estratégias com o objetivo de reduzir ou prevenir erros de medicação, tais como:

- Prescrição eletrônica com envio direto à farmácia;
- Uso de código de barras no processo de medicação;

- Desenvolvimento de fluxos de processos efetivos que permitam monitorar e relatar eventos adversos a medicamentos;
- Utilização de medicamentos com sistema distribuição de dose unitária de medicamentos injetáveis;
- Farmacêuticos clínicos dando suporte às equipes médicas e de enfermagem;
- Detecção dos erros cometidos durante o processo, assim como soluções que apontem melhorias para que estes não sejam recorrentes;
- Validação das prescrições pelo farmacêutico antes de serem administradas as primeiras doses e, em casos de erro, solucionar as questões que ponham em risco a saúde do paciente, junto à equipe médica e/ou de enfermagem (CASSIANI, 1996).

Sistema de prescrição eletrônica

A prescrição eletrônica é um sistema capaz de gerar uma prescrição medicamentosa no computador e enviá-la diretamente à farmácia, evitando que erros associados à ilegibilidade ou falhas associadas às informações incompletas sejam detectadas. Cerca de 80% dos erros de medicação podem ser evitados através da prescrição eletrônica, principalmente aqueles associados à omissão da dose do medicamento (BATES et al., 1999).

A atuação do farmacêutico na prevenção de erros de dispensação

O farmacêutico é um ator importante na dispensação do medicamento. Porém, na prevenção dos erros de medicação a sua atuação se torna diferenciada na medida em que a sua atuação é mais clínica (CASSIANI, 1996).

Leape e colaboradores (1999) conduziram um estudo capaz de mensurar o efeito da participação do farmacêutico nas visitas médicas das

unidades de terapia intensiva, na incidência de eventos adversos preveníveis causados por erros na prescrição. As intervenções do farmacêutico estavam associadas ao esclarecimento ou correção da prescrição, fornecimento de informação sobre o medicamento, recomendação de terapia alternativa, identificação de interação medicamentosa e identificação do erro no sistema, dentre outros. Por meio desse estudo, observou-se uma redução de aproximadamente 58 eventos adversos evitáveis num custo de U\$270.000 dólares por ano, tendo boa aceitação por parte dos prescritores por ser uma medida de preventiva de erros com foco na redução de gastos e ganho na segurança do paciente (CASSIANI, 1996; LEAPE et al.,1999).

O paciente pela segurança do paciente

Davis (1994) aponta que os profissionais poderão incentivar o paciente a ter uma lista de seus medicamentos prescritos com nome e horário de administração de cada uma destes, assim como verificar todos os medicamentos que lhe são administrados, constando dose, posologia, via de administração e horário. É válido reforçar que o paciente informe se tem alergia ou intolerância a determinado medicamento durante o momento de internação, a fim de se evitar eventos adversos associados a medicamentos.

Considerações finais

Todas as informações apresentadas apontam para a importância do estudo em questão, assim como as intervenções associadas a estes estudos. Embora a tecnologia esteja em desenvolvimento para ajudar os profissionais a prevenirem o erro, é ainda o fator humano que está associado à etapa crítica do processo, estando relacionado diretamente ao profissional e ao paciente.

Observações estão sendo feitas e dados apontam para a multiplicidade de aspectos envolvidos na administração de medicamentos. Sendo assim,

ambientes punitivos deixam de existir nas instituições e passa a haver a preocupação em analisar e prevenir a ocorrência dos erros de medicação.

Resumidamente, as estratégias implementadas só estarão coerentes dentro de um aspecto que privilegie a cultura de segurança do paciente e a melhoria da qualidade de assistência prestada à clientela.

Referências Bibliográficas

ALBUQUERQUE, P.M.S; DANTAS, J.G;VASCONCELOS,L.A;CARNEIRO,T.F.O; SANTOS,V.S. Identificação de erros na dispensação de medicamentos em um hospital oncológico. *Ver.Bras.Farm.Hosp.Serv. Saúde*, v.3,n.1,p.15-18, jan./mar.2012

ANACLETO, T.A;PERINI,E; ROSA, M.B; CESAR,C.C. Erros de medicação e sistemas de dispensação de medicamentos em farmácia hospitalar. *PharmacyClinics*, vol.60, n,4, p.325-332,2005.

ANACLETO, T.A; ROSA, M.B; NEIVA, H.M, MARTINS, M.A.P. Farmácia Hospitalar: Erros de medicação. *Pharmacia Brasileira* – Janeiro/Fevereiro,2010.

BATES, D.W. et al. The impact of computerized physician order entry on medication errors prevention. *Journal of the American Medical Informatics Association* , v. 6, nA, 313-321 , 1999b.

BRASIL. Lei n. 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília*, 19 dez. 1973.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916/MS/GM, de 30 de outubro de 1998. Política nacional de medicamentos . *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF*, 10 nov. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização /- 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.*

CASSIANI, S.H.D.B. Erros de medicação: Estratégias de prevenção. *R. Bras. Enferm.*, Brasília , v 53, n.3, p. 424-430, jul./set, 2000.

COHEN, M. R. Medications errors: causes, prevention and risk management. Washington: *Am Pharm Assoc*, 1999.

COOK, R.I.; WOODS, D.D.; MILLER, C. **A tale of two stories: contrasting views on patient safety.** Chicago: National Patient Safety Foundation, 1998. Disponível em: <<http://www.npsf.org/exec/report.html/>>. Acesso em: 23 de julho de 2016.

FLYNN A. E.; BARKER, K.N.; CARNAHAN, B.J. National observational study of prescription dispensing accuracy and safety in 50 pharmacies. *J Am Pharm Assoc*, Washington: American Pharmaceutical Association, v.43 n.2, p.191-200, 2003.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS – JCAHO. Preventing medication errors: strategies for pharmacists. Oakbrook Terrace: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2001. 147p

LEAPE, L.L. et al. Reducing adverse drug events: lessons from a breakthrough series collaborative. *Jt Comm J Qual Improv*, St. Louis, v.25, n.6, p.321-331, 2000.

LÓPEZ, M.J.O. Nuevas iniciativas para mejorar la seguridad de la utilización de los medicamentos em los hospitales. *Rev Esp Salud Pública*, v.78, n.3, p.323-339, 2004.

WACHTER, R.M. Compreendendo a segurança do paciente. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. 478 p.

www.farmaciahospitalar.com. Acesso em : 23 de julho de 2016.