



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS**

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA**



**ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA**

**Intervenção Sócio-Organizacional com vista à Redução do Erro de Medicação em Meio Hospitalar**

**Anabela Rodrigues da Graça**

Orientação: Professor Doutor Florentino Serranheira

Co-Orientação: Professor Doutor Paulo Sousa

**Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde**

Área de especialização: *Especialidade de Qualidade e Tecnologia da Saúde*

Dissertação

Évora, 2013

*"Adoramos a perfeição, porque não a podemos ter;  
repugna-la-íamos, se a tivéssemos.  
O perfeito é desumano,  
porque o humano é imperfeito."*

*Fernando Pessoa*

## **AGRADECIMENTOS**

No momento em que termino este trabalho, desejo exprimir a minha gratidão a todos os que o tornaram possível. Em particular agradeço:

Aos meus orientadores Doutor Florentino Serranheira e Doutor Paulo Sousa pela orientação, pela pronta disponibilidade demonstrada ao longo da elaboração deste trabalho, bem como por todas as sugestões e críticas, mas sobretudo pelo apoio e por me fazerem acreditar que era possível chegar ao fim.

A todos os Técnicos de Farmácia Coordenadores que prontamente se disponibilizaram a colaborar na realização deste estudo, possibilitando a elaboração do mesmo.

Aos meus colegas, pelo encorajamento que me dispensaram.

Às minhas filhas e ao meu marido porque são a razão de “tudo” fazer sentido.

## **INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL COM VISTA À REDUÇÃO DO ERRO DE MEDICAÇÃO EM MEIO HOSPITALAR**

### **RESUMO**

A segurança do doente e da medicação é um problema na prestação de cuidados de saúde. O medicamento e os seus circuitos envolvem etapas complexas, em espaços concretos, com equipamentos específicos onde diversos atores se interrelacionam e interagem, potenciando o risco da ocorrência de erros e eventos adversos. Procurou-se identificar as estratégias implementadas pelas FH para redução de erros de medicação, particularmente nos medicamentos LASA. Realizaram-se entrevistas aos TC de Farmácia de 8 instituições da RLVT. A prescrição eletrónica, a automatização dos sistemas de distribuição e os recursos humanos qualificados são pontos positivos. A quase inexistência de listas de medicamentos LASA, de protocolos que minimizem as prescrições orais/telefónicas, o armazenamento inadequado, a indiferenciação dos rótulos e materiais revelam fragilidades. É praticamente ausente a formação sobre medicamentos LASA. Justifica-se uma intervenção socio-organizacional a nível das farmácias hospitalares que, numa perspetiva sistémica, envolva todos os atores para a segurança do doente e do medicamento.

**PALAVRAS-CHAVE** – Segurança do Doente, Segurança da Medicação, Medicamentos LASA, Perspetiva Sistémica da Ergonomia

## **SOCIO-ORGANIZATIONAL INTERVENTION IN ORDER TO REDUCE MEDICATION ERRORS IN HOSPITALS**

### **ABSTRACT**

Patient and medication safety is a problem when providing health care services. The drug and its circuits have complex steps in their own spaces, with specific equipment where several actors interrelate and interact, enhancing the risk of errors and adverse events. The strategies implemented by Hospital Pharmacies to reduce medication errors were identified, particularly in LASA medications. Interviews were conducted with Pharmacy Technical Coordinators of 8 Região de Lisboa e Vale do Tejo Institutions. The electronic prescription, the distribution systems automation and skilled human resources, are strengths. The near absence of LASA medication lists, protocols that minimize oral/telephone prescriptions, improper storage, undifferentiated labels and materials, reveal weaknesses. Training on LASA medications is virtually absent. It is justified a socio-organizational intervention on Hospital Pharmacies, with a systemic perspective, involving all actors to ensure the patient and medication safety.

**KEYWORDS**— Patient Safety, Medication Safety, Look-Alike, Sound-Alike Medication Names, Human Factors and Ergonomics Framework

## ÍNDICE

Agradecimentos .....	ii
Resumo.....	iii
Abstract .....	iv
Índice .....	v
Lista de siglas e abreviaturas.....	vii
Índice de figuras .....	viii
Índice de tabelas.....	ix
Introdução .....	1
I Parte – Enquadramento Teórico .....	6
Saúde, Qualidade, Segurança do Doente e da medicação .....	6
1. Condições externas .....	6
2. Gestão e Organização.....	14
3. Condicionantes externas do trabalho no contexto da dispensa do medicamento em farmácia hospitalar .....	18
4. Características do trabalho em Farmácia Hospitalar .....	21
4.1. Distribuição de medicamentos em farmácia hospitalar.....	24
4.1.1 Sistema coletivo de distribuição de medicamentos - sistema tradicional .....	27
4.1.2 Sistema coletivo de distribuição de medicamentos - por reposição de stocks nivelados .....	28
4.1.3 Sistema individualizado de distribuição de medicamentos - distribuição em dose unitária .....	29
5. Características individuais dos profissionais de saúde com intervenção no circuito do medicamento...	32
6. Influência dos níveis de desempenho na ocorrência de erros de medicação.....	34
6.1. Tipos e causas de erros de medicação .....	34
6.2. Medidas preventivas para um desempenho adequado .....	39
6.3. Estratégias para redução dos erros com medicamentos LASA.....	40
II Parte – Metodologia .....	42
1.1. Objetivo geral.....	42

1.2.	Objetivos específicos .....	42
2.	Tipo de estudo.....	43
3.	População em estudo e amostra.....	44
3.1.	Critérios de inclusão .....	45
4.	Instrumento de recolha de informação .....	45
4.1.	Estrutura do guião da entrevista .....	45
4.2.	Estratégia de Construção do guião e de aplicação da entrevista .....	46
4.3.	Ensaio.....	47
4.4.	Variáveis: dimensões e categorias do estudo .....	48
5.	Considerações éticas e legais .....	48
6.	Análise da informação .....	48
III Parte – Apresentação e Discussão dos Resultados.....		50
1.	Condições externas .....	50
2.	Gestão e Organização.....	54
3.	Condicionantes Externas do Trabalho no contexto da dispensa do medicamento em farmácia hospitalar .....	60
4.	Características do trabalho em Farmácia .....	63
5.	Características Individuais dos profissionais de saúde com intervenção no circuito do medicamento.....	65
Considerações Finais .....		70
Plano de Intervenção Sócio-Organizacional .....		74
Referências Bibliográficas.....		77
Anexo 1 - Guião da entrevista .....		i

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ARSLVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

ASHP - *American Society of Hospital Pharmacist*

CISD - Classificação Internacional de Segurança do Doente

DCI - Denominação Comum Internacional

DGS - Direção Geral da Saúde

EU - União Europeia

FH - Farmácia Hospitalar

INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde

ISMP - *Institute for Safe Medication Practices*

JCAHO - *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*

LASA - *Look-Alike, Sound-Alike*

NCC MERP - *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention*

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNS - Plano Nacional de Saúde

RLVT - Região de Lisboa e Vale do Tejo

SNNIEA - Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos

SNS - Serviço Nacional de Saúde

TFMC - Técnico de Farmácia Coordenador

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxo do circuito da medicação .....	22
Figura. 2 - Tipologia de erros nas diferentes etapas do ciclo do medicamento .....	37
Figura 3 – Participação em projetos e divulgação de orientações .....	53
Figura 4 – Participação da FH no projeto de implementação da prescrição eletrónica .....	55
Figura. 5 – Lista e procedimentos para medicamentos LASA .....	56
Figura 6 – Consciencialização para as questões da cultura da segurança do doente.....	58
Figura 7 – Notificação de eventos adversos .....	59
Figura 8 – Postos de trabalho vs equipamentos .....	60
Figura 9 – Fatores que influem na distribuição de tarefas .....	65

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela1 – Principais áreas de trabalho do programa - desafios globais para a segurança do doente .. 13

Tabela 2 – Tipos de erros de medicação ..... 37

## INTRODUÇÃO

As intervenções em saúde são pensadas de forma a ser favoráveis ao doente, mas em alguns casos podem ter consequências negativas. Por outras palavras, o sistema de prestação de cuidados de saúde envolve uma complexa combinação de políticas, organizações, recursos, processos, tecnologias e interações humanas pensadas para trazer benefícios significativos ao doente, no entanto, podem acarretar alguns eventos adversos que na maioria dos casos são evitáveis (OMS, 2002).

As unidades hospitalares ou outras unidades de saúde, bem como os seus profissionais, têm como objetivo prestar cuidados de saúde da forma mais segura possível. No entanto, muitos incidentes, acidentes e respetivos acontecimentos adversos (com ou sem danos para o doente) ocorrem durante a prestação de cuidados (*sharp end*), sendo os eventos adversos com medicamentos um importante fator contribuinte para estes acontecimentos (Bates *et al.*, 1998).

A problemática em torno do evento adverso e consequentemente da segurança do doente está definitivamente estabelecida como um desígnio incontornável em saúde. “A segurança dos doentes – *Patient Safety* – é hoje internacionalmente reconhecida como uma componente extremamente importante da Qualidade em Saúde”. “(...) constitui hoje um sério problema de saúde pública [...para o qual é...] necessário, identificar áreas de atuação, hierarquizar intervenções, selecionar indicadores que permitam monitorizar e avaliar essas intervenções, em termos de efetividade e eficácia das mesmas” (Sousa, 2006, p.1 ).

O *Institute of Medicine*, com o relatório “*To Err Is Human*” trouxe, definitivamente, a problemática do “evento adverso”, da “qualidade em saúde” e da “segurança do doente” para o topo das agendas políticas e das preocupações organizacionais. Esta publicação alertou as consciências públicas, com o impacto dos números, ao estimar que nos Estados Unidos da América, por ano, morrem entre 44 mil e 98 mil indivíduos decorrentes de erros clínicos, representando um custo entre 17 a 29 000 milhões, sendo que, os erros que envolviam medicamentos causavam aproximadamente 7.000 mortes, por ano. Ocorria, ainda, por dia, 1 erro de medicação por doente hospitalizado e 1,5 milhões de eventos adversos com medicamentos, evitáveis, por ano. Referia-se que os custos derivados da morbidade e mortalidade decorrentes do dano poderiam atingir, por ano, 77.000 milhões de dólares (Kohn, 2000).

Acresce que, para além dos números e do título “errar é humano”, nos leva a pensar que para os erros existe culpa e culpados, e por isso algum tipo de falha humana. Este estudo salientou o facto de muitos dos eventos adversos serem evitáveis e a maioria dos fatores que lhe dão origem são sistémicos, consequência da má conceção do envolvimento, e não o resultado do mau desempenho individual dos profissionais de saúde (*Kohn, 2000; Henriksen et al., 2008*).

Como refere *Henriksen et al.* (2008) é essencial reconhecer que os erros são fundamentalmente consequências de um processo onde existem condições latentes ao erro. Estes acarretam, com frequência, consequências mais sérias (eventos adversos). Por outro lado, na maioria dos casos são evitáveis e simplesmente representam sintomas ou indicadores de condições latentes ao erro no sistema. No essencial, os erros estes devem ser vistos como consequências e não como causas, e assim servirem como o ponto de partida para uma análise cuidadosa das condições latentes do sistema que lhes estão na origem e contribuíram para o erro e para o evento adverso. Esta necessidade de analisar o “erro” de “forma sistémica”, e não da justa medida de “quem falhou”, torna-se premente quando se desenrola num sistema organizacional complexo, como é o caso das Instituições de Saúde e, de modo geral, da prestação de cuidados de saúde.

Segundo *Fragata et al.* (2008) um sistema organizacional complexo é “qualquer estrutura envolvendo pessoas e tecnologias, atuando em interdependência de ações, com vista à obtenção de um determinado objetivo ou resultado final” (p. 318). Assim, podemos dizer que as organizações de saúde são complexas e dispõem de múltiplos sistemas, também eles, complexos.

Esta complexidade deriva de vários fatores que entrecruzados podem originar o erro. Neste contexto, talvez o mais importante seja a presença de defesas, barreiras e controlos projetados para proteger os doentes de potenciais perigos e prevenir tal ocorrência. Tais barreiras são pré-requisitos essenciais para uma gestão de risco eficaz, com a capacidade de detetar elementos, ações, situações ou outros indicadores, ainda que incipientes no sistema, e implementar medidas corretivas abrangente/efetivas e eficientes (*Reason, Carthey, Leval, 2001*).

Em suma, para a prestação de cuidados de saúde concorrem múltiplos fatores, componentes e pessoas. Se estes funcionarem bem juntos, servem coletivamente como um conjunto de barreiras para evitar os eventos adversos. Mas, se existirem vulnerabilidades ou deficiências no sistema, a

ocorrência de um evento adverso pode suceder, dependendo da interação ou do alinhamento de um número suficiente de condições latentes e também de falhas ativas.

De acordo com *Henriksen et al* (2008) e *Serranheira et al.* (2009) os fatores que contribuem para os eventos adversos nos cuidados de saúde podem dever-se a falhas ativas (praticados pelos profissionais que estão no meio da ação, que estão a responder às necessidades do doente) ou a condições latentes (possíveis fatores contribuintes que estão escondidos e adormecidos no sistema de prestação de cuidados de saúde e que ocorrem a montante da ação). As condições latentes extrínsecas e intrínsecas às estruturas têm a ver com a gestão dos processos, dos equipamentos, da formação e informação, com a organização do trabalho, a forma de motivar e integrar os profissionais na equipa e na estrutura. As falhas ativas são inerentes ao desempenho e ao profissional, sendo este o elo final de uma cadeia de acontecimentos e portanto aquele que “dá a cara” pelo sistema junto do doente. Estes fatores podem organizar-se em: 1. Características Individuais (do doente e do profissional); 2. Natureza do Trabalho; 3. Ambiente Físico, Interface Homem-Sistema e Ambiente Socio-organizacional; 4. Gestão e 5. Ambiente Externo.

O grupo da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a segurança do doente no seu documento *“Human Factors in Patient Safety, Review of Topics and Tools”* (2009) relativamente aos fatores organizacionais e humanos que influenciam a segurança do doente distribui-os por 10 tópicos englobados em 4 dimensões: Organização e Gestão, Trabalho de Equipa, Trabalho Individual, Ambiente de Trabalho. Note-se que os autores esclarecem que os “fatores humanos” são sinónimos da Ergonomia (*Human Factors and Ergonomics-HFE*), e que constituem os princípios científicos de harmonização do interface entre o homem e o ambiente ou sistema. Em termos práticos a Ergonomia parte das características, capacidades e limitações humanas para conceber de forma harmoniosa, segura e confortável os objetos, os circuitos, os sistemas, e o ambiente. Por outras palavras, pretende harmonizar o envolvimento no decurso da atividade humana, isto é durante a interação do homem com o sistema.

Ora, tendo em conta que são múltiplos os fatores que podem constituir-se como elementos vulneráveis e por isso contribuintes para a ocorrência de eventos adversos, e tendo este estudo o seu foco no medicamento, torna-se importante perceber o enquadramento do medicamento no âmbito da prestação de cuidados de saúde, as vulnerabilidades que importa para o sistema e as soluções implementadas ou a implementar como contributo para a segurança do doente.

O medicamento e os seus circuitos, em si próprios, compreendem sistemas intrincados devido ao número de etapas envolvidas, aos muitos atores que se interrelacionam e interagem, desde a conceção até à administração. Acresce que o aumento extraordinário da quantidade, diversidade e complexidade do medicamento e da medicação contribuíram para o aumento da complexidade do sistema. Adicionalmente, subsistem constrangimentos políticos, económicos e financeiros para a sua gestão, bem como, de ordem individual, social e cultural quanto ao bom uso do medicamento. Os múltiplos fatores inerentes ao complexo circuito da medicação, acrescidos pelos demais decorrentes dos outros atos de Saúde, potenciam o risco associado à utilização do medicamento, proporcionando a ocorrência de erros de medicação.

Nesse contexto, ainda acresce que os medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspetto semelhante, normalmente denominados por medicamentos LASA (*Look-Alike, Sound-Alike*), são geradores de confusão e troca frequente entre medicamentos. Entenda-se por medicamentos *Look-Alike* aqueles que apresentam aparência ou ortografia semelhante, e por medicamentos *Sound-Alike* os que possuem nome foneticamente similar. (Adrienne, 2004). “A existência de confusão de nomes de medicamentos é uma das causas mais comuns de erros de medicação e é motivo de preocupação em todo o mundo” (Lambert, 1999, citado por OMS, 2007, p. 1) Em 2007, a OMS publicou nove “*Patient Safety Solutions*” sendo a número um dedicada a este conjunto de medicamentos.

Como atrás foi mencionado os erros ocorrem, normalmente, quando múltiplos fatores contribuintes se conjugam e beneficiam das vulnerabilidades ou deficiências do sistema. Tendo em conta esta problemática colocou-se a seguinte pergunta de partida para o presente estudo: será que as instituições hospitalares e/ou as Farmácias Hospitalares (FH) implementaram algumas das estratégias/medidas, para redução de erros de medicação, particularmente dirigida aos medicamentos LASA, tendo em conta a perspetiva sistémica de análise dos erros mais frequentes em cada instituição?

Apesar da relevância para a segurança do doente de todas as áreas do circuito da medicação, as barreiras a implementar requerem conhecimentos especializados que, e para algumas das soluções propostas, justificam os saberes teóricos e práticos próprios da Farmácia. Para além das ciências do âmbito da Farmácia, algumas delas estão, também, intrinsecamente relacionadas com o desempenho e as competências atribuídas à FH e aos seus Profissionais, sendo este o campo de

interesse e de ação no qual queremos desenvolver o nosso estudo. O presente estudo tem como campo de análise a segurança da medicação e como finalidade contribuir para a identificação de aspectos da segurança do doente, particularmente da segurança da medicação, refletindo as medidas existentes neste domínio, que as instituições hospitalares e/ou as FH possam implementar, para redução de erros de medicação, particularmente dirigida aos medicamentos LASA.

O presente trabalho de natureza exploratória inicia-se na introdução que descreve a natureza, âmbito e objetivo do estudo e a importância do tema. Encontra-se dividido em cinco partes. Na primeira parte, a pesquisa bibliográfica de enquadramento, compreende uma abordagem acerca da qualidade em saúde e dos fatores que influenciam a segurança do doente. Na segunda parte descrevem-se os procedimentos metodológicos inerentes ao estudo, desde a formulação dos objetivos, o tipo de estudo, a abordagem utilizada na recolha de informação. Na terceira parte apresentam-se e discutem-se os resultados obtidos tendo como referencial as recomendações oriundas da pesquisa bibliográfica. Na quarta parte, expõem-se as considerações finais do estudo e indicam-se potenciais linhas de investigação, a desenvolver em estudos posteriores.

## I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### **SAÚDE, QUALIDADE, SEGURANÇA DO DOENTE E DA MEDICAÇÃO**

Na atualidade, a prestação de cuidados de saúde está indubitavelmente associada às questões da qualidade, da segurança doente, da análise e redução de ocorrência de erros e de eventos adversos onde "... o erro não parece ser um fenómeno descontínuo, mas antes o resultado visível de uma tendência cumulativa de pequenos *Eventos Adversos...*" (Fragata *et al.*, 2008, p. 21). No contexto da segurança do doente e da prevenção de eventos adversos é relevante, efetuar uma abordagem sistémica e integrada que perspetive os cuidados de saúde centrados no indivíduo (utente e profissional) e na aprendizagem com o erro.

A perspetiva sistémica permite obter orientações para a melhoria da segurança do doente suportadas na verificação, designadamente da "...complexidade intrínseca à maioria das atividades desempenhadas, a elevada carga de trabalho (física e mental) dos profissionais de saúde, a frequente inadequação do ambiente, condições e exigências físicas e/ou mentais face às características e capacidades dos utilizadores (profissionais de saúde e utentes) e, no geral, a inadequação dos interfaces entre o Homem e o sistema, por exemplo a nível do *design*, dos *layouts*, dos equipamentos, dos instrumentos e dos meios e formas de comunicação." (Serranheira *et al.*, 2009, p. 1). Os acontecimentos adversos estão diretamente relacionados com os níveis de desempenho e decorrem na confluência e da coparticipação de diversas condições latentes no sistema, nomeadamente nas: Condições Externas, Gestão e Organização, Condicionantes Externas do Trabalho, Características do Trabalho e Características Individuais.

#### **1. CONDIÇÕES EXTERNAS**

As mudanças que vão ocorrendo na sociedade traduzem-se em "novas realidades", novas expectativas individuais e coletivas relativamente à Sociedade e à Saúde em particular, novas formas de pensar sobre, o "nós", os outros e o que nos envolve, procurando-se respostas globais e massificadoras. As Condições Externas são influenciadas globalmente e influenciam internamente os desenvolvimentos em Saúde, pois é nesta esfera que se definem as

macropolíticas económicas, de saúde, sociais e assistenciais. Condicionam as políticas internas das instituições de saúde e como estas (de forma sustentada, eficaz e adequada) procuram responder às necessidades e às expectativas que envolvem a prestação de cuidados de saúde apresentam dificuldades que podem aumentar nos próximos tempos, em face da atual crise.

As políticas de saúde nacionais e internacionais determinam e são determinantes para os desenvolvimentos em Saúde. Estas referem-se a decisões, planos e ações que são realizadas para atingir objetivos específicos de saúde numa sociedade. Quando explícitas apresentam uma visão para o futuro e ajudam a estabelecer metas e pontos de referência a curto e médio prazo. Descrevem as prioridades e os papéis esperados dos diferentes grupos, procuram consensos e mantêm o cidadão informado (OMS, 2012).

*Jakab*, no documento *Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks*, (OMS, 2013) refere que os Estados Membros da Região Europeia da OMS estão a abordar os principais desafios colocados à Saúde devido a mudanças demográficas e epidemiológicas, ao aumento das disparidades socioeconómicas, aos recursos limitados, aos desenvolvimentos tecnológicos e ao aumento das expectativas dos cidadãos e dos doentes.

No documento de reflexão sobre a saúde pós-2015, da OMS (2012), o referencial para a “saúde global” está a mudar. Apesar de se manter a necessidade de acessibilidade de todos a todas as tipologias de cuidados, e não apenas aos cuidados consequentes de causas biomédicas da doença, a principal mudança situa-se ao nível do reconhecimento político do impacto social e económico das doenças não transmissíveis. Ainda, menciona que o sector da saúde é apenas um contributo para o aumento da expectativa de vida. Esta depende de uma grande variedade de fatores, como sendo, políticas de desenvolvimento mais amplas, determinantes sociais, económicos e ambientais. Este documento aponta como a melhor medida de progresso a “expectativa de vida saudável” uma vez que esta não reflete apenas a mortalidade, mas também a morbidade e incapacidades. Refere que esta medida é ainda um desafio que necessita de muito trabalho para que seja fiável e comparável.

Numa perspetiva de futuro, a Saúde é pensada numa conjuntura macrossocial e como algo que transborda os limites da “Saúde”. A Saúde constitui-se como um pré-requisito para o

desenvolvimento nacional, o bem-estar individual e portanto como um valor social e um direito individual (*Jakab in OMS*, 2013).

O estado económico e social e as características intrínsecas ao indivíduo e à sociedade em que se insere influenciam as opções em saúde, quer institucionais, quer individuais. A conjuntura política favorece alterações de padrões estabelecidos e globalmente aceites, colocando-os em questão e provocando transformações.

“As políticas de saúde são centrais para a análise do estado-providência contemporâneo: não representam apenas uma das principais parcelas das despesas sociais, a par das pensões, como têm implicações universais e ao longo de todo o ciclo de vida. Além disso, sobre os sistemas de saúde contemporâneos pendem tensões e pressões semelhantes às que encontramos noutras áreas sociais: aumento continuado da despesa, pressões demográficas, arrefecimento do crescimento económico e constrangimentos fiscais. No entanto, a área da saúde tem especificidades importantes: a complexidade económico-financeira que decorre em grande parte da inovação tecnológica e terapêutica e a centralidade do poder dos profissionais de saúde. Destas especificidades resulta um conjunto de desafios à mudança nas políticas” (Silva, 2012, p. 121).

Estas mudanças tomam visibilidade e algumas das discussões políticas encontram-se vertidas em diplomas legais. A título de exemplo, podemos referir a utilização de medicamentos genéricos.

“A utilização de medicamentos genéricos é uma realidade consolidada internacionalmente, com inquestionável segurança, qualidade e eficácia, podendo desempenhar um papel estruturante na promoção de racionalidade e sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS), bem como gerar importantes poupanças para os cidadãos. Efetivamente, através da prescrição por Denominação Comum Internacional (DCI) dissociam-se marcas de medicamentos de patologias, assumindo-se a evidência farmacológica como determinante da opção clínica e promovendo uma adequada competitividade entre produtores de medicamentos genéricos. Com o desenvolvimento de orientações terapêuticas, iniciou-se também uma nova era de evidência e de disponibilização de conhecimento, importando consolidar o impacto dessa realidade na modulação da prescrição” (Portaria n.º 137-A/2012, de 11 de maio, p. 2478).

Ainda, podemos mencionar as discussões políticas em torno da mudança do paradigma assistencial, com transferência de cuidados prestados em ambiente hospitalar para o âmbito do ambulatório; da tipologia mais adequada de prestação de cuidados de saúde, se esta deve ser centrada em serviços públicos, público-privados ou privados. Note-se que, este debate assenta essencialmente nas questões económicas, não se colocando na equação a eventual influência que

diferentes práticas de gestão e organizacionais possam representar para a segurança do doente e redução de eventos adversos. A conjuntura política propícia à normalização de práticas sem normalização de estruturas, recursos e procedimentos. A Direção Geral da Saúde (DGS) superintende a recente elaboração de normas clínicas (incluem “normalização” da prescrição de medicamentos) ainda que, aparentemente, com reduzido impacto nos prestadores.

O medicamento tomou outras dimensões para além do simples tratamento. A OMS, em 1986, adotou uma definição para este, que contempla, os fins profiláticos, diagnósticos ou terapêuticos do medicamento, definindo-o como todo o fármaco ou substância ativa empregue para modificar ou explorar sistemas fisiológicos ou estados patológicos em benefício do indivíduo em quem se administra. No mesmo contexto também, a *Association of the European Self-Medication Industry* refere que os medicamentos constituem na maior parte dos casos, uma das mais importantes medidas de profilaxia, bem como da cura de numerosas patologias ou para alívio sintomático, representando uma necessidade primária das populações. Podemos, então, depreender que o medicamento adquiriu um papel “decisivo” na qualidade de vida dos indivíduos, bem como social.

Assim, a Saúde representa um valor maior quer social quer individual concentrando as atenções de todo um conjunto de organizações, instituições e governantes. Todos tentam perspetivar, de forma sustentável, a evolução da Saúde e dos ganhos em saúde. Para tal, debatem-se políticas e estratégias de como “melhor fazer”. Em termos nacionais os eixos estratégicos para a saúde encontram-se vertidos no Plano Nacional de Saúde (PNS) e a nível internacional encontram-se disponíveis em diversos documentos com reflexões, orientações e medidas sobre a “saúde global” e o futuro da “Saúde”.

A nível nacional e internacional um dos eixos estratégicos da saúde é a qualidade em saúde.

“O crescente enfoque e interesse pela Qualidade é um fenómeno relativamente recente nos sistemas de saúde, ... [que] ...entronca e simultaneamente deriva do desenvolvimento de novas orientações políticas, centradas na exigência de responsabilidade perante a sociedade (*accountability*), nas estratégias de melhoria da qualidade, nas preocupações pela gestão do risco e segurança, no crescente interesse pela avaliação do grau de satisfação dos doentes e dos resultados obtidos” (Sousa et al. 2008, p. 57-58).

Segundo Pisco e Biscaia (2001) a “qualidade na saúde surge hoje como uma exigência de todos os envolvidos nos cuidados de saúde, sendo vista como um seu atributo essencial” (p. 43). Mas, para

melhor compreender a qualidade e a segurança do doente torna-se necessário perceber conceitos e dimensões. Em Portugal, no PNS 2012-2016, no eixo estratégico - qualidade em saúde, a Qualidade em Saúde é definida como “a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão (Saturno *et al.*, 1990 citado pelo PNS, p. 2).” Ainda, menciona que a “Segurança é uma das principais dimensões da qualidade e a Gestão do Risco, um instrumento para a sua garantia” (p. 5).

O PNS 2012-2016 apresenta, no seu enquadramento, como visão: “Maximizar os ganhos em saúde, através do alinhamento em torno de objetivos comuns, da integração de esforços sustentados de todos os setores da sociedade, e da utilização de estratégias assentes na cidadania, na equidade e acesso, na qualidade e nas políticas saudáveis” (p. 5). Também, no documento da OMS (2006) é referido que toda iniciativa para melhorar a qualidade e os resultados dos sistemas de saúde têm como ponto de partida a compreensão da "qualidade". Esta compreende várias áreas ou dimensões que se traduzem numa prestação de cuidados de saúde que necessita ser: efetiva, eficiente, acessível, centrada no doente, equitativa e segura (p. 9).

Efetiva, baseada na evidência científica, nas necessidades e nos melhores resultados de saúde para os indivíduos e comunidades; eficiente, que maximiza o uso dos recursos e evita o desperdício; acessível, que é oportuna, geograficamente razoável e providencia recursos e competências apropriadas às necessidades; centrada no doente, que tem em conta as preferências e as aspirações dos utentes dos serviços, bem como a sua cultura; equitativa, que não varia de qualidade em virtude de características pessoais, como: género, raça, etnia, localização geográfica ou nível socioeconómico e segura, que minimiza os riscos e os danos para o doente (OMS, 2006, p. 9).

Mas, independentemente da definição de qualidade e das suas dimensões, os doentes enquanto utilizadores de cuidados de saúde esperam e confiam que seus problemas de saúde sejam adequadamente resolvidos e que disponham dos melhores cuidados. Contudo, estima-se que nos Estados-Membros da UE (2010, p. 3) entre 8% e 12% dos doentes internados em hospitais sofrem eventos adversos durante a prestação de cuidados de saúde. Em Portugal, no estudo realizado por Sousa *et al* (2011) apurou-se uma a taxa de incidência de eventos adversos de 11,1%, sendo

que e a maioria desses (60,3%) não causaram dano, ou resultaram em dano mínimo. Verificaram que cerca de 53,2% foram considerados evitáveis (p. 7).

O indivíduo tem como expectativa que o cuidado em saúde seja um contributo para a manutenção do seu bem-estar e por isso, a segurança do doente dever ser um princípio fundamental. Mas, a OMS, por exemplo, na sua página *web*, refere que cada ponto do processo de prestação de cuidados de saúde tem inerente um certo grau de insegurança, podendo ocorrer eventos adversos. Estes podem resultar de problemas da prática, dos produtos, dos procedimentos ou dos sistemas. A introdução de melhorias envolve ações diversas ao nível do desempenho, da segurança ambiental, da gestão de risco, do controlo de infeção, do uso seguro de medicamentos e equipamentos, entre outros (OMS, 2013).

Se o conhecimento e as experiências acumuladas, globalmente ao longo de décadas, contribuem para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, subsistem dificuldades em definir as estratégias de qualidade que tenham o maior impacto nos resultados (OMS, 2006). Como é referido por *Wardhani et al.* (2009) nas últimas décadas as instituições de saúde têm sido submetidas a muita pressão para exercerem cuidados de saúde eficientes e de qualidade, mas reduzindo os custos.

Não obstante as dificuldades inerentes às diferentes abordagens pelos diferentes países os sistemas de saúde em todo o mundo compartilham objetivos comuns a fim de melhorar a qualidade e segurança dos cuidados, apesar de algumas diferenças na estrutura, recursos responsabilidades e prioridades. A segurança do doente é muito reconhecida como um componente essencial dos cuidados de saúde. Por essa razão, a melhoria da segurança do doente e a qualidade dos cuidados de saúde, tornou-se uma questão central para muitos países (Sousa, 2009).

Atualmente, a qualidade e segurança dos cuidados fazem parte das estratégias para a boa prestação de cuidados de saúde e continuarão a ser, no futuro, um pilar não só de saúde, mas também, económico e social. Segundo *Jakab* (OMS, 2013) a qualidade e segurança dos cuidados são um dos principais pontos de partida para a consolidação dos serviços de saúde, sendo que o novo quadro da política europeia da OMS, Saúde 2020, apoia todas as ações de governos e da

sociedade que contribuam para a saúde e bem-estar e enfatiza o papel da boa saúde na garantia do desenvolvimento económico e social.

*“To Err Is Human”* veio alertar as consciências para o problema dos eventos adversos nos cuidados de saúde (OMS, 2002). Segundo a Classificação Internacional de Segurança do Doente (CISD), traduzida para português em 2011, evento é “qualquer desvio à prestação habitual de cuidados que causa um dano ou representa um risco de dano ao doente. Inclui erros, eventos adversos evitáveis e perigos” (p. 117). Sendo, segundo a mesma fonte: (i) erro é uma “Falha na execução planeada de uma ação, uso errado, impróprio ou incorreto de um plano para atingir um objetivo” (p. 113); (ii) evento adverso evitável um “Evento adverso que não teria ocorrido se o doente tivesse recebido cuidados de saúde de acordo com os padrões normais de cuidado indicados para aquele momento” (p. 118); e (iii) perigo “Uma situação ou acontecimento que favorece ou aumenta a probabilidade de surgir um evento adverso resultante de um perigo ou ameaça, ou que aumenta a extensão de um evento adverso” (p. 131). Trata-se de definições com um fundamento político “orientado” aparentemente para a prestação de cuidados (*sharp end*), para elementos de culpabilização individual, valorizando pouco a componente sistémica na origem do erro e do evento adverso.

Os eventos colocam em questão a segurança do doente. A UE entende por segurança dos doentes a ausência de efeitos prejudiciais desnecessários ou de efeitos prejudiciais potenciais associados aos cuidados médicos recebidos e considera ainda que, para melhorar a esta, é necessário adotar políticas e programas eficazes e consistentes (UE, acedido em 2013).

Tendo em conta esta conjuntura e a oportunidade encetaram-se iniciativas, projetos, estudos para aprofundamento deste conhecimento e aplicação na prática clínica. A título de exemplo, podemos referir o Programa para a Segurança do Doente da OMS, no qual Portugal tem participado algumas das áreas, pelo menos através da DGS, contando esta com a participação de instituições hospitalares e seus profissionais. Este Programa teve início em 2004 e incluiu uma série de atividades, programas e campanhas que visam coordenar, divulgar e promover melhorias na segurança do doente em todo o mundo. As principais áreas de trabalho do programa - desafios globais para a segurança do doente encontram-se sistematizadas na tabela 1.

Tabela1- Principais áreas de trabalho do programa - desafios globais para a segurança do doente

ÁREAS DO PROGRAMA	
1	Cuidados Limpos, Cuidados Seguros ( <i>Clean Care is Safer Care</i> ) Cirurgia Segura Salva Vidas ( <i>Clean Care is Safer Care</i> )
2	Doentes para a Segurança do Doente ( <i>Patients for Patient Safety</i> )
3	Investigação para a Segurança do Doente ( <i>Research for Patient Safety</i> )
4	Classificação Internacional para a Segurança do Doente ( <i>International Patient Safety Classification</i> )
5	Relatórios e Aprendizagem ( <i>Reporting and Learning</i> )
6	Soluções para a Segurança do Doente ( <i>Solutions for Patient Safety</i> )
7	5 iniciativas para as melhores práticas ( <i>High 5s</i> )
8	Tecnologia para a Segurança do Doente ( <i>Technology for Patient Safety</i> )
9	Gestão do Conhecimento ( <i>Knowledge Management</i> )
10	Eliminação de infeções associadas a acessos centrais ( <i>Eliminating central line-associated bloodstream infections</i> )
11	Educação para o cuidado seguro ( <i>Education for Safer Care</i> )
12	Prémio de Segurança ( <i>Safety Prize</i> )
13	Checklists médicas ( <i>Medical Checklists</i> )

Adaptado de: OMS, *patient safety – programme áreas* (p. 1, 2 e 3)

<http://www.who.int/patientsafety/about/programmes/en/index.html>, acedido em Abril 2013

Realça-se que a área “5 iniciativas para as melhores práticas” e a área “Soluções para a Segurança do Doente” atribuem grande importância ao contexto do medicamento e à necessidade de adoção de práticas seguras de medicação a implementar ao longo de todo o sistema de prestação de cuidados como contributo para evitação de eventos adversos. O presente estudo vai encontrar o seu referencial para as medidas para redução de erros com medicamentos LASA à solução para os medicamentos LASA desenvolvida no âmbito deste programa, e por isso merecer uma referência particular.

As “*Patient Safety Solutions*” (orientações políticas) decorrem do trabalho realizado por diversas organizações. Em 2005, a OMS, designou a *Joint Commission*, a *Joint Commission International* e o *WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions* para, em conjunto, e sob orientação do *International Steering Committee*, desenvolverem soluções para a segurança do doente. Em 2007, foram publicadas e divulgadas nove soluções: “*Patient Safety Solution*”. Estas foram baseadas em evidência científica e preconizavam ações a empreender no âmbito dos riscos associados à segurança do doente e incluíam possíveis barreiras para a adotar. Pretendeu-se com estas publicações sensibilizar para os problemas prioritários da segurança do doente e disponibilizar uma ferramenta de informação para governos, organizações e instituições de saúde. A evidência

científica, a produção de *guidelines* globais e de sistemas de monitorização dando suporte a procedimentos e práticas mais seguras que, quando adotadas pelas instituições e indivíduos (profissionais e doentes), devidamente adequadas, contribuem para a segurança do doente.

## 2. GESTÃO E ORGANIZAÇÃO

A qualidade da prestação de cuidados e a segurança do doente tornou-se parte integrante das políticas e estratégias das organizações e instituições de saúde, em Portugal, e a obtenção do envolvimento de todos nessa estratégia tornou-se um desafio e um propósito para os gestores.

“A gestão não é nem uma ciência nem uma técnica. Pelo conjunto de fatores que põe em jogo e que combina, aparenta-se a uma arte no sentido etimológico do termo: maneira de dispor, de combinar habilmente. (...) É uma autoridade que só se adquire através da capacidade de enfrentar situações inéditas e da equidade das decisões” (Goff, 1996, p. 17).

Poderemos então dizer que a gestão na saúde “é a arte” que tende a planear, organizar, avaliar, ... decidir práticas próprias e intrínsecas ao trabalho, ao agendamento de doentes, à inserção de novas tecnologias, aos procedimentos de garantia da qualidade, aos recursos humanos, entre outros, com o objetivo de gerar um ambiente favorável à não ocorrência de eventos adversos. No entanto, estes atos podem influenciar diversos fatores que conjuntamente condicionam os níveis de desempenho logo os eventos adversos evitáveis, como:

“...(1) as deficientes condições e ambiente de trabalho, os problemas técnicos e a frequente inadequação da tecnologia a nível da interface com o utilizador, são designadas como “condições latentes”. Essas podem causar problemas e condicionar o processo decisional, afetar as políticas organizacionais, o nível das exigências, os procedimentos normativos e a alocação de recursos nos serviços de saúde. Por outro lado, constata-se a existência de (2) falhas no sistema organizacional, envolvendo, entre outros, a gestão, a cultura organizacional, os protocolos presentes e a transferência de conhecimento, constituindo um nível onde é também possível identificar a presença de “condições latentes organizacionais”. De referir, igualmente, que essas condições (latentes e organizacionais) estão frequentemente ocultas nos procedimentos e na descrição de funções (trabalho prescrito) dos profissionais de saúde, constituindo, dessa forma, uma componente invisível (ou não considerada) das organizações”(Serranheira *et al.*, 2009, p. 15).

Desse modo, os atos de gestão podem representar a nível da organização um contributo para um circuito de medicação mais seguro. A título ilustrativo poderemos mencionar a implementação: (i)

da prescrição eletrónica na instituição (evita, entre outros, erros de interpretação, de transcrição); (ii) do processo informatizado do doente, com suporte à decisão clínica (por exemplo, com alertas de dose, de alergias); (iii) de sistemas informatizados de dispensa de medicamentos e de sistema de distribuição de medicamentos em dose unitária. Ao nível das estratégias, a organização pode promover as práticas seguras de medicação (protocolos para medicamentos de alto risco, lista de medicamentos LASA) incentivando, entre muitos outros, os profissionais a efetuar notificações (aprende-se com os erros) e a frequentarem formação especializada, para que o conhecimento acompanhe a evolução científica e tecnológica.

Fragata *et al.* (2008) em o “Erro em Medicina” referem que a Medicina é, nos dias de hoje, exercida em organizações complexas e com recurso a tecnologias cada vez mais sofisticadas mas, onde o Homem continua a ser o ator principal, com toda intrínseca falibilidade que está associada à sua natureza. Por isso, a probabilidade de ocorrência de erros estará sempre presente, sendo, no entanto, possível desenvolver uma cultura de segurança que minimize o erro e as suas consequências.

Em organizações complexas como são as instituições de saúde, a liderança, aos diferentes níveis da gestão, desempenha um papel importante para uma de efetiva segurança. Os estudos têm mostrado que estilos particulares de liderança estão associados a comportamentos e desempenhos de segurança organizacional mais favoráveis, por parte dos profissionais (OMS, 2009). É nos diferentes níveis da gestão que se definem objetivos e estratégias se estabelecem métodos, processos e procedimentos, atribuição de tarefas, necessários para atingir metas e em particular as metas para a segurança do doente.

A área de trabalho da Saúde sendo na essência de partilha e de trabalho em equipa tem uma “natureza muito pessoal”. A forma como o profissional desenvolve as suas competências pode exercer um profundo efeito nos processos e na segurança. Para contornar tal, torna-se necessário que as organizações implementem “(...) múltiplos controlos, salvaguardas e barreiras concebidas para evitar que perigos conhecidos entrem em contato prejudicial com as pessoas, bens ou com o ambiente” (*Reason*, 2004, p. ii28).

Para o desenvolvimento de uma nova cultura de prestação de cuidados torna-se necessário integrar uma nova forma de “fazer gestão” onde os líderes colocam a sua atenção na

compreensão da complexidade do sistema e no indivíduo. O novo paradigma da gestão considera as pessoas como a verdadeira fonte de criação de riqueza nas organizações e aponta para a necessidade de novos modelos, mais eficazes, que permitam gerir recursos escassos e valores imateriais, assentes numa nova racionalidade baseada numa moldura de competências e em novos valores culturais onde a qualidade assume uma importância crucial, dependendo esta dos recursos humanos e do ambiente por eles criado (Lopes; Capricho, 2007).

Segundo *Ouziel* citado por Lopes e Capricho (2007), “o valor de uma organização é igual ao valor dos seus recursos humanos, ou seja, igual ao valor das suas competências multiplicadas pela capacidade da gestão em valorizá-las” (p. 351). Para que esta valorização aconteça, o sistema tem de estar centrado no individuo (profissional e doente) pois a prestação de cuidados de saúde assenta, na maioria das vezes, na interação entre profissional, doente, equipamento, infraestruturas e ambiente. Ora, se não houver harmonização destes fatores e se se procurarem soluções alternativas (de recurso), como por vezes acontece aquando da redução de recursos, da não manutenção de um equipamento, criam-se condições desfavoráveis (condições latentes) no sistema de cuidados e daí chegar à falha ativa (*trying harder will not result; changing systems will* - IOM, 2001).

Os recursos humanos quer em termos de qualidade, isto é, detentores de qualificações adequadas às tarefas, quer em termos de quantidade são de extrema importância para o bom desempenho da equipa. Por exemplo, segundo o Manual da Farmácia Hospitalar (2005) uma Farmácia Hospitalar com sistema automático de distribuição de medicamentos que sirva um hospital com 500 camas, cujos serviços clínicos disponham até 60 camas deve apresentar uma afetação aconselhada, no mínimo, de 10 Farmacêuticos, 8 Técnicos de Farmácia, 3 Administrativos e 8 Auxiliares de Ação Médica (Brou *et al*, 2005). Tal, presume-se como indicativo para um desempenho seguro destes profissionais.

A EU (2013) no documento “segurança do doente, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde” dá relevo, nas suas recomendações organizacionais, ao facto dos estados membros deverem promover e incentivar a educação e formação sobre segurança do doente, para todos os profissionais de saúde.

Quando o ambiente de trabalho é compatível com a aprendizagem integrada a preparação em equipa pode resultar em transformações na cultura de segurança e os líderes devem assegurar que a equipa revê, por rotina, a distribuição das tarefas e avalia o desempenho (Jones *et al*, 2013).

“Promover uma cultura de segurança é um pilar da segurança do doente” (Nieva; Sorra, 2003, p. ii17) mas, criar e incuti-la começa a nível político, passa pelas direções, pelas chefias e termina nos trabalhadores. Principalmente na criação de ambientes de trabalho favoráveis, pois a “gestão acaba sempre por encalhar no “Homem”, fator decididamente rebelde a entrar nos moldes e nas codificações que as pessoas se convenceram ter construído para o seu maior bem” (Goff, 1996, p. 15).

Assim, uma verdadeira cultura de segurança é aquela que consegue envolver (quase) todos pela compreensão do sistema e não pela imposição. Uma cultura e organização de segurança refletem, na sua essência, atitudes e valores do profissional em relação à segurança e gestão de risco. As dimensões de uma cultura de segurança organizacional são: o compromisso da gestão com a segurança, práticas seguras de trabalho, priorização da segurança, adesão a regras de segurança, gestão de risco e notificação de erros e incidentes (OMS, 2009).

Tomando como referência a última dimensão referida, o simples ato de notificar, precisa de ser entendido pelos profissionais mas incentivado pelos líderes ao implementarem e permitirem a construção de uma cultura de não culpabilização. Quando algo não acontece conforme o esperado, geralmente, existe a tendência de nos centrarmos no resultado do acontecimento em vez de o foco ser colocado no processo e nas estruturas envolvidas nesse resultado. O acontecimento adverso deve ser analisado através de uma abordagem sistémica para que seja possível perceber quais os fatores e as causas que permitiram que o percurso do acontecimento se desenrolasse. Torna-se importante identificar os fatores contribuintes para a ocorrência de um evento adverso, que muitas vezes estão ocultos no sistema, para que se possam implementar mudanças no sistema para melhor prevenir a ocorrência do acontecimento (DGS, 2013).

Ora, só é possível uma verdadeira aprendizagem quando “todos aprendem com os erros de todos”, para tal, torna-se importante a existência da sistematização do registo dos eventos. Em Portugal, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, no despacho n.º 14223/2009, estabeleceu que de entre outras ações o Departamento da Qualidade na Saúde tinha de

desenvolver “um sistema nacional de notificação de incidentes e de eventos adversos, não punitivo mas, antes, educativo na procura da aprendizagem com o erro” (p. 24668)

No cumprimento do determinado foi desenvolvido, pelo Departamento da Qualidade na Saúde/DGS, e encontra-se disponível, um Sistema de Notificação Nacional.

“O Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos (SNNIEA) é uma plataforma, anónima, confidencial e não punitiva, de gestão de incidentes e eventos adversos, ocorridos nas unidades prestadoras de cuidados do Sistema Nacional de Saúde. O conhecimento mais importante para a segurança do doente é aquele que permite prevenir a ocorrência de incidentes e eventos adversos durante a prestação de cuidados de saúde. O propósito fundamental de um sistema de notificação é aprender com a experiência. A notificação é uma atividade voluntária do profissional e/ou do cidadão com vista ao desenvolvimento de uma análise causal e à tomada de medidas correctoras sistémicas para evitar que situações geradoras de dano, real ou potencial, se venham a repetir” (DGS, 2013).

Em síntese, os sistemas de prestação de cuidados de saúde são demasiado complexos para que se confie simplesmente que os profissionais sejam tão extraordinários que em 100% do tempo executam bem. A organização e os líderes têm a responsabilidade de pôr em prática sistemas para apoiar a prática segura (*Conway citado por Institute for Healthcare Improvement, 2005*).

### **3. CONDICIONANTES EXTERNAS DO TRABALHO NO CONTEXTO DA DISPENSA DO MEDICAMENTO EM FARMÁCIA HOSPITALAR**

Os sistemas, os processos e as tarefas mal concebidas, frequentemente, levam a que os profissionais (que estão no ponto nevrálgico, na linha da frente) cometam erros. Na farmácia um “*design*” efetivo, perspetivado para dispensa produtos, assim como, processos e ambientes intuitivos, simples de entender, simples de usar, práticos e confortáveis são, consequentemente, menos suscetíveis de conduzir a erros (*National Patient Safety Agency, 2007*).

Por isso, os postos de trabalho (*layout* físico e implantação de equipamentos) e o *design* de dispositivos médicos devem ser concebidos de acordo com a natureza do trabalho a realizar, pensados de acordo com a sua aplicação e segurança. Eventos evitáveis decorrentes da “errada conceção dos espaços de trabalho, da má organização dos circuitos de trabalho, de um ambiente desadequado (ex. iluminação, ruído, temperatura), da incorreta disposição e implantação dos

equipamentos (...) da ausência de análise e adequação dos interfaces com os utilizadores (*hardware e software*)” (Serranheira *et al.*, 2009, p. 10) são preveníveis.

Líderes de opinião na área da saúde apontam que os erros podem ser reduzidos através do redesenho de sistemas, equipamentos e processos, utilizando como fator central o indivíduo, e abrangendo a normalização, a simplificação e a utilização de “restrições de função”- característica de *design* que impossibilita a sua utilização noutra função, impossibilitando o erro (Emanuel *et al.*, 2008).

Como referido, a normalização de tarefas e procedimentos, o torná-los inteligíveis para todos é um requisito em Saúde. Focando no medicamento, o *layout* da farmácia, os espaços de trabalho, os circuitos adequados, fáceis de entender e de cumprir por parte de todos os intervenientes são fundamentais para a promoção de práticas seguras de medicação.

No entanto, não esquecer que os componentes do sistema e os individuais estão intrinsecamente relacionados, o que dificulta a avaliação e ações articuladas. Conforme sugere Reason (1995) na identificação de medidas corretivas adequadas ao erro, para além de se observarem os desempenhos profissionais, também terão de se verificar as condições latentes organizacionais presentes nos sistemas. Estas decorrem diretamente dos processos organizacionais e geram deficiências nas defesas do sistema. A falha ativa decorre de atos inseguros cometidos por aqueles que estão na ponta final do interface homem-sistema e podem ter sido originados no sistema e a sua progressão consentida por este (decisões de nível superior, condições dos locais de trabalho, ...).

Mas, mesmo que as políticas nacionais e internacionais estejam alinhadas no sentido de uma prestação de cuidados onde as condições latentes do sistema estejam identificadas e minimizadas, o erro acontece. Como Liam Donaldson (2004) refere “Errar é humano, encobrir é indesculpável e não aprender com os erros é imperdoável”. Para se aprender, para “mudar os comportamentos ou os estilos de vida não existe comprimento que dispense a palavra”, a comunicação (Nunes, 2010, p. 28).

“Sendo impossível não comunicar e sabendo que toda a comunicação tem consequências, é fundamental que os profissionais de saúde tenham consciência que todos os seus comportamentos têm impacto nos seus doentes e nos outros

profissionais. Por outro lado, a comunicação obedece ainda a outra lei fundamental, a da irreversibilidade, ou seja, uma coisa uma vez dita não pode deixar de existir.” (Nunes, 2010, p. 13).

Acresce que a prestação de cuidados de saúde envolve indivíduos com diferentes papéis, formações, experiências e perspetivas mas que, requer comunicação entre eles, para que os cuidados sejam seguros e eficazes. A comunicação é essencial e faculta o conhecimento, as relações institucionais, estabelece padrões e é vital para a liderança e coordenação de equipas.

A *Joint Commission for Hospital Accreditation in the USA* (2008), da análise de 2.455 eventos sentinela, revelou, em mais de 70% dos casos, a causa primária dos eventos deveu-se a uma incorreta comunicação (OMS, 2009). Modelos standardizados de comunicação facilitam que o receptor decifre a mensagem de acordo com a ideia original e têm a vantagem de permitir que os grupos profissionais que foram ensinados a comunicar com estilos diferentes empreguem uma linguagem comum. Uma ferramenta de comunicação é, por exemplo, a SBAR - *Situation, Background, Assessment, Recommendation*, que preconiza uma transmissão estruturada da informação. Esta envolve identificar o problema, transferir informações pertinentes (básicas) acerca da situação, seguimento e avaliação da situação e efetuar alguma recomendação (OMS, 2009).

Assim, como já referido, a harmonização dos diversos fatores passa pela boa comunicação também na equipa. A boa comunicação contribuiu para a melhoria dos processos, da gestão de conflitos, da tomada de decisão em grupo, da resolução de problemas e da coordenação das equipas. Atualmente, a compreensão compartilhada da tarefa, das funções específicas, principalmente regras e responsabilidades, atribuídas a cada membro é uma área de interesse no desenvolvimento das equipas (OMS, 2009).

Trabalhar em Saúde é um trabalho de equipa, imprescindível para efetivação de práticas seguras. “Melhorar a qualidade e a segurança é tarefa de todos (...). Os líderes seniores desempenham um papel fundamental na promoção e apoio ao trabalho em equipa. O bom trabalho em equipa aumenta a coordenação dos cuidados” (*Institute for Healthcare Improvement*, 2005, p. 9).

#### 4. CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO EM FARMÁCIA HOSPITALAR

Na sua essência a prestação de cuidados de saúde é um trabalho partilha, onde cada ator sabe o seu papel. No entanto, a forma como o profissional desenvolve as suas competências pode exercer um profundo efeito nos processos e na segurança. Para contornar tal, torna-se necessário que as organizações implementem “(...) múltiplos controlos, salvaguardas e barreiras concebidas para evitar que perigos conhecidos entrem em contato prejudicial com as pessoas, bens ou com o ambiente” (*Reason*, 2004, p. ii28).

Como referido, a observação da complexidade dos desempenhos a efetuar, a normalização de circuitos, dos procedimentos, o torná-los acessíveis, disponíveis e apreendidos por todos é essencial em Saúde. Focando no medicamento, o estabelecimento de um circuito comprehensível, fácil de entender e de cumprir por parte de todos os intervenientes é fundamental para a promoção de práticas seguras de medicação.

Acresce que o circuito do medicamento e da medicação é complexo pois é constituído por múltiplas etapas e depende da intervenção dos mais variados atores. Este facto implica que este envolva um grande fluxo de informação/comunicação, procedimentos e produtos. Nesta complexidade podem ocultar-se condições latentes do sistema que concorrem para a existência de acontecimentos adversos ou erros de medicação.

“O sistema em que se desenvolve a medicação é complexo, no qual atuam médicos, equipes da farmácia e de enfermagem, que executam funções interdependentes. Dessa forma, uma falha em um dos processos, inclusive no de comunicação, poderá interferir no conjunto de atividades desenvolvidas, trazendo transtornos tanto à equipe como ao paciente e configurar-se em uma causa de erros de medicação” (*Silva et al.*, 2007, p. 273).

Esta complexidade e diversidade de intervenientes torna-se evidente no “circuito interativo do medicamento de uso humano” proposto pela Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (INFARMED). Este Instituto é responsável pela autorização de introdução dos medicamentos de uso humano e, conjuntamente com autoridades competentes comunitárias, pelos padrões de qualidade, segurança e eficácia do medicamento. O circuito é apresentado como um ciclo de acontecimentos, sujeitos a inspeção, comprovação e farmacovigilância, como

sendo: investigação e desenvolvimento, ensaios clínicos, autorização, fabrico, distribuição por grosso, prescrição, dispensa e utilização (INFARMED, 2013).

Cada uma destas etapas decorre em ambientes diferentes e com atores diferentes. Por exemplo, a investigação e desenvolvimento de novas moléculas ou de novos medicamentos passa-se ao nível da indústria farmacêutica e envolve farmacêuticos, químicos, biólogos, entre outros. A prescrição, dispensa e utilização pode efetuar-se ao nível hospitalar ou em ambulatório e participam, pelo menos, médicos, farmacêuticos, técnicos de farmácia, enfermeiros, doentes/utentes.

Esta brevíssima descrição é indicativa que facilmente muitas vulnerabilidades estarão presentes no sistema. “ (...) mas talvez o mais importante seja a presença de muitas defesas, barreiras, salvaguardas e controlos administrativos desenhados para proteger as potenciais vítimas dos riscos” (Reason; Carthey; Leval, 2001, ii21).

No caso do circuito da medicação, ao nível hospitalar, estas barreiras, defesas têm de ser desenhadas para as diferentes etapas, essencialmente nos procedimentos de prescrição, transcrição (quando aplicável), dispensa e administração do medicamento. Acresce que estas etapas se passam em espaços físicos diferentes bem como os seus atores principais. A prescrição e administração dos medicamentos são realizadas nos serviços clínicos, respetivamente por médicos e enfermeiros, local onde normalmente se encontra o doente. A dispensa é efetuada na FH por farmacêuticos e técnicos de farmácia que rececionam a mensagem, eventualmente transcrevem e aplicam métodos de distribuição para cumprimento da prescrição médica. A complexidade, a multidisciplinariedade, a multifatorialidade, o distanciamento do local dos cuidados/doente, fica bem expresso na fig. 1.

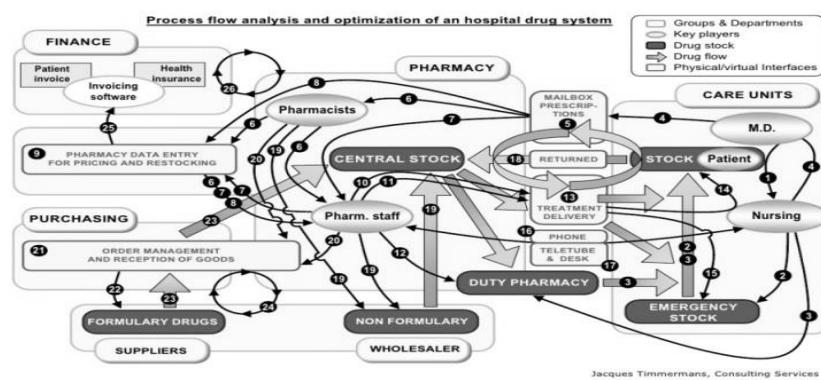


Fig. 1 – Fluxo do circuito da medicação

Fonte: <http://www.slideshare.net/jacquestimmermans/process-flow-analysis-and-optimization-of-an-hospital-drug-system>

Torna-se, assim, evidente que o circuito da medicação exige, uma definição clara de políticas, uma estrutura organizacional favorável ao envolvimento de todos numa cultura de segurança, com recursos humanos adequados às exigências das tarefas, onde o ambiente, os equipamentos e os procedimentos são favoráveis à execução “descomplicada” para cada etapa, local e indivíduo.

Assim, ao longo do tempo foram sendo introduzidas melhorias nas diferentes etapas do circuito da medicação, com a finalidade de o tornar mais seguro, com consequente redução de eventos adversos. É possível referir que a implementação de hardware e software adequados, introduziram defesas e barreiras no sistema, designadamente, possibilitaram que a transferência de informação seja mais efetiva, disponibilizaram o medicamento mediante regras, permitiram a inserção de alertas. É paradigma do referido, a introdução da prescrição eletrónica de medicamentos que, por exemplo, obriga a nomenclatura própria e universal, possibilita alertas de dose máxima, medicamentos LASA, alergias, elimina a ilegibilidade da prescrição manual e as vulnerabilidades daí decorrentes, entre outras.

“(...) um novo paradigma de prescrição de medicamentos: por DCI, por via eletrónica e sustentada por normas de orientação clínica (...) permite a sua intervenção proactiva na maximização do uso racional e da poupança em medicamentos. (...) a utilização de medicamentos passa a dispor de condições para ocorrer com maior racionalidade, transparência e monitorização, como elementos fundamentais para uma política do medicamento centrada no cidadão, promovendo acesso, equidade e sustentabilidade, à luz da melhor evidência científica disponível e nas melhores práticas internacionais” (Portaria n.º 137-A/2012, de 11 de maio, p. 2478-(2)).

Pelo expresso, muitas situações poderiam ser estudadas no âmbito do circuito da medicação, cada etapa, cada grupo profissional, cada equipa, encerram em si, as mais variadas vulnerabilidades que merecem ser estudadas.

No âmbito deste estudo serão focadas as etapas da dispensa do medicamento tendo em conta a perspetiva dos líderes na FH. Neste sentido, serão abordados com um pouco mais detalhe as especificidades próprias da distribuição de medicamentos.

A distribuição/dispensa de medicamentos dispõe de circuitos próprios e complexos, de acordo com a gestão e organização da própria estrutura e da equipa, com as estratégias, a tipologia dos sistemas de distribuição implementados, os equipamentos utilizados, os procedimentos,... e com a cultura de segurança apreendida e implementada, particularmente no que respeita à

medicação. A Farmácia “(...) nos hospitais, assegura a terapêutica medicamentosa aos doentes, a qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos, integra as equipas de cuidados de saúde e promove ações de investigação científica e de ensino” (Brou *et al*, 2005, p. 10).

#### 4.1. DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS EM FARMÁCIA HOSPITALAR

A Farmácia Hospitalar é responsável, entre outras atribuições, pela gestão do medicamento: seleção (apesar de ter de atender a restrições políticas/ económicas), aquisição, armazenamento e distribuição. A distribuição de medicamentos é o grande elo de ligação entre a Farmácia Hospitalar, utentes e serviços clínicos. Tem como objetivos garantir o cumprimento da prescrição médica, a administração correta dos medicamentos prescritos e a monitorização da terapêutica. Uma distribuição efetiva permite racionalizar os custos, reduzir o tempo da enfermagem afeto aos medicamentos e minimizar os erros de medicação (Ordem dos Farmacêuticos, 1999; Brou *et al.*, 2005).

A distribuição de medicamentos consiste na implementação de sistemas, que permitam disponibilizar o medicamento, através da aplicação de metodologias e circuitos próprios, para que chegue ao doente o medicamento correto, na quantidade e qualidade certas, para cumprimento da prescrição médica proposta para cada doente e todos os doentes do hospital (Ordem dos Farmacêuticos, 1999).

Um sistema de distribuição de medicamentos é o método que abrange os procedimentos que ocorrem entre a prescrição e a administração de um medicamento (*Taxis; Dean; Barber*; 1999). A implementação de um método de distribuição depende fatores de variada ordem: tipologia da instituição e dos serviços clínicos (económica, infra-estruturas, recursos humanos, equipamentos e materiais); política (diretivas superiores, normas de funcionamento, formação, aceitação por parte dos serviços clínicos); social e relacional (*Cavallini et al.*, 2002). No entanto, deve caber ao gestor da Farmácia pugnar para que sejam implementados os sistemas de distribuição mais adequados, no cumprimento da melhor evidência científica e de acordo com *guidelines*.

A distribuição de medicamentos pode ser dirigida a doentes em regime de internamento (sistema de reposição de stocks nivelados e de distribuição em dose unitária e/ou individual) ou a doentes

em regime de ambulatório (dispensa de medicamentos e dispositivos médicos ao público e de medicamentos sujeitos a legislação restritiva, como: estupefacientes e psicotrópicos e hemoderivados) (Brou *et al.*, 2005).

O desenvolvimento da tecnologia do medicamento permitiu que um número significativo de doentes possa fazer os seus tratamentos em regime de ambulatório, sendo tornando necessário realizar distribuição de medicamentos a doentes em regime de ambulatório. Esta tipologia de distribuição apresenta vantagens, como: redução dos custos relacionados com o internamento hospitalar e dos riscos inerentes ao internamento, a possibilidade do doente continuar o tratamento no seu ambiente familiar, haver maior controlo e vigilância em determinadas terapêuticas e cooperar para a adesão dos doentes à terapêutica (Brou *et al.*, 2005).

Também, as novas tecnologias de informação e comunicação, em grande desenvolvimento, têm vindo a colocar à disposição da Farmácia, ferramentas informatizadas de suporte aos sistemas de distribuição, de forma a tornar mais céleres e seguras as atividades decorrentes da sua aplicação. Assim, acompanhando os tempos os sistemas de distribuição de medicamentos foram sofrendo adaptações e alterações no sentido de melhorar a prestação de serviços às expectativas dos utentes (Ordem dos Farmacêuticos; 1999). No final da década de 50 os sistemas tradicionais de distribuição de medicamentos necessitaram de ser repensados, visando melhorar a segurança na distribuição e administração de medicamentos. Nos anos 60, farmacêuticos hospitalares apresentaram um novo sistema: a dose unitária, capaz de diminuir a incidência de erros de medicação (Ribeiro, 1993).

As referências nacionais e internacionais apontam o sistema de distribuição individualizado em dose unitária como o recomendado para a prevenção dos erros de medicação. A *American Society of Hospital Pharmacist* (ASHP) nas “*Guidelines on Preventing Medication Errors in Hospitals*”, (1993) refere que para minimizar o erro devem ser projetadas formas seguras de requisitar, dispensar e administrar os medicamentos. Recomenda que o “*Type of distribution system (unit dose distribution is preferred; floor stock should be minimized)* (p. 161)”. Em relação à distribuição menciona que, exceto em situações de emergência, todos os medicamentos, estéreis e não estéreis, devem ser dispensados da farmácia para os doentes individualmente. Deve haver um cuidado particular com medicamentos, geralmente mais envolvidos em eventos adversos graves, cuja margem da terapêutica é reduzida ou que necessitem de ser diluídas antes da sua

administração. O armazenamento de medicamentos nos serviços clínicos deve ser minimizado. Todas as áreas de armazenamento do medicamento devem rotineiramente ser verificadas pelos profissionais de farmácia, para assegurar a integridade adequada dos produtos e para apropriar e etiquetar o armazenamento (ASHP, 1993).

No âmbito dos sistemas de distribuição existem definições políticas nacionais, vertidas em quadros legais, que referem a relevância da distribuição de medicamentos no processo terapêutico e como esta pode (deve) contribuir de forma favorável para a segurança do doente.

“O sistema de distribuição de medicamentos aos doentes, dentro de cada unidade hospitalar, é inquestionavelmente um elemento importante no complexo processo terapêutico (...) Daí que importe assegurar o maior rigor em tal processo de modo a garantir que os medicamentos prescritos a determinado doente lhe sejam ministrados no dia e hora indicados, sem quaisquer margens de erro. Evitar-se-ão assim desperdícios de medicamentos e a sua incorreta utilização, impedindo irrationalidades ao nível dos stocks...” (Despacho conjunto dos Gabinetes dos Secretários de Estado Adjunto do Ministério da Saúde e da Saúde, 1991).

O mesmo despacho, menciona, ainda, que o sistema de distribuição individualizada de medicamentos aos doentes é o que permite maior racionalidade ao nível da gestão dos stocks, de maior rigor e menor margem de erro. No entanto, “nem sempre este sistema será aplicável, devendo então aplicar-se o sistema de distribuição que melhor garanta os objetivos de eficácia e segurança” (Brou *et al.*, 2005, p. 52).

Estes sistemas podem qualificar-se como coletivos - sistema de distribuição tradicional e sistema de reposição de stocks nivelados ou individuais; sistema de distribuição personalizada; e sistema de distribuição por dose unitária (Anacleto; Perini; Rosa, 2005).

No contexto das características do trabalho, e antes de fazer uma breve descrição dos sistemas de distribuição de medicamentos para os doentes em regime de internamento (coletivos e individuais), é importante recordar que a distribuição faz parte de um processo maior de uso do medicamento. Este envolve diagnóstico, prescrição (inicia o ciclo da medicação), preparação, dispensa, administração e monitorização, onde a farmácia hospitalar atua, principalmente, na interpretação e transcrição (como seja necessária), validação, preparação e dispensa (Kelly, 2002 citado por Kuiper *et al.*, 2007).

Em seguida, tendo como referências o Manual da Farmácia Hospitalar (Brou *et al.*, 2005) e as Boas Práticas da Farmácia Hospitalar (Ordem dos Farmacêuticos, 1999) exporemos de forma sintética os sistemas coletivos de distribuição de medicamentos (sistema tradicional de distribuição de medicamentos e sistema de reposição de stocks nivelados de medicamentos) e o sistema individualizado de distribuição de medicamentos (distribuição em dose unitária de medicamentos).

#### 4.1.1 SISTEMA COLETIVO DE DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS - SISTEMA TRADICIONAL

O sistema coletivo de distribuição de medicamentos para os doentes em regime de internamento primeiramente implementado nos hospitais foi um sistema tradicional. Este consiste na existência de uma determinada quantidade de medicamentos em cada serviço clínico controlados pelos profissionais de enfermagem. O enfermeiro mediante as prescrições médicas e uma estimativa de gastos requisita à farmácia, em impresso próprio, de forma global uma quantidade de medicamentos, em dias pré-estabelecidos. Os medicamentos são pedidos em nome de um serviço clínico e não de um doente concreto.

Este sistema de distribuição obriga à existência de grandes *stocks* de medicamentos nos serviços clínicos implicando uma elevada imobilização de capital. Esta acumulação de medicamentos nos serviços clínicos pode levar a que uma elevada percentagem de medicamentos se perca (deterioração, apropriações indevidas e medicamentos com prazos de validade ultrapassados). Pressupõe um excesso de tempo despendido pelo profissional de enfermagem em tarefas relacionadas com a medicação em detrimento de outros cuidados específicos de enfermagem. Estudos mostram que estas tarefas absorvem 15 a 25% do tempo de trabalho do enfermeiro, por turno de serviço (Beltran, 1987). A intervenção e os saberes próprios dos profissionais de Farmácia ficam limitados à dispensa e conferência dos medicamentos na Farmácia Hospitalar, antes de serem enviados aos serviços clínicos, desconhecendo o número de doentes que se encontram no serviço e qual o seu perfil farmacoterapêutico. Não existe oportunidade por parte da Farmácia Hospitalar de corrigir ou minorar possíveis erros de prescrição, interpretação, transcrição ou facultar informação sobre bom uso do medicamento.

Apesar das muitas desvantagens e limitações a este tipo de distribuição, existem serviços clínicos que, pelas suas características físicas, de funcionamento ou outras, este sistema pode considerar-se oportuno. *Fernandez (1999)* indica, por exemplo, os serviços de urgência (gerais, pediátricos e obstétricos), unidades de cuidados intensivos, blocos operatórios e consultas externas, como possíveis utilizadores. Também pode ser aplicado como complemento de outros sistemas, como por exemplo da distribuição de medicamentos em dose unitária.

O sistema coletivo de distribuição de medicamentos anteriormente descrito, apesar de se justificar para casos muito específicos quer de medicamentos, de produtos de saúde ou de serviço, encontra-se praticamente em desuso quer pelos gastos implícitos quer porque, numa perspetiva de segurança do doente, o foco fica essencialmente sobre ações individuais do profissional de enfermagem e não como resultado de um sistema (*Barker et al, 2002*), onde estariam previstas barreiras.

#### 4.1.2 SISTEMA COLETIVO DE DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS - POR REPOSIÇÃO DE STOCKS NIVELADOS

O sistema coletivo, frequentemente, mais utilizado é o sistema de distribuição de medicamentos por reposição de *stocks* nivelados, pois apesar de este apresentar, praticamente, as mesmas aplicações, desvantagens e limitações que as referidas para o sistema anterior, tem a vantagem de evitar a acumulação de medicamentos nos serviços. Porque os *stocks* estão fixados ou estão implementados equipamentos semiautomáticos apropriados a esta tipologia de distribuição (ex. PYXIS®, FDS®-Fast Dispensing System). Estes equipamentos dispõem da vantagem de poderem ser incluídas barreiras/defesas (ex. só abre a gaveta do medicamento após digitar nome do doente ou n.º do processo).

Este sistema baseia-se na dispensa de medicamentos, através da reposição periódica de um *stock* fixo, previamente definido entre a farmácia hospitalar e o serviço clínico em causa. A quantidade de medicamentos acordada para cada serviço clínico deve ser a mais baixa possível, evitando desta forma a acumulação de medicamentos. O circuito pode processar-se de três formas distintas: O enfermeiro efetua a gestão do nível do *stock* e solicita à Farmácia Hospitalar os medicamentos em falta, para manutenção do número previamente acordado. O Técnico de Farmácia desloca-se ao serviço para proceder às tarefas de gestão do medicamento. Averigua a

quantidade de medicamentos existentes e as necessidades de reposição. Verifica a qualidade do medicamento, observando o seu prazo de validade, estado de conservação, entre outros. O “armário” próprio do *stock* desloca-se à Farmácia Hospitalar para a reposição.

Dependendo de quem faz a gestão dos *stocks* (enfermagem ou profissional de farmácia) pode o profissional de farmácia controlar a quantidade e a qualidade (prazo de validade, condições de armazenagem e conservação dos medicamentos) dos medicamentos, contribuindo para uma melhor conservação e gestão. A intervenção da Farmácia Hospitalar continua limitada, praticamente ao ato de dispensar medicamentos.

#### 4.1.3 SISTEMA INDIVIDUALIZADO DE DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS - DISTRIBUIÇÃO EM DOSE UNITÁRIA

A distribuição individualizada de medicamentos pode definir-se, de forma simples, como sendo a dispensa de medicamentos, requisitados à Farmácia Hospitalar, individualmente por doente de acordo com a prescrição médica. O mais representativo e aquele que é indicado pela literatura como o que melhor contribuiu para o uso racional do medicamento, logo controlo dos seus custos e o mais seguro para o doente, é o sistema de distribuição de medicamentos em dose unitária.

Este baseia-se na dispensa de medicamentos, por doente, num determinado período de tempo (normalmente para um período de 24 horas), na dose e quantidades certas, para cumprimento da prescrição médica. De outra forma, e segundo Pearson (1986), define-se dose unitária como a quantidade de medicamento, pronta a administrar, prescrita por um médico a um determinado doente, a uma determinada hora. Este sistema de distribuição de medicamentos é aplicável, essencialmente, aos serviços de internamento.

O processo de dispensa pode ser manual ou suportado por equipamentos semiautomáticos e soluções informáticas. A utilização de equipamentos semiautomáticos, como os do “tipo Kardex”, podem contribuir para racionalizar os *stocks*; melhorar a qualidade do trabalho executado diminuindo o tempo destinado a esta tarefa e reduzir os erros. Pois, permitem que a prescrição eletrónica, após validada, seja transferida diretamente para o equipamento, (evita interpretação/transcrição), seleciona o medicamento (quando da dispensa o técnico só tem acesso àquele medicamento), pode incorporar alertas, entre outros. Este contributo será efetivo

se, as tarefas e procedimentos inerentes às atividades sejam assegurados por profissionais devidamente qualificados, aos quais é garantido um ambiente físico, um interface com o equipamento e um ambiente socio-organizacional favorável ao desempenho esperado. Pois, para além produzir com o apoio de equipamentos e sistemas cada vez mais tecnológicos é também o homem que os projeta, constrói, organiza, gera e mantém. A falta de compromisso com a segurança, de normas, da gestão da manutenção inadequada e a preparação desajustada dos profissionais concorrem para as condições latentes organizacionais (*Reason, 1995*).

A característica fundamental do sistema de distribuição de medicamentos em dose unitária, baseia-se no facto da Farmácia Hospitalar efetuar a dispensa da terapêutica para cada doente de forma individualizada, em embalagens unitárias, após interpretação da prescrição médica e sua transcrição para o perfil farmacoterapêutico, para um determinado período de tempo. Este sistema permite a intervenção dos profissionais habilitados para prestar informações sobre o uso do medicamento, a interpretação e deteção de imprecisões da prescrição médica, a adequação da forma e dos horários de administração e a gestão eficiente dos stocks. Este sistema proporciona a integração da Farmácia Hospitalar na equipa de prestação de cuidados de saúde.

A prescrição da medicação pode ser efetuada em suporte de papel ou em formato eletrónico, e dá início ao circuito. Em seguida é validada por um farmacêutico. Com este processamento, mesmo existindo alertas no sistema de prescrição eletrónica, é ainda possível verificar alergias, sobredosagens, interações, duplicações, adequar a hora de administração, entre outras. Em caso de dúvida, podem ser pedidos esclarecimentos ao médico ou ao pessoal de enfermagem, no sentido de evitar qualquer incorreção na terapêutica dispensada. Quando a prescrição é efetuada em suporte de papel é necessário realizar a transcrição da prescrição médica. Esta é transcrita, na Farmácia, para elaboração de perfil farmacoterapêutico e na enfermaria para preparação do “cardex” do enfermeiro. Esta etapa pode constituir-se como um fator de vulnerabilidade do sistema pois podem ocorrer erros decorrentes da interpretação da escrita.

Em seguida é realizada a dispensa das “doses unitárias” prescritas para cada doente por um período, normalmente, de 24 horas. Estas são colocadas em gavetas que se devem encontrar divididas por horas ou frequência de administração. Em cada gaveta consta a identificação do doente com o nome, o serviço e o número da cama. Esta dispensa pode ser manual ou auxiliada

por equipamentos semiautomáticos que disponibilizam os medicamentos de acordo com a prescrição. A medicação dispensada deve ser conferida.

Por último, no serviço de internamento, as tarefas o pessoal de enfermagem, no que respeita ao medicamento, passa a relacionar-se só com a administração deste ao doente, deixando-lhe mais tempo livre para prestação de outros cuidados de enfermagem.

Paralelamente ao sistema de distribuição de medicamentos em dose unitária, existe, em cada serviço clínico, um armário de urgência, que contém um pequeno *stock* de todos os medicamentos considerados urgentes, adaptado a cada serviço. Dado que a maioria das Farmácias Hospitalares estão fechadas no período noturno, este armário permite muitas vezes iniciar a terapêutica dos doentes que entram no serviço clínico durante a noite e serve também de apoio a situações de urgência ao qual é necessário recorrer rapidamente.

Para o sistema de distribuição de medicamentos em dose unitária ser realizado corretamente é indispensável que o medicamento se encontre em embalagens unitárias. Sempre que a Indústria Farmacêutica não disponibilize o medicamento de forma individualizada com as características que a seguir se mencionam ao é necessário uma dose diferente das apresentadas pela Industria é necessário proceder há reembalagem e rotulagem tendo presente a qualidade e segurança do medicamento. Esta pode ser realizada manualmente ou com recurso a equipamentos semiautomáticos tipo ATC<sup>®</sup>/FDS<sup>®</sup>.

A reembalagem e rotulagem de medicamentos em “unidose” deve permitir aos serviços “disporem do medicamento, na dose prescrita, de forma individualizada (dose unitária - dose de medicamento que não necessita de mais manipulações para ser administrada aos doentes)” (Brou *et al.*, 2005, p. 46). Esta “dose unitária” deve proteger o medicamento (ser inviolável; proporcionar uma adequada conservação e proteção do conteúdo face aos agentes ambientais, protegendo-o da contaminação e deterioração) e estar identificada obrigatoriamente com “nome genérico, dosagem, prazo de validade e lote de fabrico” e desejavelmente, com o “nome comercial, lote de reembalagem e código de barras” (Brou *et al.*, 2005, p. 47-48). Esta é uma etapa do circuito da medicação que também deve efetuar-se dupla conferência para prevenir trocas de medicamentos ou rotulagens incorretas.

Em síntese, a distribuição de medicação tem de atender a diversos princípios, particularmente ao “tipo de hospital (central, distrital, especializado), lotação do hospital; movimento assistencial previsto para o hospital; funções acrescidas solicitadas; existência de distribuição de medicamentos a doentes ambulatórios; desenvolvimento informático do hospital” (Brou *et al.*, 2005, p. 13).

Após a breve descrição do circuito da medicação importa referir que o Técnico de Farmácia ao longo do dia de trabalho pode desenvolver atividades inerentes aos diferentes sistemas de distribuição, para além de outras, por exemplo relacionadas com a produção. Este facto realça o seu carácter intrincado do complexo fluxo de trabalho.

Acresce que estas as atividades podem ser frequentemente interrompidas por solicitações externas à FH (medicação urgente, telefonemas para esclarecimento de dúvidas acerca do medicamento, “reclamações”, etc.). As interrupções excessivas podem contribuir para a ocorrência de erros de medicação pois alinham-se com outras variáveis do sistema, como a sobrecarga dos profissionais, uma cultura de baixas expectativas, instituir um rápido ritmo de trabalho ou um interface com os equipamentos mal projetado (Henriksen *et al.*, 2008).

Ainda, a não formalização das instruções de trabalho e procedimentos conduz a uma variabilidade na prestação dos serviços. Esta impede o estabelecimento de indicadores de resultados e consequentemente impossibilita a avaliação do processo no seu todo. A avaliação do processo é determinante para poder simplificar, corrigir ou alterar procedimentos, traduzindo estas mudanças em práticas mais efetivas e eficientes. “O que não podemos medir não podemos gerir” (Kelvin; citado por Lopes e Capricho, 2007). Por isso, ser importante no âmbito da segurança do doente sistematizar por escrito os procedimentos.

## **5. CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE COM INTERVENÇÃO NO CIRCUITO DO MEDICAMENTO**

De acordo com Andersen (2009), cada etapa da distribuição de medicamentos apresenta intrinsecamente algum risco. Os erros raramente têm causas individuais, mas originam-se a partir de uma interação complexa entre vários fatores. No entanto, para a redução destes risco também

podem contribuir profissionais satisfeitos, que são detentores de formação adequada e atualizada às tarefas que lhe são atribuídas e possuem os requisitos físicos e cognitivos requeridos para a realização do trabalho.

A prescrição é um ato médico, e conforme estabelecido no Estatuto do Medicamento (Decreto-Lei n.º 176/2006) os medicamentos “(...) são prescritos, por um médico ou, nos casos previstos em legislação especial, por um médico dentista ou por um odontologista,...” (p. 6302). Como suporte à decisão, por exemplo na prescrição eletrónica podem ser introduzidos alertas e informações relevantes acerca do medicamento, supervisionadas pelo farmacêutico. A validação da prescrição, efetuada pelo farmacêutico, é outro tipo de defesa inserida no sistema.

A dispensa de medicamentos tem responsabilidades atribuídas ao Farmacêutico e ao Técnico de Farmácia, conforme até expresso no Manual de Farmácia. Nesta etapa a introdução de equipamentos semiautomáticos e sistema informáticos de suporte à distribuição, concorrem para a redução de falhas. A administração, cabe essencialmente ao Enfermeiro que insere outra barreira ao conferir a medicação.

A formação inicial e a formação profissional sustentam a tomada de decisões abonando para que estas tarefas não devam ser desempenhadas por outros. “A tomada de decisão é uma componente crítica do trabalho seguro e da minimização dos erros.” (OMS, 2009, p. 33). Ainda, é importante aprender que mesmo a formação inicial dos diferentes profissionais ser oriunda de “escolas diferentes” terão de interagir e cooperar no sentido uma prestação de cuidados segura.

Para além da formação, diferentes características inerentes ao indivíduo (sexo, idade,...), podem ter impacto no desempenho e nos resultados de segurança. A este nível, são mais frequentemente abordadas as competências cognitivas (perceção da situação e tomada de decisão), as sociais (liderança e trabalho em equipa) e as pessoais (stress e fadiga). Estas fazem parte das denominadas competências não-técnicas que complementam as competências técnicas e juntas contribuem para um desempenho seguro e eficiente (*Flin et al*, 2008 citado por OMS, 2009, p. 29).

A percepção da situação e concentração são diminuídos por fadiga e stress e podem ser afetados por interrupções e distrações. A atividade motora repetitiva facilita a fadiga e pode ter

consequências para a segurança e produtividade dos profissionais. O stress é determinado pelo equilíbrio entre a percepção que o individuo faz das solicitações que lhe são colocadas (e.g. a carga de trabalho) e a forma como julga os recursos disponíveis (e.g. experiência, aptidões) para responder a essas solicitações (OMS, 2009).

## **6. INFLUÊNCIA DOS NÍVEIS DE DESEMPENHO NA OCORRÊNCIA DE ERROS DE MEDICAÇÃO**

Os acontecimentos adversos evitáveis ocorrem quando os níveis de desempenho se situam abaixo do esperado. Serranheira *et al.*, (2009) referem que a “sua ocorrência está relacionada fundamentalmente com desvios relativamente a normas (trabalho prescrito), e à existência de situações clínicas novas ou de elevada complexidade, com uma acrescida carga de trabalho; em oposição verificam-se igualmente situações de trabalho onde a excessiva rotina e a monotonia, conduzem à adoção de baixa da vigilância pelos sistemas cognitivos e um consequente aumento da probabilidade de erro” (p. 9).

Pelo interesse que os erros de medicação e as suas medidas de prevenção apresentam para a temática em estudo, em seguida abordaremos os tipos e causas erros de medicação, que mais frequentemente são referenciados, bem como soluções para a sua redução, particularmente para os medicamentos LASA.

### **6.1. TIPOS E CAUSAS DE ERROS DE MEDICAÇÃO**

O contributo para a redução de eventos adversos evitáveis passa pela compreensão dos fenómenos e, como referido por Fragata *et al.* (2008, p. 21), de “perceber como se erra e porque se erra, (...). Neste contexto, é importante fazer a descrição, de acordo com alguns autores, dos pontos que conduzem a mais fragilidades no circuito da medicação, isto é, correspondem a mais oportunidades de estarem presentes condições latentes, para que melhor se possa perceber quais as estratégias, barreiras e defesas possíveis de implementar, para minimizar os erros de medicação (falhas ativas).

Os erros de medicação acontecem na confluência de uma série de condições latentes no sistema que se alinharam e consentem a ocorrência do evento. De acordo com *National Coordinating*

*Council for Medication Error Reporting and Prevention* (NCC MERP) e a CISD entendem-se por erro de medicação “Qualquer evento evitável que pode causar ou conduzir à utilização inadequada de medicação ou dano ao doente enquanto a medicação está sob controlo do profissional de saúde, doente ou consumidor” (CISD, 2011, (p. 114) ou como “Um erro nos processos de prescrição, transcrição, dispensa, administração ou monitorização da medicação, independentemente do resultado (ou seja, prejuízo para o doente)” (CISD, 2011, (p. 114). Esta segunda definição coloca a tónica nos diferentes processos (etapas) intrínsecos ao circuito da medicação, sendo de realçar que cada um deles tem normas, procedimentos próprios e profissionais diferentes a interagir.

Assim, podemos referir que os eventos relacionados com o medicamento são multidisciplinares e multifatoriais e podem estar relacionados com a prática profissional, com os produtos de saúde, procedimentos e sistemas, incluindo prescrição, comunicação, etiquetagem, embalagem, nomenclatura, dispensa, distribuição, administração, educação, supervisão e uso (NCC MERP, 2009).

Mas, independentemente da etapa do circuito da medicação onde ocorre ou de como ocorre a falha ativa, torna-se importante implementar barreiras às condições latentes do sistema para evitar a progressão do evento dando-se o evento adverso. O circuito da medicação deve estar implementado tendo como macro objetivo os “cinco certos”: ao doente certo, é administrado o medicamento certo, na hora certa, na dose certa, e na via de administração certa (*five rights*). Mas, os “cinco certos” não refletem toda a complexidade inerente às práticas seguras de medicação pois é necessário ter em conta o desempenho individual e os esforços interdisciplinares e estabelecer procedimentos seguros suportados em sistemas confiáveis que promovam a redução de erros (*Institute for Safe Medication Practices*, 2007).

A prevenção, como anteriormente referido, é condicionada no sistema por políticas económicas e de gestão, pelos desempenhos dos diferentes profissionais e por múltiplos equipamentos e softwares, mas a evolução tecnológica trouxe a esta área muitas “ajudas técnicas”. Para as diferentes etapas do circuito da medicação a introdução de equipamento automáticos ou semiautomáticos, o desenvolvimento de software cada vez mais adequado e a sua conceção com base nas características humanas dos utilizadores contribuíram para a redução de erros de medicação. “Os sistemas automáticos ou semiautomáticos de armazenamento e distribuição de medicamentos nos hospitais, são a chave para diminuir os erros de medicação, melhorar a

qualidade da distribuição dos medicamentos, facilitar o controlo de stocks e racionalizar recursos humanos" (Rocha *et al.*, 2008, p. 15).

A implementação da prescrição eletrónica resolveu o problema da letra ilegível, subtraindo a dificuldade de comunicação e interpretação da prescrição médica manual e consequente má interpretação. *"An illegible handwritten order should be regarded as a potential error"* (ASHP, 1993, p. 158). Ainda, evita a transcrição da prescrição, que tinha por base interpretação e escrita manual.

Nos sistemas automatizados e informatizados podem incorporar-se defesas e barreiras, designadamente, incluir alertas para alergias, sobredosagens, interações medicamentosas, medicamentos de potencial risco (ex. LASA). No entanto, a tecnologia em si pode estar na origem de da causa de novos tipos de erros, não intencionais" (NCC MERP, 2005).

Para facilitar o estudo dos fatores e compreender os pontos de maiores fragilidades, diversos autores sistematizaram a tipologia e as possíveis causas de erros para a partir daí encontrarem soluções para a prevenção e redução dos eventos. Alguns relacionam a tipologia de erros com as diferentes etapas do circuito da medicação, outros somente os tipificam.

Leape (1995) faz referência aos erros no ciclo da medicação. Estes acontecem ao nível da prescrição, transcrição, dispensa e administração (fig. 2), sendo que, por exemplo, um erro na prescrição da dose de um medicamento pode ocorrer nesta etapa e percorrer todo o ciclo se não forem implementadas barreiras. Uma rotulagem incorreta (porque algum elemento do rótulo é erróneo ou por que se trata de um medicamento LASA, por exemplo com a mesma grafia, em que o rótulo não o distingue de outros) pode progredir no circuito e levar a uma falha ativa aquando da administração.

### Errors in the Medication Cycle

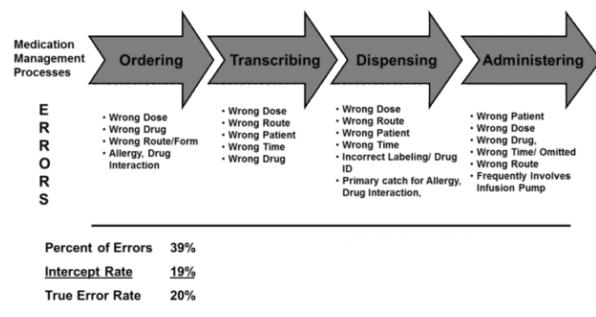


Fig. 2 - Tipologia de erros nas diferentes etapas do ciclo do medicamento

Segundo, *Berman* (2004). A maioria dos erros ocorre durante a dispensa (53%) e administração (25%), seguidos pela prescrição (15%). A grande quantidade de medicamentos a serem dispensados todos os dias leva a que, mesmo que a percentagem de erros seja pequena, isto se traduza num significativo número de erros (*Lambert*, 2001).

A ASHP (1993) nas “*Guidelines on Preventing Medication Errors in Hospitals*” propõe uma organização possível da tipologia de erros, não referenciados ao circuito (tabela 2).

Tabela 2- Tipos de erros de medicação

Tipos de erros de medicação	
Prescrição Errada	Não indica forma galénica Não indica dosagem
Omissão	Medicamentos prescritos apresentam interações conhecidas Medicamento não dispensado Medicamento não administrado
Hora da toma inadequada	Dispensado na hora incorreta
Medicamento não autorizado	Para a situação/doença Dosagem não recomendada
Dosagem incorreta	Medicamento dispensado na dosagem não prescrita
Doses incorretas	Medicamento administrado na dosagem não prescrita
Erro na preparação do medicamento	Na farmácia Na enfermaria
Administração técnica errada	Via de administração errada Reconstituição do medicamento errada
Medicamento deteriorado	Medicamento fora de validade Medicamento com alteração visíveis
Erro na monitorização	
Erro da conformidade	
Outro erro da medicamentação	

Adaptado de ASHP (1993)

Para além da tipificação dos erros, torna-se importante tentar relacioná-los com as possíveis causas, pois só assim se poderão encontrar as melhores soluções para reduzir os eventos. Por exemplo, aquando da conferência da medicação para além da anotação dos erros existentes na distribuição dos medicamentos (medicamento errado, dose errada, ...) é importante registar ocorrências, como sejam: diminuição do número de profissionais nesse dia (pode ter provocado uma sobrecarga de trabalho) ou se algumas tarefas que foram realizadas por pessoal inadequadamente treinado, pois estes factos e muitos outros fatores podem ser indicadores que é necessário melhorar a gestão de recursos humanos. A redução de erros de dispensa depende do estudo das suas causas (*Bohand et al.*, 2009).

Diversas organizações internacionais (NCC MERP, OMS, ASHP) e os mais diversos estudos descreveram as principais causas de erros de medicação, agrupando-as de diferentes formas, no

entanto, independentemente do formato o importante é analisar a árvore das causas de forma sistémica, de modo a perceber a(s) causa(s), isto é, as condições latentes no sistema que permitiram que a falha ocorre-se, pois só compreendendo o sistema se podem apontar medidas de prevenção, barreiras, estratégias.

Na *Taxonomy of Medication Errors* da NCC MERP (1998) agrupam-se as causas mais comuns de erros de medicação em: comunicação, confusão com o nome do medicamento, rótulo, embalagem, fatores humanos e fatores relacionados com os sistemas. Estes grandes grupos de causas encontram-se subdividem-se em diversos subgrupos, conforme ilustramos em seguida:

- **confusão com o nome do medicamento** abrange a confusão com sufixos e prefixos, o nome do medicamento com o som semelhante a outro (*Sound-Alike*) e a mesma aparência que outro medicamento (*Look-Alike*);
- **rótulo** da embalagem/produto dispensado inclui a aparência similar a outro(s) e rótulos com informações erróneas (via de administração errada, dose do medicamento errado);
- **design** abarca embalagem inadequada, apresentação da dosagem (dosagens diferentes confundem-se devido à semelhança na cor, forma e/ou tamanho), dispositivos/equipamentos (funcionamento inadequado, seleção errada do dispositivo ou do adaptadores, por ex. via parentérica vs entérica), sistemas de distribuição automatizados;
- **comunicação** engloba as dificuldades de comunicação oral e escrita (caligrafia ilegível, utilização de abreviaturas,...);
- **fatores relacionados com os sistemas** envolvem iluminação, nível de ruído, stocks nos serviços, interrupções frequentes e distrações, equipa, treino, desempenho de tarefas por profissionais inexperientes, políticas e procedimentos, sistemas de comunicação entre os profissionais de saúde;
- **fatores humanos** compreendem conhecimento insuficiente, desempenho deficiente, erro de cálculo da dose ou da taxa de infusão, na utilização do suporte eletrónico (seleção incorreta do medicamento, inadequada triagem das alergias, interações, etc), na reposição de stocks, na preparação dos medicamentos (solvente errado, medicamento adicionado errado, ...), erro de transcrição (do original para o papel ou para o computador, stress devido por ex. a elevada carga de trabalho, fadiga, falta de dormir).

Outros autores categorizaram as causas dos erros tendo em conta dois grandes domínios: os fatores do sistema (estrutura e processos) e os fatores humanos, sendo disso exemplo o esquema

que *Chang et al* (2005) apresentam no artigo intitulado “*The JCAHO patient safety event taxonomy: a standardized terminology and classification schema for near misses and adverse events*”.

## 6.2. MEDIDAS PREVENTIVAS PARA UM DESEMPENHO ADEQUADO

Independentemente da forma de categorizar tipos e causas, de quaisquer eventos de segurança do doente, o importante é perceber as vulnerabilidades do sistema que permitiram que o desempenho ocorresse abaixo do esperado se desse um acontecimento adverso evitável. O conhecimento das condições latentes do sistema é importante para que à priori se adeque a estrutura, os processos e os recursos humanos e se encontrem estratégias, barreiras e medidas de prevenção.

As organizações mencionadas, como exemplo para a categorização da tipologia e causas mais comuns dos erros de medicação, também têm vindo a propor soluções de melhoria. Estas propostas constituem-se como um padrão, segundo o qual as instituições podem gizar o seu plano estratégico, para redução de erros e melhoria contínua dos cuidados de saúde prestados. Em seguida, a título ilustrativo, apresentamos algumas soluções preconizadas por algumas organizações, para a redução de erros de medicação.

A NCC MERP (2005) para melhorar a precisão da prescrição manual recomenda, entre outras, que as prescrições orais devem ser minimizadas e as todas escritas devem ser legíveis. A prescrição deve incluir a indicação da patologia (exceto se se justificar a manutenção do sigilo) pois cria uma verificação de segurança extra, no processo de prescrição e dispensa do medicamento. Deve ser evitado o uso de abreviaturas, porque podem acarretar más interpretações.

De acordo com o exposto na “*Patient Safety Solutions 1*”, publicada em 2007 pela OMS, e como atrás foi mencionado, uma das causas mais comuns de confusão e troca frequente de medicamentos são os medicamentos LASA. Muitos podem ser os fatores contribuintes para que estes eventos aconteçam, como sendo: letra ilegível do médico aquando da prescrição, embalagem semelhante ou rotulagem, indicação terapêutica semelhante, medicamentos recém-

disponíveis aprovados com nomes semelhantes aos já existentes, entre outros. Daí a importância de implementar soluções que minimizem esta tipologia de eventos.

### 6.3. ESTRATÉGIAS PARA REDUÇÃO DOS ERROS COM MEDICAMENTOS LASA

A OMS (2007) na “*Patient Safety Solutions 1*” recomendou, aos Estados Membros, que desenvolvessem ações e estratégias para redução dos erros decorrentes da confusão e troca frequente dos medicamentos LASA. Passamos a citar, sumariamente, algumas propostas:

- Revisão anual da lista de medicamentos LASA utilizados na sua instituição. Esta medida reveste-se de tal importância que o *Institute for Safe Medication Practices* (ISMP, 2011) publicou a uma lista, “*ISMP’s Lists of Confused Drug Names*”, com oito páginas, de pares de nome de medicamentos que podem estar envolvidos nesta tipologia de eventos (ex. Losec/omeprazole e Lasix/furosemida).
- Implementação de protocolos que minimizem o uso de prescrições orais/telefónicas; que promovam a importância da leitura atenta do rótulo de cada medicamento em cada ato e a necessidade de verificar correspondência entre diagnóstico / finalidade do medicamento / prescrição antes de administrar o medicamento;
- Desenvolvimento de estratégias para evitar confusão ou má interpretação causada por prescrição ilegível de medicação, designadamente, promover a diferenciação dos medicamentos através da utilização *tall-man letters*. Por exemplo: DOBUTamine/DOPamine ou hydrALAZINE/hydrOXYzine (ISMP, 2011);
- Armazenamento dos medicamentos LASA fisicamente separados (não respeitar a ordem alfabética) ou em equipamentos automatizados de distribuição de medicamentos.
- Utilização de letras a negrito/cores diferentes e/ou fundos de texto na região que diferencia o nome de um medicamento de outro, em rótulos, material de embalagem, prateleiras de armazenamento, software do computador, dispositivos automáticos de distribuição e nos registos de administração dos medicamentos.
- Desenvolvimento de estratégias para envolver os doentes e seus cuidadores na redução dos riscos através de lhes proporcionar informação escrita sobre a medicação, adequando-a a doentes

com deficiência visual, com diferenças linguísticas ou com conhecimento limitado de cuidados de saúde.

- Garantia de que todas as etapas do processo de gestão de medicamentos são realizadas por profissionais qualificados e competentes.
- Inclusão no currículo educacional dos profissionais de saúde a formação sobre medicamentos LASA.

Em síntese, tendo em conta o exposto, e que os medicamentos LASA estão na base da causa mais comum de erros de medicação e por isso uma preocupação mundial (*Lambert, 1999* citado por OMS, 2007) e que já passaram 6 anos após estas recomendações, surgem dúvidas de âmbito Nacional: Será que em Portugal esta preocupação teve impacto? Será que, como Estado Membro, estabeleceu orientações para implementação de estratégias nacionais, ao nível dos medicamentos LASA? Na revisão da literatura efetuada não encontramos esta tipologia de recomendações, a nível nacional.

Mas, mantendo o foco nas instituições hospitalares e na FH, será que individualmente as instituições hospitalares implementaram algumas das estratégias/medidas propostas pela OMS para redução desta tipologia de erros? A implementação das medidas teve em conta a perspetiva sistémica de análise dos erros mais frequentes na sua instituição? Para explorar este assunto, procedeu-se a entrevistas aos Técnicos de Farmácia Coordenadores (TFM C) em Farmácias Hospitalares da RLVT.

## **II PARTE – METODOLOGIA**

Tendo presente a problemática atrás exposta, a revisão de literatura realizada e para tentar encontrar respostas para as questões precedentemente colocadas mas, principalmente para responder à questão de investigação, foi delineado um estudo exploratório e formulados os seguintes objetivos:

### **1.1. OBJETIVO GERAL**

Este estudo tem como objetivo geral identificar, com base numa perspetiva sistémica, as estratégias/medidas implementadas, em Farmácias Hospitalares da Região de Lisboa e Vale do Tejo, que visem a redução de erros de medicação, particularmente para os medicamentos LASA.

### **1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Averiguar a importância das políticas externas e internas que possam ter influenciado as estratégias relativas à segurança do doente e particularmente à segurança da medicação;
- Reconhecer se as orientações internacionais para a segurança do doente são do conhecimento dos profissionais e se advêm da participação em projetos ou por divulgação na instituição;
- Identificar se a instituição promove estratégias tendentes a uma cultura de segurança;
- Reconhecer se a instituição promove ou exige que os seus profissionais frequentem formação especializada no âmbito da segurança do doente;
- Descrever as estratégias, normas ou sistemas transversais ao circuito da medicação implementados na instituição com vista à redução dos erros de medicação e qual o papel da FH;
- Averiguar como se processa a adequação dos postos de trabalho e dos profissionais à implementação de novos equipamentos;
- Identificar alguns dos principais aspetos relacionais e comunicacionais relevantes para o trabalho da equipa;
- Identificar alguns dos procedimentos instituídos no processo de dispensa de medicamentos;

- Descrever as normas estabelecidas para a rotulagem de medicamentos, particularmente para os medicamentos LASA;
- Descrever as normas instituídas para o armazenamento de medicamentos, particularmente para os medicamentos LASA;
- Reconhecer se a formação e a experiência têm relevância na distribuição de tarefas;
- Identificar se a carga de trabalho, stress, fadiga, complexidade e rotina das tarefas estão previstos aquando da distribuição destas.

## **2. TIPO DE ESTUDO**

Para a realização deste estudo, optou-se pelo paradigma qualitativo. “A investigação qualitativa é um trabalho de proximidade e interativo, dado que exige o contacto face a face com um indivíduo, (...) que permite desenvolver uma ideia aprofundada do modo como as pessoas pensam, sentem, interpretam, experimentam os acontecimentos em estudo” (Ribeiro, 2008, p.66). Na observância deste paradigma o instrumento de recolha de informação escolhido foi a entrevista, pois pode organizar-se em torno de tópicos essenciais, mas com uma estrutura suficientemente flexível que se adapte a novas situações e diferentes conceptualizações em torno dos conceitos. Assim, foi possível recolher a máxima informação com a maior profundidade possível acerca dos assuntos em estudo, tendo em conta que não existe informação sistematizada que descreva o panorama da realidade nacional acerca de práticas seguras de medicação, particularmente no que respeita aos medicamentos LASA. “O grande objetivo desta metodologia é compreender o significado do fenómeno em estudo, tomando a perspetiva única dos indivíduos estudados, (...)” (Ribeiro, 2008, p. 66).

Este estudo pode qualificar-se como exploratório e transversal. Exploratório porque, apesar de muito haver escrito acerca desta temática a nível internacional, a nível nacional pouco existe estudado ou escrito, talvez por a segurança do doente ser uma preocupação relativamente recente a nível nacional e hospitalar. É um estudo transversal pois pretende-se analisar a situação num dado momento no sentido de identificar aqui e agora situações passíveis de estudos com maior detalhe.

### **3. POPULAÇÃO EM ESTUDO E AMOSTRA**

Conforme atrás foi referido, em organizações complexas como são as instituições de saúde, a liderança, aos diferentes níveis da gestão, desempenha um papel importante para uma efetiva segurança do doente (OMS, 2009). Tendo em conta este facto, foram convidados a participar no estudo Técnicos de Farmácia Coordenadores em FH de instituições hospitalares públicas, pertencentes à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) e instituições hospitalares privadas. Da ARSLVT fazem parte 7 centros hospitalares e 7 hospitais, sendo que destes se recolheu informação em 3 centros hospitalares e 3 hospitais. Ainda, se recolheu informação em 2 hospitais privados. Os mesmos foram escolhidos de entre instituições hospitalares da RLVT. No primeiro trimestre de 2013, foram estabelecidos os contactos, e de acordo com a disponibilidade, realizadas entrevistas a 8 Técnicos de Farmácia Coordenadores em FH constituindo estes a amostra do estudo.

O TFMC é um dos líderes na FH, que conjuntamente com o Diretor da FH são responsáveis pela gestão, incluindo esta a implementação e supervisão das práticas seguras de medicação. Acresce que este coordena o grupo dos Técnicos de Farmácia. Estes profissionais estão na “ponta final” (*sharp end*) do processo de dispensa do medicamento e portanto aqueles que, primeiramente “dão a cara” quando algum evento adverso acontece naquela etapa do circuito da medicação. Após a dispensa, os medicamentos seguem para ser administrados ao doente, normalmente pelos profissionais de enfermagem.

O processo de amostragem enquadra-se numa abordagem de conveniência, pois seria difícil observar toda a população, apesar de esta estar relativamente acessível e vasta para a aplicação do instrumento escolhido. Esta tipologia de amostragem não garante que a informação recolhida seja extrapolável e se possa generalizar. Mas, a intenção deste estudo é explorar o tema, para que que comecem a existir descrições da realidade nacional sobre as práticas seguras de medicação como fatores condicionantes da segurança do doente e futuramente se tomem medidas.

A amostra integra apenas os Técnicos de Farmácia Coordenadores em FH, que exerciam essas funções no momento da recolha da informação e que acederam participar no estudo. Foi-lhes garantido o anonimato e confidencialidade da informação recolhida, que tinha como fim apenas encontrar a resposta para a questão de investigação: será que as instituições hospitalares e/ou as

FH implementaram algumas das estratégias/medidas, para redução de erros de medicação, particularmente dirigida aos medicamentos LASA, tendo em conta a perspetiva sistémica de análise dos erros mais frequentes em cada instituição?

### 3.1. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Exercer as funções de Técnico de Farmácia Coordenador em FH, no momento da recolha da informação numa instituição hospitalar pertencente à ARSLVT ou numa instituição hospitalar privada na RLVT.

## 4. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO

Segundo *Lessard-Hébert et al.* (2008), a recolha de dados, no âmbito da investigação qualitativa e utilizada nas ciências sociais, pode sustentar-se em diferentes técnicas, sintetizadas em três grandes grupos: “o *inquérito*, que pode tomar uma forma oral (a entrevista) ou escrita (o questionário); a *observação*, que pode assumir uma forma direta sistemática ou uma forma participante, e a *análise documental*” (p. 143). Neste estudo optou-se pela técnica da entrevista pois pretendeu-se maior eficácia de resposta, em virtude desta área de estudo: segurança do doente, ser relativamente recente, os conceitos muitas vezes precisam de ser clarificados, por isso, no nosso entender, se tornar relevante o papel ativo e elucidativo do entrevistador. Pensamos que, assim, se obterá maior eficácia de resposta e maior oportunidade de aprofundar o tema.

Para a realização da entrevista foi previamente preparado um guião (em anexo) que serviu como instrumento orientador do seu desenvolvimento, no entanto, suficientemente flexível. A utilização do guião permitiu que os mesmos tópicos fossem colocados a todos os entrevistados, facilitando posteriormente a sistematização da informação.

### 4.1. ESTRUTURA DO GUIÃO DA ENTREVISTA

O guião da entrevista foi concebido, tendo como fio condutor a conjugação, já apresentada no enquadramento teórico, dos fatores que contribuem para os eventos adversos nos cuidados de saúde de *Henriksen et al.* (2008) e *Serranheira et al.* (2009), dos fatores organizacionais e

humanos que influenciam a segurança do doente descritos pelo grupo da OMS (2009) e as estratégias propostas, para os medicamentos LASA, na “*Patient Safety Solutions 1*” da OMS (2007). Atendendo a esta combinação de fatores os tópicos colocados ao entrevistado compreenderam: Condições externas (políticas de saúde, projetos nacionais ou internacionais e orientações), Gestão e Organização (estrutura organizacional, liderança, estratégias, recursos humanos, formação profissional, cultura de segurança, notificação), Condicionantes Externas do Trabalho (ambiente físico, interface homem-sistema, ambiente socio-organizacional), Características do trabalho (circuitos, procedimentos) e Características Individuais (formação específica, experiência, carga de trabalho, fadiga, stress).

#### **4.2. ESTRATÉGIA DE CONSTRUÇÃO DO GUIÃO E DE APLICAÇÃO DA ENTREVISTA**

Como a entrevista implicou a recolha de uma grande quantidade de dados a um pequeno grupo foi registada em gravação áudio. Posteriormente, a informação foi transcrita e organizada de forma a dar sentido ao estudo e ser possível apresentar os resultados (Ribeiro, 2008).

A efetivação da recolha de informação passou por diferentes etapas:

- 1- Revisão da literatura acerca do tema em estudo, facto que permitiu encontrar o fio condutor para dos tópicos a abordar na entrevista;
- 2- Contacto telefónico com possíveis participantes. Após serem explicados os objetivos e metodologia do estudo, para os que acederam participar foi agendado data, hora e local para a realização da entrevista individual;
- 3- Recolha da informação com a gravação em áudio;
- 4- Transcrição para grelha de registo própria, sistematização e análise da informação.

Nos contactos estabelecidos os possíveis participantes foram elucidados do enquadramento e âmbito do estudo, bem como seus objetivos. No dia da entrevista, que careceu de pelo menos uma hora, e antes de esta acontecer, foi-lhes dada a seguinte informação escrita: “O estudo que se pretende realizar, a para a qual se necessita de colaboração, enquadra-se no âmbito do Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, Especialidade de Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde da Universidade de Évora e intitula-se - Intervenção socio-organizacional com vista à redução do erro de medicação em meio hospitalar. Este estudo baseia-se no pressuposto que os erros ocorrem, mas que devem ser vistos como uma

oportunidade para aprender, principalmente no âmbito de sistemas complexos como são os hospitais. É essencial reconhecer que esta complexidade deriva de vários fatores e que talvez o mais importante seja projetar defesas, barreiras e controlos para proteger os doentes de potenciais riscos (*Reason, Carthey, Leval, 2001*), pelo que importa identificar a realidade dos serviços de FH.

No contexto de desenvolvimento do estudo planeou-se efetuar a recolha de informação através da técnica da entrevista dirigida ao Técnico Coordenador. A informação recolhida será objeto de análise de forma anónima e confidencial e servirá apenas para o propósito descrito.

#### **4.3. ENSAIO**

O guião da entrevista foi submetido a um ensaio. Este foi realizado mimetizando as condições pensadas para a entrevista. Para tal, efetuou-se, num hospital, a um TFMC uma entrevista, não sendo este posteriormente incluído na amostra. Procurou-se perceber se o guião primeiramente esboçado respondia aos objetivos definidos. Ainda, se havia coerência no encadeamento das questões, lógica e ausência de redundância.

No decorrer da entrevista foi identificado que para atender aos pressupostos enunciados teriam de ser efetuadas pequenas alterações, nomeadamente perguntar uma única vez como se distribuem as tarefas e como se tem em conta a fadiga, rotina, stress, etc, pois quando estas questões se relacionavam com diferentes atividades o entrevistado pensava já ter respondido tornando-se confuso. Tendo em conta o mesmo princípio, também as questões da formação foram reduzidas a uma, acerca da segurança do doente. As questões relativas às normas e procedimentos de rotulagem dos medicamentos condensaram-se não distinguindo produzido na Farmácia e na Indústria Farmacêutica (quando são reembalados na FH), pois no pré-teste foi considerado que era repetitivo e por isso sem interesse, pois os procedimentos são os mesmos.

Após transcrição da entrevista e análise verificou-se que, com as alterações referidas, esta respondia aos objetivos.

#### **4.4. VARIÁVEIS: DIMENSÕES E CATEGORIAS DO ESTUDO**

As variáveis da investigação podem considerar-se um elemento fundamental e estruturante de um estudo, assumindo, estas, valores ou qualidades. “(...) em investigações que se propõem observar o que ocorre (...) sem manipular as variáveis (...) é preferível denominá-las de variáveis principais” (Ribeiro, 2008, p.144). Ora, neste estudo as variáveis/dimensões em estudo são: 1. Características Individuais (do doente e do profissional); 2. Natureza do Trabalho; 3. Ambiente Físico, Interface Homem-Sistema e Ambiente Socio-organizacional; 4. Gestão e 5. Ambiente Externo. Para operacionalizar o guião da entrevista, definiram-se como categorias: políticas de saúde, projetos, cultura de segurança, notificação, formação profissional, estruturas organizacionais, liderança, estratégias, ambiente físico, interface homem-sistema, ambiente socio-organizacional, procedimentos, competências, experiência, carga de trabalho, rotina, fadiga e stress.

#### **5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS**

Os entrevistados concordaram participar no estudo, após terem tomado conhecimento dos objetivos deste, serem esclarecidos sobre quaisquer aspectos que consideraram importantes e, ainda, lhes ser garantido confidencialidade e anonimato.

#### **6. ANÁLISE DA INFORMAÇÃO**

A informação coligida, que facultou material verbal rico e focado em cada instituição, foi sujeita a análise de conteúdo, que segundo *Bardin* (2011, p. 40) é “(...) um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. [...] o interesse não está na descrição dos conteúdos, mas sim no que estes nos poderão ensinar após serem tratados (...)”. Realizou-se uma descrição dos dados, que consonantemente com o referido por Ribeiro (2008), implicou retratar o grupo estudado relativamente a determinado número de variáveis. *Miles e Huberman* (1984) citados por *Lessard-Hébert, et al.* (2008, p. 118) “definem a fase de tratamento dos dados como «a estruturação de um conjunto de informação que vai permitir tirar conclusões e tomar decisões»”.

Neste contexto, organizou-se a informação e sistematizou-se em grelha própria, de acordo com as dimensões e categorias definidas. Em seguida, procedeu-se à análise de conteúdo, privilegiando a repetição de frequência dos temas, com todas as entrevistas juntas. (Bardin, 2011). Esta análise será complementada com informação referida pontualmente por um dos entrevistados e que seja considerada de relevante interesse.

## **7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

Numa perspetiva metodológica a opção pela abordagem qualitativa reduziu a possibilidade de representatividade. É possível existir alguma subjetividade introduzida durante a realização das entrevistas, em particular pela proximidade do entrevistador aos entrevistados. As particularidades individuais de interpretação das questões e dos seus objetivos no contexto da identificação sistémica das interinfluências entre os elementos que englobam o medicamento e os seus circuitos podem ter influenciado a forma de discutir os resultados e, até, de extrair as considerações finais. Os resultados deste estudo são apenas um retrato das instituições onde se efetuaram as entrevistas, não sendo extrapoláveis e apenas ajudam a refletir sobre esta realidade e a contribuir para focar estudos posteriores sobre a segurança do doente e do medicamento.

### **III PARTE – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

A apresentação e discussão dos resultados do estudo desenvolve-se de acordo com as dimensões e categorias consideradas no estudo: Condições Externas (políticas de saúde, projetos nacionais ou internacionais e orientações), Gestão e Organização (estrutura organizacional, liderança, estratégias, formação profissional, cultura de segurança, notificação), Condicionantes Externas do Trabalho (ambiente físico, interface homem-sistema, ambiente socio-organizacional), Características do trabalho (procedimentos e norma) e Características Individuais (formação específica, experiência, carga de trabalho, fadiga, stress).

A análise dos resultados segue a ordem pela qual estão enumeradas as dimensões. A discussão dos resultados obtidos foi sendo interpretada tendo presente os fatores contribuintes para a existência de eventos adversos com medicamentos, autores que estudaram estes temas, e as propostas de medidas e estratégias da sua prevenção, particularmente as que respeitam aos medicamentos LASA. A informação recolhida pertinente para ilustrar a análise encontra-se transcrita em itálico. Sempre que se considerou adequado, os dados foram sistematizados em tabelas ou figuras.

Os dados resultaram das entrevistas efetuadas a 8 Técnicos Coordenadores em Farmácia de FH de 3 centros hospitalares, 3 hospitais públicos e 2 hospitais privados, da RLVT, constituindo estes a amostra em estudo.

#### **1. CONDIÇÕES EXTERNAS**

No âmbito da dimensão “condições externas”, na categoria “políticas de saúde” e para “averiguar se as políticas externas e internas tiveram influência nas estratégias relativas à segurança do doente e particularmente à segurança da medicação”, apurou-se que na opinião, da grande maioria, dos TFMC entrevistados (87,5%), as políticas externas têm vindo a influenciar substancialmente as políticas internas das suas instituições, relativamente à segurança do doente.

As mudanças são apontadas com consequência da introdução das políticas de qualidade, que quase sempre se confundem ou se consideram inerentes aos processos de acreditação e mesmo de certificação de alguns serviços ou de áreas de específicas de intervenção, como se observa nos excertos das entrevistas:

*“na instituição alguns serviços têm certificação internacional”; “a acreditação visa o acompanhamento permanente das novas políticas e procedimentos”; “a preocupação com a qualidade, certificação e acreditação”; “a FM está acreditada e temos certificações em diferentes áreas da FM, o que veio a introduzir normas, procedimentos”; “a acreditação veio melhorar a segurança do doente”* (entrevistas 2, 3, 5, 6 e 8).

Os processos de acreditação e certificação obrigam a ter normas detalhadamente redigidas, procedimentos, tarefas, responsabilidades, entre outros. A redação destes é efetuada de acordo com as exigências próprias da entidade superintendente do processo. Pois, conforme Falcão (2003, p. 2) refere “existiam já uma série de procedimentos não formais e tarefas que, apesar de bem definidas, necessitavam de uma maior organização [...] e que...] fossem redigidas para não existir qualquer dúvida acerca das funções e responsabilidades atribuídas a cada um dos profissionais (...).”

A sistematização encetada com estes processos contribuiu para a segurança do doente, quando são assumidos com um sentimento comum de aprendizagem e de melhoria da prestação de cuidados de saúde. Segundo um dos entrevistados, enquanto decorreu a acreditação, e havia acompanhamento e auditoria, o processo foi muito proveitoso. No entanto, como a instituição deixou de ter recursos financeiros para dar continuidade ao processo, deixou de haver controlo e mesmo tendo continuado em vigor vigorar as mesmas normas e procedimentos, acontece que se vai facilitando não se verificando um cumprimento tão rigoroso. “No fundo, criar e desenvolver uma cultura da qualidade na saúde é a tarefa e o desafio que, individual e coletivamente, temos de assumir” (Pisco, Biscaia, 2001, p. 50).

Poderemos considerar que ainda falta percorrer um longo caminho para que todos estejam verdadeiramente envolvidos numa cultura de qualidade e de segurança do doente. A cultura de segurança dos doentes requer esforço, que deve ser, principalmente, assumido pelos líderes e gestores, porque mais facilmente estes entendem que os erros advém de problemas do sistema (Sousa *et al*, 2009).

No campo das potenciais influências externas, foi ainda mencionado que:

*“os doentes estão mais exigentes e determinados para ter aquilo a que têm direito”*  
*(entrevista 5)*

Esta opinião vai de encontro ao basilar na mudança de paradigma na prestação de cuidados de saúde, colocar o doente como elemento central. A prestação de cuidados de saúde deve responder às preferências individuais do doente atendendo às suas necessidades e valores e garantir que estes orientam as decisões clínicas” (Vincent, 2011, p. 5).

Outra observação proferida por um dos entrevistados, destacou:

*“a importância das novas políticas aplicadas aos hospitais (hospitais/empresa), que exigem rentabilidade e sustentabilidade financeira na prestação de cuidados, implicando esta nova realidade que as instituições optem por investir em especialidades/níveis de cuidados mais rentáveis”* (entrevista 6).

Como foi referido “(...) a área da saúde tem especificidades importantes: a complexidade económico-financeira (...) e a centralidade do poder dos profissionais de saúde. Destas especificidades resulta um conjunto de desafios à mudança nas políticas (Silva, 2012, p. 121) ”.

As mudanças a operar na saúde dependem de conjunturas, oportunidade e políticas internacionais que encontram desenvolvimento em organizações internacionais. Estas superentendem iniciativas, estudos para aprofundamento de conhecimento e aplicação na prática clínica. A título de exemplo, podemos referir o Programa “desafios globais para a segurança do doente” da OMS (2004). A participação das instituições nestes programas reveste-se de grande importância, normalmente incluem projetos e de onde sobressaem orientações para promover melhorias na segurança do doente.

Neste contexto, ao nível da dimensão “condições externas”, na categoria “projetos nacionais ou internacionais e orientações” e na tentativa de “reconhecer se as orientações internacionais para a segurança do doente são do conhecimento dos profissionais e se advêm da participação em projetos ou por divulgação na instituição”, questionou-se, se a instituição, a FH ou eles próprios costumam participar nestas iniciativas/projetos/programas ou ter conhecimento delas ou dos seus resultados. As respostas distribuíram-se da seguinte forma (fig. 3):

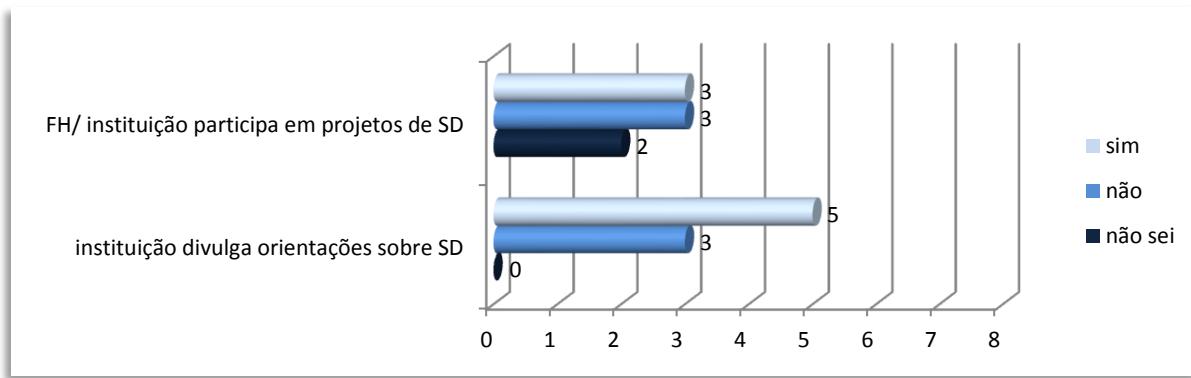


Fig. 3 – Participação em projetos e divulgação de orientações

É de realçar que só num caso é claramente referida a participação da FH em projetos que envolvam a utilização do medicamento:

*“participamos diversas vezes em estudos europeus, tendo o último sido sobre a política de utilização de desinfeção com solução alcoólica” (entrevista 2).*

Sendo que os outros entrevistados, que afirmam que a instituição ou a FH participa em projetos, não os nomeando. Apenas referem:

*“a instituição participa, pelo menos, em projetos nacionais”; “a instituição participa através do centro de investigação” (entrevista 3 e 6).*

Neste âmbito, é ainda de sublinhar que a divulgação de resultados/orientações para a promoção da segurança do doente sucede em mais casos. No entanto, os entrevistados referem que este facto se deve ao trabalho realizado pelos “gabinetes de qualidade/gestão do risco”.

*“a comissão de controlo de infecção, em parceria com a FH tem tido um papel ativo na divulgação e implementação de alguns programas da OMS”; “o Gabinete de Gestão de Risco divulga algumas e tomamos algumas medidas (entrevistas 2 e 5).*

As respostas fazem-nos pensar que, apesar do muito que tem sido feito para a melhoria da prestação de cuidados, e particularmente para a segurança do doente, as políticas superiormente definidas não envolvem todos de igual forma. Quanto à divulgação de padrões aceites internacionalmente, também não é abrangente, pelo que julgamos muito poderá (e deverá) ser feito a este nível até se atingirem os padrões políticos externamente descritos e necessários à efetiva segurança do doente e na farmácia hospitalar.

## 2. GESTÃO E ORGANIZAÇÃO

No que respeita à “gestão e organização”, inicialmente foram colocadas perguntas relacionadas com “estruturas organizacionais, liderança, envolvimento das chefias, estratégias” de forma a possibilitar “descrever as estratégias, normas ou sistemas transversais ao circuito da medicação implementados na instituição com vista à redução dos erros de medicação e qual o papel da FH”.

Da análise da informação recolhida, 2 TFMC referiram não existirem normalizadas quaisquer estratégias no âmbito da segurança do doente, para a redução de erros de medicação.

*“para redução de erros definem-se estratégias práticas, oraí, quando se justifica;” (entrevista 1); “estamos a começar agora a fazer algo” (entrevista 4)*

É de notar que, para outros, as estratégias correspondem aos indicadores de qualidade, definidos pela gestão da qualidade/risco.

*“como somos acreditados temos indicadores anuais para os quais temos que trabalhar”; “temos os indicadores da qualidade”; “são definidas pela gestão de risco”; “as estratégias são definidas pela qualidade” (entrevistas 3,5,6,8)*

Outro tema abordado foi a prescrição eletrónica. A sua implementação teve por base uma determinação governamental, pois entre outros fatores, como sejam os económicos e de controlo, a prescrição manual é um fator contribuinte para a existência de eventos adversos com a medicação.

Assim, nos casos em apreço as administrações hospitalares implementaram-na, facto que é afirmado por todos os entrevistados. No entanto, só em 50% dos casos se utiliza para tudo. Nos outros mantem-se a prescrição manual ou utilizada pontualmente ou para serviços específicos onde esta prescrição eletrónica ainda não está em funcionamento, conforme o que se transcreve:

*“para 90%”; “para 99 %”; “para todos, com exceção de alguns serviços clínicos com especificidades particulares”; “sim, mas tem algumas prescrições em papel” (entrevistas 1,3,4 e 5)*

Talvez a não utilização a 100% da prescrição eletrónica, possa estar relacionado com o facto de os profissionais nem sempre aceitarem bem a inovação, o que não facilita os processos de implementação, como referido:

*“houve muita resistência por parte dos profissionais de alguns serviços, ... foi sendo implementada” (entrevista 5).*

De acordo com a bibliografia, esta é uma medida que pode contribuir para a redução de erros de medicação. De acordo com Hoffman e Proulx (2003) “outra forma de prescrição médica standardizada, que reduz os problemas relacionados com a confusão/troca de medicamentos é a prescrição informatizada. (...) Mesmo com os LASA (...). Vários estudos têm demonstrado que a prescrição eletrónica pode reduzir significativamente os erros de medicação” (p. 450) Acresce que, apesar da prescrição de medicamentos ser um ato médico, podem ser introduzidos no sistema informático elementos de ajuda à decisão médica, como sejam alertas para dose máxima, interações medicamentosas, medicamentos LASA, entre outros.

A expressão da participação da FH no projeto da prescrição eletrónica fica representada na fig.4.

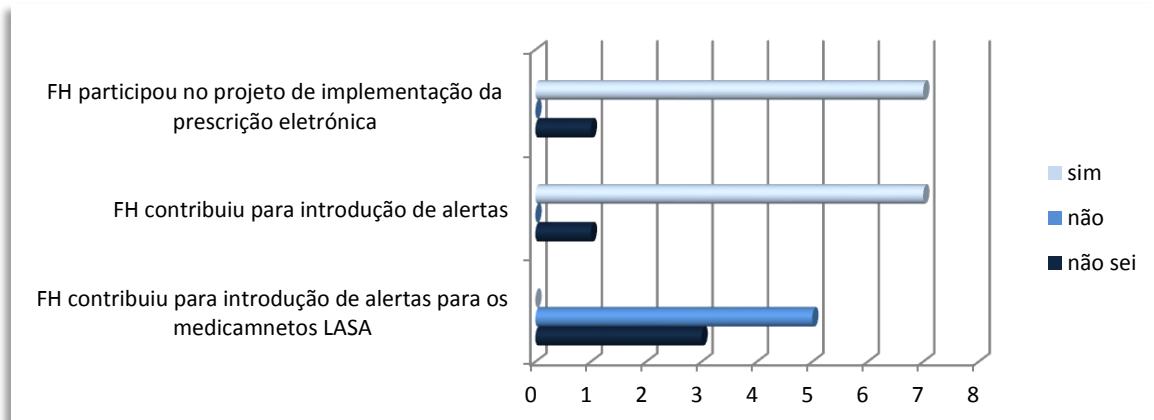


Fig. 4– Participação da FH no projeto de implementação da prescrição eletrónica

Nas entrevistas foi referido o seguinte:

“a FH participou na implementação e ainda faz parte da equipa de acompanhamento permanente do projeto”; “a FH participou em todos os pormenores que garantem as boas práticas: alertas para cuidados de armazenamento, administração, de dosagem, alergias, incompatibilidades, diluições,...”; “a FH participou com introdução de alguns alertas para a prescrição” (entrevistas 2, 3 e 5).

No entanto, é de salientar que em nenhum dos casos é referido qualquer alerta para medicamentos LASA. “Os farmacêuticos devem estar cientes dos medicamentos mais comuns que tendem a causar confusão e levar a erros de medicação. [...] identifica-los e estabelecer [...] alertas no programa do computador” (Hoffman e Proulx, 2003, p. 450).

Ainda, no âmbito dos procedimentos, protocolos e sendo uma recomendação da OMS (2007) a realização da revisão anual dos medicamentos LASA utilizados na sua instituição, procurou-se saber como este processo se passava nestas instituições. Apurou-se o representado na fig. 5:

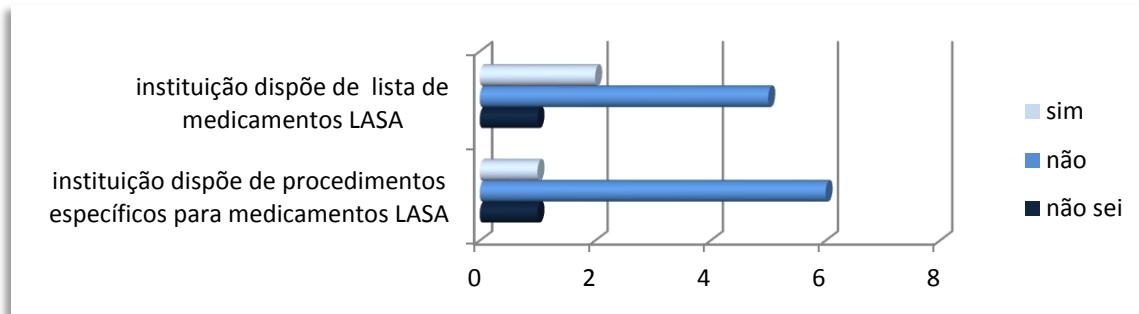


Fig. 5 – *Lista e procedimentos para medicamentos LASA*

Relativamente a estes resultados julgamos que falta investimento nesta área, pelo impacto que esta tipologia de medicamentos pode ter um contributo direto para a ocorrência de eventos adversos com medicamentos. “A confusão entre nomes de medicamentos parecidos ou que soam igual conta entre 15% e 25% para os erros de medicação relatados nos EUA (Farmacopeia dos EUA, 1995, 1996, 2001). Similaridade entre os nomes de medicamentos pode causar erros na memória de curto prazo, bem como na percepção visual e auditiva” (Lambert, 2003, p. 1939).

Neste pressuposto os medicamentos LASA mereciam uma maior atenção, pelo menos nos casos observados. No entanto, é importante realçar, que pode ser um sinal que algo está a começar a mudar, pelas afirmações proferidas:

*“após ter realizado formação acerca deste tema, estamos na instituição a preparar uma lista de medicamentos LASA”; “a FM seleciona os medicamentos para incluir numa lista de medicamentos LASA, mas não sei se esta se torna oficial”* (entrevistas 4 e 8).

Seguidamente, pretendeu-se saber como a “gestão e organização” gere os seus recursos humanos e promove a atualização das competências adquiridas. Quanto à quantidade de recursos humanos que a FM dispõe não será matéria de análise. Pois, apesar de o Manual da Farmácia lhe fazer referência (citado no enquadramento teórico) este apuramento depende de

múltiplos fatores que não foram objeto deste estudo (de tipologia de hospital, de serviços prestados, de sistemas de distribuição e equipamentos implementados, de tipologias de produções realizadas, etc.).

Quanto à frequência de formação especializada, no âmbito da segurança do doente, em 50% dos casos que promovem a realização de formação abordam esta temática. Os comentários tecidos foram os seguintes:

*Não: "quando existe um incidente com um medicamento a FM reúne para tomar medidas para esse medicamento"; "raramente sobre este tema"; "tanto os procedimentos como as instruções de trabalho estão sempre acessíveis a todos os profissionais"; "no âmbito da acreditação a formação obrigatória para todos os profissionais é por ex. suporte básico de vida, incêndio..." (entrevistas 1, 2 e 6)*

*Sim: "na formação obrigatória anual são abordados aspectos da segurança do doente, são feitos balanços das notificações e quais a áreas a melhorar"; "é promovida, com regularidade, formação sobre qualidade, dirigida aos diferentes grupos profissionais, que inclui a segurança do doente"; "é promovida, com regularidade, pelo centro de formação nessa área" (entrevistas 3, 7 e 8)*

*"Incentivam os profissionais ou os profissionais procuram formação externa sobre o assunto"; "a coordenadora quando tem conhecimento de formação inscreve todos" (entrevistas 4 e 5)*

Quanto à frequência de formação específica sobre medicamentos LASA, todos afirmaram, que em concreto, não realizam formação sobre os medicamentos LASA e que a FH não promove formação sobre o assunto internamente ou para a instituição. No entanto, os que frequentam formação sobre segurança do doente, se a abordagem dos medicamentos LASA estiver incluída no *curriculum* da formação é realizada.

No âmbito, da formação especializada, depreende-se que a formação ao longo da vida ainda é encarada como algo facultativo quando poderia ser valorizada como um contributo para atualizar, adequar e adquirir novos conhecimentos:

*"... a farmácia tem internamente diversas ações de formação, para dar a conhecer novos fármacos e outros produtos..."; "... quando se fazem alterações, por ex. na rotulagem é enviada mensagem para todos os profissionais..."; "... todos sabem o que é a acreditação, houve formação...".*

Na categoria “cultura de segurança e notificação”, como resposta à pergunta “a instituição mantém consciencializados os profissionais para as questões da segurança do doente” obtiveram-se 3 respostas positivas e 5 negativas, como se transcreve na fig. 6:

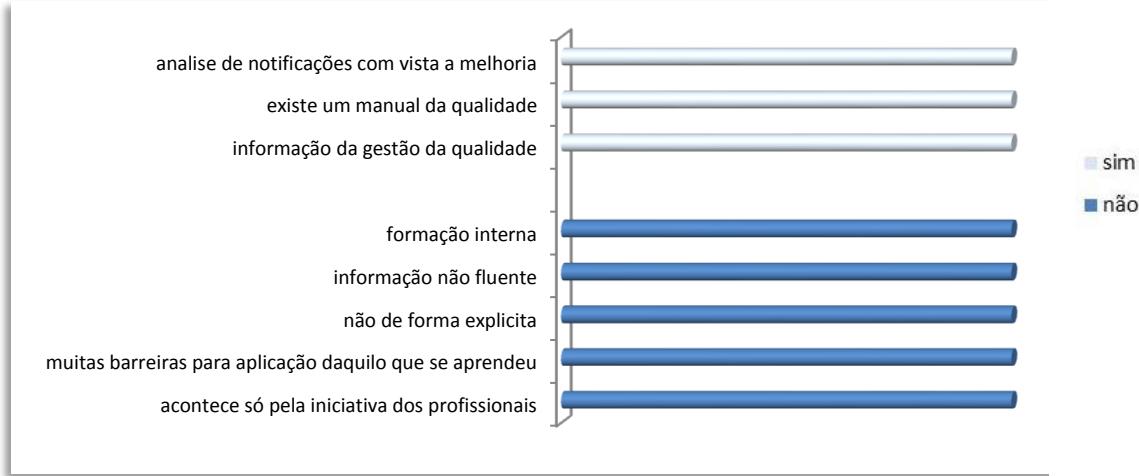


Fig. 6 – *Consciencialização para as questões da cultura da segurança do doente*

É de salientar, que na opinião destes TFCM, o facto de estar escrito no manual de qualidade ou de se analisarem as notificações com vista a melhorias ou simplesmente porque o gabinete de gestão da qualidade vai informando, é o bastante para o envolvimento numa estratégia de segurança. Ora, a cultura de segurança, o próprio conceito e os diferentes contextos que a enquadram, ainda necessitam de amadurecimento no seio das organizações. Talvez uma geração possa permitir que a “cultura de segurança do doente” se transforme. “Há mais a aprender, sobre a criação e sustentabilidade da mudança da cultura de segurança na área da saúde e, das ferramentas que podem ser usadas nesta transformação” (Nieve; Sorra, 2003, ii21).

A cultura de segurança tem de contar com o envolvimento de todos (ou quase), com a compreensão do sistema, mas é constituída por muitos outros fatores, como antes referido, designadamente a notificação de erros e incidentes (OMS, 2009).

No âmbito de uma cultura de segurança, também se aprende com os erros. Para tal, é relevante notificar os eventos adversos, para que possam ser analisados e implementadas no sistema medidas de melhoria. As apreciações dos entrevistados encontram-se sistematizadas na fig. 7.

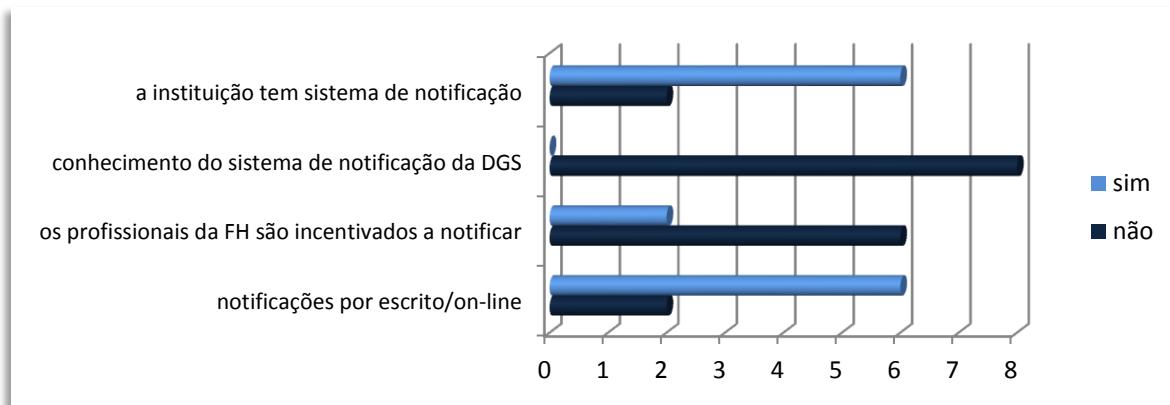


Fig. 7 – Notificação de eventos adversos

Podemos constatar que apesar das instituições disporem de um sistema de notificação próprio a notificação não é uma prática comum:

*“os profissionais não estão motivados para notificar porque ainda está muito presente a cultura da culpabilização. As chefias chamam à atenção e por isso os profissionais não se sentem à vontade”; “os relatos estão centrados nas chefias diretas, pois são elas que relatam o que os profissionais descrevem”; “os profissionais são incentivados a notificar, mas a notificação exige muito trabalho, por isso muitas vezes fica para segundo plano”; “quando há algum evento adverso, o médico ou o enfermeiro “reclamam” com a FH, telefonicamente” (entrevistas 2, 3, 5 e 7).*

Neste campo muito terá de ser feito porque o sentimento de “culpa”, de “queixa” e “de ter de assumir falhas junto à hierarquia” continuam presentes. Os sistemas eletrónicos deveriam proporcionar anonimato e confidencialidade do relato do incidente e os profissionais terão de aprender a confiar no sistema e perceber que eles são “uma das peças da engrenagem” para mudar esta forma de encarar os erros. Na perspetiva organizacional depreende-se que muito há a fazer para que a segurança do doente seja uma realidade.

No entanto, também foram relatadas situações de incentivo e reconhecimento da importância da notificação, com introdução de medidas de acordo com os resultados, nomeadamente:

*“as notificações são analisadas numa perspetiva de melhoria e levam a alterar uma instrução de trabalho, se se justificar criam-se normas ou corrigem-se as existentes”; “os registos são do conhecimento de todos e nas reuniões mensais são discutidas melhorias” (entrevistas 3 e 6).*

Aqui, fica expresso que a análise dos erros é uma oportunidade para melhorar. “Errar é humano, encobrir é indesculpável e não aprender com os erros é imperdoável’ (Liam Donaldson, 2004).

Note-se que apesar da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde estabelecer que o Departamento da Qualidade na Saúde tinha de “Criar um sistema nacional de notificação de incidentes e de eventos adversos, não punitivo mas, antes, educativo na procura da aprendizagem com o erro;” (despacho n.º 14223/2009, p. 24668) e tendo este sido concebido e estando disponível só dois dos intervenientes sabem que existe, pois foi dito numa formação externa que realizaram e nunca o utilizaram.

### 3. CONDICIONANTES EXTERNAS DO TRABALHO NO CONTEXTO DA DISPENSA DO MEDICAMENTO EM FARMÁCIA HOSPITALAR

Para as “condicionantes externas do trabalho” procurou-se “averiguar como se processa a adequação dos postos de trabalho e dos profissionais à implementação de novos equipamentos”, pois conforme expresso na literatura o “ambiente físico e interface homem-sistema” quando desadequados às exigências das práticas e principalmente às capacidades do homem, são fatores contribuintes para a existência de erros e eventos adversos. “No essencial, a reinvenção dos sistemas de saúde deve ter por base a necessidade de reconhecer a existência atual de [...] entre outros...] uma inadequação das interfaces entre o Homem e o sistema, por exemplo a nível do *design*, dos *layouts*, dos equipamentos, dos instrumentos e dos meios e formas de comunicação.” (Serranheira *et al.*, 2009, p. 12)

Relativamente a este assunto, sistematizamos as respostas obtidas na fig. 8.



Fig. 8 – Postos de trabalho vs equipamentos

Da análise das respostas verificamos que a preocupação com o *design* dos postos de trabalho após a introdução de novos equipamentos não está muito presente. No entanto, é de notar que

nalgunas FH houve um esforço no sentido de melhorar o posto de trabalho, com introdução de alterações ou equipamento, conforme exposto por alguns dos TFMC:

*“adquiriram-se cadeiras ergonómicas (que já não usam) e pediram-se para juntar mais botões ao equipamento”; “temos cadeiras ergonómicas e bancadas mais altas para trabalho de pé” (entrevista 1 e 4)*

Dos depoimentos dos entrevistados e tendo todos feito referência à:

*“resistência inicial à introdução dos equipamentos, por parte dos profissionais”*

Ela poderá estar relacionada com o facto de a formação para compreender as potencialidades do equipamento, ter sido inexistente ou insuficiente (como quase todos referiram).

É de evidenciar que os equipamentos automatizados, quando manipulados por profissionais com competências para tal, podem ser um contributo a redução os eventos adversos. Como referido por *Agrawal* (2009), pela grande quantidade de medicamentos dispensados nos hospitais, os erros de dispensa são comuns e muitas vezes não são detetados, podendo ter consequências graves. “Por exemplo, num hospital com 735 camas e com uma dispensa 6 milhões de doses de medicamento por ano foi estimado ocorrerem anualmente mais de 44 000 erros” (*Cina et al.*, 2006; citado por *Agrawal*, 2009, p. 682). Uma variedade de sistemas e equipamentos automatizados de distribuição de medicamentos reduzem os erros de dispensa, com melhorias ao nível da reembalagem, com o reconhecimento do medicamento através de código de barras (*Weaver*, 1998 e *Jerrard*, 2006 citados por *Agrawal*, 2009).

Quanto aos aspetos relacionados com o “ambiente sócio-organizacional” e que se relacionam com o trabalho em equipa, a comunicação e a coordenação, podemos referir que todos foram unanimes em afirmar que existem um bom relacionamento entre os diferentes grupos profissionais da FH e destes com os serviços. Referiram, também que a introdução de equipamentos semiautomáticos não alterou o relacionamento mas sim os fluxos de trabalho. Relativamente à motivação a grande maioria refere que nada é efeito. No entanto, iremos destacar duas observações completamente diferentes sobre a abordagem da motivação:

*“organizam-se convívios sociais fora da instituição, como elemento motivacional” (entrevista 6)*

*“de forma geral os profissionais estão desmotivados, contribui muito para isso o fator individual.” (entrevista 5)*

Para a “comunicação” colocou-se a pergunta “Qual a forma de comunicação entre a farmácia e os serviços?” Todos referiram não haver normas. Em 3 dos casos a comunicação pode ser efetuada por telefone ou por via eletrónica, noutras 3 só utilizam o email, num caso só a escrita em papel e num caso essencialmente o telefone.

“O sistema em que se desenvolve a medicação é complexo, no qual atuam médicos, equipes da farmácia e de enfermagem, que executam funções interdependentes. Dessa forma, uma falha em um dos processos, inclusive no de comunicação, poderá interferir no conjunto de atividades desenvolvidas, trazendo transtornos tanto à equipe como ao paciente e configurar-se em uma causa de erros de medicação” (Silva et al, 2007, p. 273).

Acresce que a comunicação entre os profissionais da FH, mesmo na passagem de turno é, essencialmente, oral só em dois dos casos é escrita. O facto de não estarem estabelecidas normas e a comunicação poder ser estabelecida oralmente pode constituir um fator contribuinte para a ocorrência de erros. Pois conforme referido no enquadramento teórico, a JCAHO (2008) assinalou que, em mais de 70% dos casos, a causa primária dos eventos deveu-se a uma incorreta comunicação.

“Os gregos, da Grécia antiga, diziam que a medicina se fazia de ervas, faca e palavras. Ao longo dos séculos as ervas e a faca sofreram uma evolução (...) porém, as palavras permanecem inalteradas, (...) Comunicar é um ato reflexo [...] e para ultrapassar este reflexo é necessário treinar, para...] consciencializar as respostas reflexas e substitui-las ou aperfeiçoá-las de modo a aumentar o rendimento global do desempenho comunicacional” (Nunes, 2010, p. 28).

“Apenas os líderes podem produzir efeitos no seio da organização para promover a cultura e o empenho necessários para resolver as causas inerentes aos sistemas e subjacentes aos erros e eventuais danos aos doentes” (*Institute for Healthcare Improvement*, 2005, p. 1). Ora, parece que um líder com perfil de “liderança” é importante para na construção de uma cultura de segurança.

No que respeita à liderança dos Técnicos de Farmácia, os critérios que presidem à escolha do TCFM são:

*“antiguidade” (entrevistas 2, 4, 5, 7 e 8); “perfil” (entrevistas 1 e 3); “o mais graduado preferencialmente com formação em gestão” (entrevista 6).*

De acordo com os resultados, afigura-se que as capacidades de percepção da situação, de tomada de decisão, de liderança são pouco levadas em conta aquando da escolha do coordenador.

#### 4. CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO EM FARMÁCIA

No contexto da dimensão “características do trabalho” procuramos “identificar alguns dos procedimentos instituídos no processo de dispensa de medicamentos” que promovesse a redução de erros de medicação (interrupções, alertas e conferência).

Vários autores e organizações mencionam que as interrupções podem concorrer para o evento adverso. Por exemplo, *Henriksen et al.* (2008) referem para a ocorrência de erros de medicação podem ter como fator contribuinte as interrupções excessivas, pois alinhamp-se com outros fatores do sistema: sobrecarga de trabalho, cultura de baixas expectativas, estabelecimento de um rápido ritmo de trabalho ou mau delineamento do interface com os equipamentos.

Também, na *Taxonomy of Medication Errors* da NCC MERP (1998), as interrupções frequentes são apontadas como uma das causas mais comuns de erros de medicação, para além de outros fatores relacionados com os sistemas (iluminação, nível de ruído, stocks nos serviços, distrações). *Williams* (2007) recomenda que para a redução de erros ao nível dos procedimentos de dispensa dos medicamentos se devem “manter as interrupções reduzidas ao mínimo ...” (p. 345).

Acerca das interrupções, foi afirmado por todos que não têm procedimentos estabelecidos e não conseguem evitar as interrupções, no entanto, procuram encontrar algumas estratégias:

*“este é um problema para o qual ainda não se encontrou a solução” (entrevista 2);*  
*“consideram ter resolvido, em parte este problema, pois retiraram o telefone do local onde se efetua a distribuição de medicamentos em dose unitária (realizada para todos os doente em internamento) (entrevista 6);*  
*“optaram pela estratégia de não atender o telefone, mas a dispensa não se passa num local restrito a esta atividade, por isso continuam a acontecer” (entrevista 5).*

Tentamos, ainda, perceber se, quando são utilizados equipamentos semiautomáticos de dispensa de medicamento, o software de suporte tem introduzidas “ajudas técnicas de segurança”, sinais sonoros de alerta, ou outros, particularmente para os medicamentos LASA. A resposta foi unânime, não existe qualquer tipologia de sinalização aos medicamentos LASA.

Outra questão relacionada com os procedimentos incluídos no processo de dispensa teve a ver com a conferência (*check*) da medicação. Esta pode representar mais uma barreira no sistema para prevenir eventos adversos com medicação. Mas, em 4 dos casos não era efetuada qualquer

conferência, em 3 casos é realizada pontualmente, por “estimativa” ou “aleatoriamente” e só num caso é efetivada para toda a medicação.

Continuando na dimensão “características do trabalho” indagamos acerca das normas estabelecidas para a rotulagem de medicamentos, particularmente para os medicamentos LASA. Pois, na literatura sobre “erros de medicação” o rótulo do medicamento é incluído como um elemento essencial para a prevenção, nomeadamente através da utilização de letras a negrito/cores diferentes e/ou fundos de texto na região que diferencie o nome de um medicamento de outro, em rótulos, material de embalagem, prateleiras de armazenamento, software do computador, dispositivos automáticos de distribuição e nos registos de administração dos medicamentos (*Patient Safety Solutions 1* - OMS, 2007). Quando o referido não acontece o rótulo pode ser um fator concorrente para a ocorrência de erros, como é o caso de rótulos de embalagem/produto dispensados que apresentam aparência similar a outro(s) e rótulos com informações erróneas, nomeadamente, via de administração errada, dose do medicamento errado (*Taxonomy of Medication Errors*, NCC MERP, 1998; Cohen, 2001).

Quanto aos resultados obtidos nas entrevistas, apenas em dos casos apontaram realizarem diferenciação dos rótulos, de acordo com as recomendações expressas na literatura, inclusive para os medicamentos LASA. Nos outros casos todos os rótulos são iguais: Apesar de não ser objeto deste estudo, o que foi referenciado existirem procedimentos escritos sobre o conteúdo do rótulo (DCI, nome comercial, validade, ...), sobre a reembalagem de medicamentos fotossensíveis, o registo da reembalagem de medicamentos ou para medicamentos citotóxicos. Parece-nos esta ser uma área a necessitar de atenção e investimento, pois como demonstram os estudos acrescentaria a segurança do doente.

Para terminar esta dimensão questionou-se sobre se estavam instituídos procedimentos, particularmente para os medicamentos LASA, na farmácia e nos serviços clínicos. Tendo em conta que a literatura recomenda que os medicamentos LASA estejam armazenados em prateleiras fisicamente separados (não respeitar a ordem alfabética) ou em equipamentos automatizados de distribuição de medicamentos (OMS, 2007; Williams, 2007).

Da análise do comentado pelos entrevistados podemos mencionar que só numa situação é referido que os medicamentos idênticos estão fisicamente separados, que os rótulos das

prateleiras têm cores diferentes e que as dosagens diferentes também estão identificadas. Nas outras situações os medicamentos LASA estão armazenados segundo as mesmas regras dos outros (ordem alfabética, ordem de forma galénica, ...). No entanto, é de referir que nalguns destes casos, pontualmente e para alguns medicamentos, começa a existir a preocupação de separar alguns ou colocar alguma sinalética. Ainda, se apurou que, exceto em 2 casos, a FH verifica as condições de armazenamento dos medicamentos nos serviços e que, quando existem procedimentos escritos (em 3 casos) preveem a regularidade desta atividade.

## 5. CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE COM INTERVENÇÃO NO CIRCUITO DO MEDICAMENTO

No âmbito desta dimensão, foram identificadas algumas das características individuais dos profissionais como competências e experiência e suas influências na distribuição de tarefas, no contexto de trabalho prescrito. “As características e diferenças individuais, quer dos profissionais, quer dos utentes, raramente consideradas nestes processos, podem igualmente contribuir para a existência de problemas na prestação de cuidados de saúde” (Serranheira *et al.*, 2009, p. 15).

A distribuição de tarefas, para os Técnicos de Farmácia e Assistentes Operacionais é da responsabilidade do TC FH. Preside a esta distribuição o descrito na fig 9:

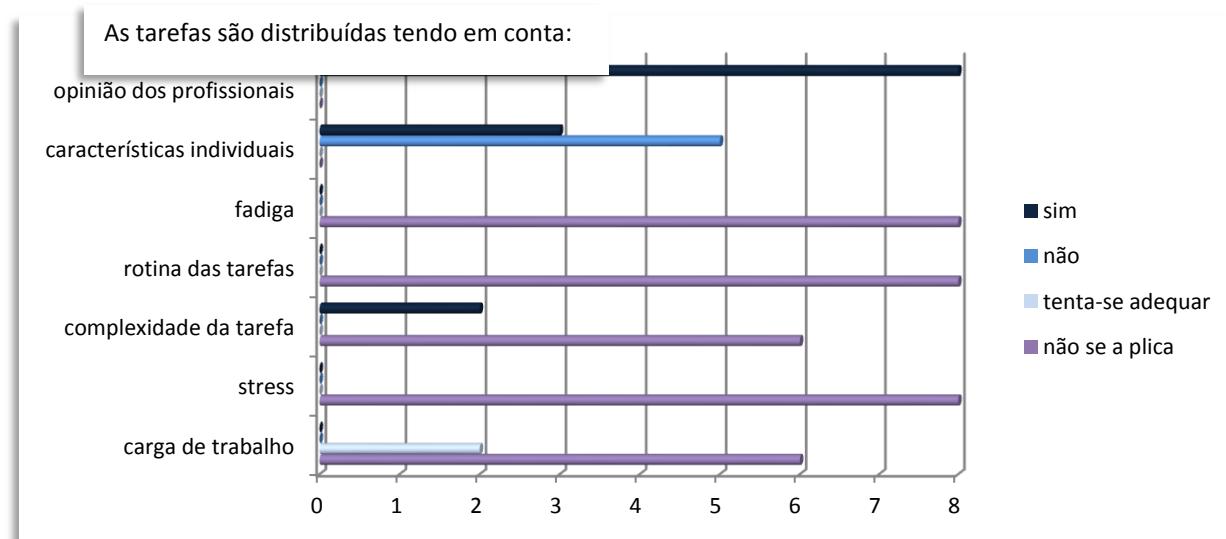


Fig. 9 – Fatores que influem na distribuição de tarefas

De acordo com a análise dos registos das entrevistas, e pela repetição das opiniões, podemos destacar:

*“todos os profissionais da FH são detentores de competências técnicas para o exercício das atividades que lhe estão acometidas”; “a rotina das tarefas e a fadiga são contrariadas pela rotatividade dos profissionais (todos os dias têm tarefas diferentes consoante o turno de trabalho ou pela rotação de tarefas mensalmente, de 2/2 meses,...) e pelo facto de, na FH, todos fazerem de tudo ao longo do dia, ...”; “o stress é algo inevitável mas que tentam diminuir intercalando tarefas mais motivadoras de stress com outras que são menos”; “na distribuição de tarefas tentam adequar a carga de trabalho aos postos de trabalho, pois os profissionais não aceitam que outros, por apresentarem características individuais diferentes, tenham menos trabalho distribuído, exceto se houver uma indicação de saúde”.*

Williams (2007) recomenda que para a redução de erros se deve manter a carga de trabalho a um nível seguro e controlável o que se considera como integrado mesmo que seja empírico e acrítico junto dos entrevistados.

#### Síntese dos resultados e da discussão

A abordagem da segurança do doente e particularmente da segurança da medicação, tal como referido, deve ser sistémica e integrada. Passar da cultura da culpa para a cultura da aprendizagem com os erros “exigiria uma alteração radical das mentalidades dos intervenientes nos sistemas de prestação de cuidados de saúde” (Serranheira et al., 2009, p. 25) o que na perspetiva da intervenção em meio hospitalar será possivelmente um “quebra-cabeças”. Nas mudanças a operar na saúde é possível considerar as instituições hospitalares, e particularmente a Farmácia Hospitalar, como local onde é importante estar atento, ter preocupações com os erros, evitar a simplicidade face à complexidade, mostrar sensibilidade para uma visão global do sistema, adquirir capacidade de resiliência e procurar apoio nos mais experientes. Tal implica ir sistematicamente adequando, ou mesmo alterando, procedimentos, instruções de trabalho, atitudes, promovendo a motivação dos profissionais, introduzindo novas tecnologias mais seguras e fiáveis e equipamentos aceites por todos, que contribuam para a redução dos erros de medicação e melhor respondam à segurança do doente.

Na quase ausência de orientações políticas por parte dos governos, no que respeita à necessidade de implementar medidas que minimizem os eventos adversos com medicamentos (excetuando-se a que respeita à prescrição eletrónica), cada instituição tentou munir-se das ferramentas necessárias para reduzir esses acontecimentos. Certamente, nos pontos identificados como os mais frágeis do circuito da medicação que têm em funcionamento, começaram a desenvolver iniciativas, algumas incipientes, e a tentar envolver os profissionais numa cultura de segurança

que leva anos a ser integrada. Como refere Fragata *et al.* (2008), o erro é uma questão que começa a acabar na “educação” do cidadão e dos profissionais de saúde em “cultura de segurança”.

A análise da informação obtida e discutida neste estudo pode constituir-se como uma pequena peça desse “puzzle maior” que é a Educação. Ao longo da recolha da informação, alguns dos depoimentos, atraíram a atenção e foram considerados merecedores de reflexão. Não enquadrados diretamente nas dimensões de referência do estudo, mas porque colocaram verdadeiramente as questões da segurança do doente nos princípios da Educação e da Cultura de Segurança, constataram-se afirmações como, *“pelo facto de termos deixado de ser auditados, aos poucos alguns procedimentos, normas foram sendo abandonadas”* (será que se voltou a assumir uma cultura pura e simples de “cumprimento de tarefas”, de executantes?). *“Quando acontece um problema identificado com um medicamento apenas tratamos esse problema”* (não aprendemos com os erros?). *“Todos sabem o que é a acreditação”* (não é necessária mais aprendizagem?). *“Quando algo corre mal ninguém “reclama”* (não notifica?). Isto mostra que do ponto de vista socio-organizacional, muito há a fazer para que se alcance um verdadeiro envolvimento de todos na cultura necessária à redução de eventos adversos e promoção da segurança do doente.

Assim, para que tal aconteça as organizações, os líderes, os profissionais e os doentes têm ser sensibilizados e formados para analisar o “erro” de “forma sistémica” e não na justa medida de “quem falhou”. Como anteriormente referido “é essencial reconhecer que os erros são fundamentalmente consequências de um processo onde existem condições latentes ao erro. Estes acarretam, com frequência, consequências mais sérias (eventos adversos). Por outro lado, na maioria dos casos são evitáveis e simplesmente representam sintomas ou indicadores de condições latentes ao erro no sistema. No essencial, os erros devem ser vistos como consequências e não como causas, e assim servirem como o ponto de partida para uma análise cuidada das condições latentes do sistema que lhes estão na origem e contribuíram para o erro e para o evento adverso (Henriksen *et al.*, 2008) o que, na generalidade dos locais onde foram realizadas as entrevistas, é praticamente inexistente. Subsiste uma cultura centrada no erro, na falibilidade humana e na culpabilização. Tal não permite aprender com o erro, nem passar à fase da análise sistémica dos problemas da segurança do doente na medicação.

Neste estudo tentou-se identificar as condições latentes do sistema, nomeadamente: Condições Externas, Gestão e Organização, Condicionantes Externas do Trabalho, Características do Trabalho e Características Individuais e refletir como, de forma sistémica, as condições menos favoráveis apuradas, devem vir a ser trabalhadas, na perspetiva das medidas contributivas para a redução dos eventos adversos, de forma a que o próprio sistema impossibilite o erro e o acontecimento adverso consequente.

Várias são as situações verificadas nos nossos resultados que, só por si, não se enquadram nas estratégias/medidas preconizadas por organização de referência nesta área (OMS, NC MERP, ISMP, JCAHO). No entanto, queremos ressalvar que podem estar implementadas outras que não foram objeto do nosso estudo. Recordamos algumas estratégias/medidas preventivas referenciadas, no contexto os medicamentos LASA. Revisão anual da lista de medicamentos LASA utilizados na sua instituição; implementação de protocolos que minimizem o uso de prescrições orais/telefónicas; de estratégias para evitar confusão ou má interpretação causada por prescrição ilegível (prescrição eletrónica); armazenamento fisicamente separados dos medicamentos LASA; diferenciação dos rótulos, material de embalagem, prateleiras de armazenamento, software do computador, dispositivos automáticos de distribuição e registos de administração dos medicamentos LASA (utilização de letras a negrito/cores diferentes e/ou fundos de texto na região e *tall-man letters*); garantia de que todas as etapas do processo de gestão de medicamentos são realizadas por profissionais qualificados e competentes; desenvolvimento de estratégias para envolver os doentes e seus cuidadores na redução dos riscos e inclusão no currículo educacional dos profissionais de saúde a formação sobre medicamentos LASA.

Tendo em consideração as estratégias/medidas enunciadas e os resultados obtidos é possível referir que “as estratégias políticas criadas para evitar a confusão ou má interpretação causada por prescrição ilegível”, “a introdução de equipamentos semiautomáticos de distribuição de medicamentos e respetivos softwares operados por profissionais de saúde” e a garantia organizacional de que todas as etapas do processo de gestão de medicamentos são realizadas por profissionais qualificados e competentes, estão quase cumpridas para a totalidade dos casos. A primeira medida, com a implementação da prescrição eletrónica. A segunda com a automatização dos sistemas de distribuição suportados por equipamentos informatizados. A terceira pela confirmação dos TFMC que são responsáveis pela distribuição/alocação das tarefas pelos recursos humanos que são da sua competência (ex. Técnicos de Farmácia, Assistentes Operacionais).

Quanto à existência de uma lista de medicamentos LASA, implementação de protocolos que minimizem o uso de prescrições orais/telefónicas, armazenamento fisicamente separado dos medicamentos LASA, bem como a diferenciação dos rótulos, material de embalagem e prateleiras de armazenamento, estão longe de ser cumpridas. Também a inclusão no currículo educacional dos profissionais de saúde e a formação sobre medicamentos LASA são ausentes. Estas falhas estratégicas de medidas de prevenção do erro necessitam de um olhar mais atento e justificam uma intervenção socio-organizacional a nível hospitalar, numa perspetiva sistémica, particularmente com o envolvimento dos diferentes atores que contribuem para o circuito da medicação.

De referir que é igualmente necessário ter presente que a perspetiva sistémica é morosa, complexa e pouco plástica: cada situação é única e não existe uma receita universal para idênticos problemas em diferentes instituições, com diferentes estruturas, equipamentos e recursos. Obter orientações para a melhoria da segurança do doente suportadas na verificação, designadamente da "...complexidade intrínseca à maioria das atividades desempenhadas, da (frequentemente elevada) carga de trabalho (física e mental) dos profissionais de saúde, da frequente inadequação do ambiente, condições e exigências físicas e/ou mentais face às características e capacidades dos utilizadores (profissionais de saúde e utentes) e, no geral, da inadequação dos interfaces entre o Homem e o sistema, por exemplo a nível do *design*, dos *layouts*, dos equipamentos, dos instrumentos e dos meios e formas de comunicação" (Serranheira *et al.*, 2009, p. 12) exige intervenções suportadas por políticas de saúde robustas, por gestores e administradores com capacidade de liderança e visão global do sistema, instalações concebidas para atividades seguras, equipamentos adaptados à função e aos utilizadores, recursos humanos corretamente distribuídos e equipas adequadas à carga de trabalho e profissionais de saúde competentes, resilientes e motivados.

A complexidade da prestação de cuidados e da medicação deriva de vários fatores que entrecruzados originam o erro. Neste contexto, talvez o mais importante seja a conceção de defesas, barreiras e controlos devidamente projetados para proteger os doentes de potenciais perigos e prevenir tais ocorrências. A prevenção é um pré-requisito essencial para uma gestão de risco eficaz. Deve ter a capacidade de detetar elementos, ações, situações ou outros indicadores, quer das condicionantes externas, quer a nível das falhas ativas, ainda que incipientes no sistema, de forma a implementar medidas corretivas abrangentes/efetivas e eficientes que garantam a segurança do doente (Reason, Carthey, Leval, 2001).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Deste estudo é possível salientar que, na opinião dos Técnicos de Farmácia Coordenadores entrevistados, e relativamente à componente das condições externas: políticas e componentes organizacionais e de gestão, os processos de acreditação e certificação foram os elementos que mais influenciaram as estratégias relativas à segurança do doente nas instituições. Tais componentes obrigam à existência de normas detalhadamente redigidas, procedimentos, instruções de trabalho, responsabilidades, entre outros, e conduzem a uma “normalização” que se espera melhore a segurança do doente.

Todas as instituições dos entrevistados dispõem de prescrição eletrónica e a sua implementação atinge entre 90% a 100% das prescrições, sendo a única forma de prescrição em 50% das instituições. Este facto contribui redução de erros de medicação (elimina ilegibilidade da prescrição, a transcrição, a interpretação, ...) logo para a segurança do doente.

Apesar de ser uma recomendação para redução da troca/confusão dos medicamentos LASA, só duas instituições listam os medicamentos LASA que dispõem. Trata-se efetivamente de uma situação extremamente negativa no contexto da segurança do doente e, em particular, da segurança da medicação nestes hospitais e que merece uma atenção particular.

A frequência de formação especializada e de atualização das competências adquiridas não apresenta um carácter obrigatório, mas parece ser incentivada pela gestão, na maioria das organizações. No entanto, no âmbito da segurança do doente e particularmente no que respeita aos medicamentos LASA, praticamente não existe formação.

No contexto da cultura de segurança do doente os resultados mostram que houve “pouca aculturação” nas farmácias hospitalares, sendo um campo onde, na maioria dos casos, permanece o sentimento de “culpa” e de “queixa”, com uma hierarquização dos relatos de notificação que em nada contribui para uma “cultura sistémica de aprendizagem com o erro”. Assume-se como particularmente importante tal limitação, sendo do que a bibliografia refere como um dos mais relevantes obstáculos à mudança de paradigma na segurança do doente.

Por outro lado, também a adequação dos postos de trabalho e a formação dos profissionais aos novos equipamentos é insuficiente (ou nula), verificando-se pouca preocupação com o “*design dos postos de trabalho*” após a introdução de novos equipamentos, novos sistemas, novos processos e procedimentos.

Quanto aos aspetos relacionados com o “ambiente sócio-organizacional” e que se relacionam com o trabalho em equipa, a comunicação e a coordenação, é possível referir que todos os entrevistados foram unanimes ao afirmar que existe um bom relacionamento entre os diferentes grupos profissionais da FH e destes com os serviços. Relativamente à motivação a grande maioria refere que nada é efeito. No que respeita à comunicação, em particular, todos referem não existirem normas, sendo a comunicação “desregulada” e pode ser efetuada por telefone ou por via eletrónica, e num caso só escrita em papel.

Nas estratégias, para a redução dos erros de medicação, quanto às interrupções, foi afirmado que não existem procedimentos estabelecidos e não é possível evitar as interrupções, no entanto, procuram-se implementar medidas de melhoria da situação, nomeadamente: retirar telefone ou não o atender na área da distribuição de medicamentos.

Quanto aos resultados obtidos nas entrevistas, apenas em dois dos casos, foi referido realizarem diferenciação dos rótulos, de acordo com as recomendações expressas na literatura, inclusive para os medicamentos LASA. Nos outros casos os rótulos não apresentam qualquer diferenciação, (cor, letra,..) ou outra que permita distinguir os medicamentos LASA. Procedimentos específicos no sentido da sua diferenciação seriam certamente importante, pois estes são apontados como os medicamentos que mais contribuem para os erros de medicação.

Relativamente ao armazenamento, só numa situação é referido que os medicamentos idênticos estão fisicamente separados, que os rótulos das prateleiras têm cores diferentes e que as dosagens diferentes também estão identificadas. Nas outras situações os medicamentos LASA estão armazenados segundo as mesmas regras dos outros (ordem alfabética, ordem de forma galénica, ...). No entanto, é de referir que nalguns destes casos, pontualmente e para alguns medicamentos, começa a existir a preocupação de separar alguns ou colocar alguma sinalética.

De acordo com a análise dos registos das entrevistas, e pela repetição das opiniões, podemos destacar: “todos os profissionais da FH são detentores de competências técnicas para o exercício das atividades que lhe estão acometidas”; “a rotina das tarefas e a fadiga são contrariadas empiricamente pela rotatividade dos profissionais (todos os dias têm tarefas diferentes consoante o turno de trabalho ou pela rotação de tarefas mensalmente, de 2/2 meses,...) e pelo facto de, na FH, todos fazerem de tudo ao longo do dia, ...”; “o stress é algo inevitável mas que tentam diminuir intercalando tarefas mais motivadoras com outras menos”; “na distribuição de tarefas tentam adequar a carga de trabalho aos postos de trabalho, pois os profissionais não aceitam que outros, por apresentarem características individuais diferentes, tenham menos trabalho distribuído, exceto se houver uma indicação de saúde”.

De forma geral as respostas colocam problemas que, apesar do muito que tem sido feito para a melhoria da prestação de cuidados, e particularmente para a segurança do doente, decorrem de políticas externamente definidas, que não envolvem todos de igual forma, nem tão pouco se apercebem da necessidade da componente sistémica para a segurança do doente e do medicamento. Por fim, quanto à divulgação de padrões aceites internacionalmente, também não é abrangente, muito poderá (e deverá) ser feito a esse nível até se atingirem os padrões políticos externamente descritos e necessários à efetiva segurança do doente e na farmácia hospitalar.

Espera-se com este estudo sensibilizar os intervenientes no processo de dispensa do medicamento para a importância de conhecimento sistémico da ocorrência de erros, bem como, das suas potenciais causas como forma de evitar a repetição do mesmo evento.

Sendo este um estudo exploratório destacam-se elementos que devem ser explorados em estudos focados, pois a segurança do doente é uma realidade recente e ainda um “conceito” pouco presente na cultura social, no indivíduo, nas organizações e nos profissionais de saúde.

Assim, era interessante que futuramente se estudassem estas questões a nível nacional. Se efetassem estudos sobre práticas seguras de medicação, implementadas nas instituições hospitalares, para o circuito da medicação principalmente no que respeita à prescrição, dispensa e administração. Que estes estudos sensibilizassem os decisores da saúde para o desenvolvimento de políticas capazes de envolver todos profissionais de saúde na cultura de segurança.

É importante intervir em todas as etapas de utilização de medicamentos, independentemente da origem do erro de medicação. A maioria dos erros tem origem nas condições latentes invisíveis na organização, na gestão, nos meios físicos, equipamentos e na indefinição de procedimentos. Não existem “culpados”, mas sim profissionais de saúde que tentam o seu melhor num “ambiente” mal concebido, numa organização pouco efetiva, com processos e procedimentos indefinidos que resultam numa atividade profissional “insegura”. Tal obriga a uma enorme resiliência dos envolvidos na persecução da segurança do doente e da sua própria segurança, isto é, da prevenção dos incidentes e acidentes durante a prestação de cuidados de saúde. Muito há para conhecer e modificar neste contexto e este estudo foi um singelo contributo.

## PLANO DE INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL

Face às recomendações internacionais e aos resultados decorrentes das entrevistas, é possível destacar situações em que as instituições onde desempenham funções os entrevistados e tendo em conta a sua opinião destes, desenvolveram alguns processos que se podem constituir como fatores contribuintes para a redução de erros, nomeadamente:

- Os processos de acreditação e certificação, constituíram-se como elementos que influenciaram as estratégias relativas à segurança do doente nas instituições, pois obrigaram à normalização escrita de procedimentos, tarefas, atribuição de responsabilidades, entre outros.
- Todas as instituições disporem de prescrição eletrónica e a sua implementação atingir entre 90% a 100% das prescrições, sendo a única forma de prescrição em 50% das instituições. Este facto contribui para a redução de erros de medicação (elimina ilegibilidade da prescrição, a transcrição, a interpretação, ...) logo para a segurança do doente.
- Bom relacionamento entre os diferentes grupos profissionais da FH e destes com os serviços.
- “Todos os profissionais da FH são detentores de competências técnicas para o exercício das atividades que lhe estão acometidas”; “a rotina das tarefas e a fadiga são contrariadas empiricamente pela rotatividade dos profissionais (todos os dias têm tarefas diferentes consoante o turno de trabalho ou pela rotação de tarefas mensalmente, de 2/2 meses,...) e pelo facto de, na FH, todos fazerem de tudo ao longo do dia, ...”; “o stress é algo inevitável mas que tentam diminuir intercalando tarefas mais motivadoras com outras menos”; “na distribuição de tarefas tentam adequar a carga de trabalho aos postos de trabalho, pois os profissionais não aceitam que outros, por apresentarem características individuais diferentes, tenham menos trabalho distribuído, exceto se houver uma indicação de saúde”.

No entanto, muitas são as oportunidades de melhoria e com necessidade de intervenção socio-organizacional, particularmente nas situações em que as instituições, na sua maioria, nada ou pouco fizeram com vista à segurança da medicação:

- Formação especializada no âmbito da cultura de segurança do doente como forma de acabar com o sentimento de “culpa” e de “queixa”, mas que se entenda uma “cultura sistémica de aprendizagem com o erro”. Ainda, formação especializada e de atualização de competências adquiridas na segurança do doente e da medicação e particularmente relativa aos medicamentos LASA.

- Estratégias de segurança para os medicamentos LASA: i)promoção da manutenção uma lista atualizada, em cada instituição, de medicamentos LASA. Trata-se efetivamente de uma situação extremamente negativa no contexto da segurança do doente e, em particular, da segurança da medicação nestes hospitais e que merece uma atenção particular; ii) aplicação das recomendações expressas na literatura, quanto à diferenciação dos rótulos e do armazenamento (cor dos rótulos, escrita *tall-man*, sinalética...) pois estes são apontados como os medicamentos que mais contribuem para os erros de medicação.
- Adequação do design dos postos de trabalho e formação dos profissionais aquando da introdução de novos equipamentos, novos sistemas, novos processos, procedimentos.
- Estabelecimento de normas de “regulação” da comunicação.
- Adoção de estratégias e estabelecimento de medidas quanto às interrupções, de forma a contribuir para a redução dos erros de medicação.

Tendo em conta o exposto a intervenção socio-organizacional deve ser realizada a dois níveis. A nível nacional, através da caracterização aprofundada e regular das práticas seguras de medicação implementadas nas instituições hospitalares (com aplicação regular de um questionário); da análise da informação recolhida quer do questionário quer do SNEIA (erros de medicação notificados) para melhor adequação das medidas a implementar; bem como, a criação de normas/ orientações de aplicação nacional, emanadas pela instituição estatal competente, pelo menos para os fatores que existe evidências que são os que mais contribuem para os erros de medicação. A nível local, através de formação devidamente dirigida como fator contribuinte para o desenvolvimento de uma cultura de segurança, que permita cada vez mais, analisar o “erro” de “forma sistémica”, e não da justa medida de “quem falhou”, que permita a aplicação de práticas de cuidados de saúde cada vez mais seguros.

Apesar de este estudo ser meramente exploratório, considera-se ser indicador que muito há a fazer no âmbito das práticas seguras de medicação, a nível hospitalar. Neste contexto, e numa perspetiva de transferência do conhecimento, foi efetuada uma proposta de “plano para 2014 – práticas seguras de medicação, ao Departamento da Qualidade na Saúde da Direção Geral da Saúde, que mereceu parecer positivo. Nele pretende-se aplicar um questionário de caracterização de práticas seguras de medicação, a nível nacional, e apresentar propostas de normas/orientações com vista à redução dos erros de medicação, designadamente nas temáticas:

medicamentos LASA; reconciliação da terapêutica; medicamentos de alto risco e informações ao cidadão sobre uso seguro da medicação.

Espera-se que estas ações se possam traduzir em mais valias de forma a que os múltiplos intervenientes no circuito da medicação compreendam e se envolvam numa verdadeira cultura de segurança, onde os eventos ou erros de medicação são analisados de forma sistémica, bem como, as suas potenciais causas contribuindo para evitar a repetição do mesmo evento.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adrienne, B. (2004). Reducing medication errors through naming, labeling, and packaging. *Journal of Medical Systems*, 28(1): p. 9-29.
- Agrawal, A. (2009). Medication errors: prevention using information technology systems. *J. Clinical Pharmacology*, 67(6): 681-686.
- American Society of Hospital Pharmacists, Medication Misadventures, (1993). Guidelines on preventing medication errors in hospitals. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 50(2): 305-14. Acedido em janeiro de 2013 em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8480790>.
- Anacleto, T., Perini, E., Rosa, M., César, C. (2005). Medication errors and drug-dispensing systems in a hospital pharmacy. *Clinics*, 60(4): 325-332.
- Andersen, S. (2009). Drug dispensing errors in a ward stock system. *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology*, 106(2): 100-105.
- Bardin, L. (2011). Análise de conteúdo. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa, 4ª edição, Edições 70.
- Barker, K., Flynn, E., Pepper, G., Bates, D., & Mikeal, R. (2002). Medication errors observed in 36 health care facilities. *Archives of Internal Medicine*, 162(16): 1897.
- Bates, D., Leape, L., Cullen, D., Laird, N., Petersen, L., Teich, J., & Seger, D. (1998). Effect of computerized physician order entry and a team intervention on prevention of serious medication errors. *JAMA*, 280(15): 1311-1316.
- Beltran, J. (1987). Distribucion de medicamentos em dosis unitárias en los hospitales. Madrid ED.
- Bohand, X., Simon, L., Perrier, E., Mullot, H., Lefevre, L., & Plotton, C. (2009). Frequency, types, and potential clinical significance of medication-dispensing errors. *Clinics*, 64(1): 11-16.
- Brou et al, Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar, (2005). Manual da Farmácia Hospitalar.
- Cavallini, M., & Bisson, M. (2002). Farmácia hospitalar: um enfoque em sistemas de saúde. Manole.
- Chang et al, JCAHO, (2005). Patient safety event taxonomy: a standardized terminology and classification schema for near misses and adverse events.
- Cohen, H. (2001). Shrinking Medication Errors Down to Size, What you can do about this far-reaching problem. *Nursing Management*.
- Crujeira, R., Feio, J., Carinha, P., Machado, F., Ferreira, A., Figueiredo, A., & Lopes, J. (2007). Programa do medicamento hospitalar. Ministério da Saúde – Gabinete do Secretariado de Estado da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde (2011). Estrutura conceptual da classificação internacional sobre segurança do doente. Relatório técnico final, publicado pela Organização Mundial de Saúde em Janeiro de 2009.
- Direcção-Geral da Saúde (2013). Sistema nacional de notificação de incidentes e de eventos adversos acedido em maio de 2013 em <http://www.dgs.pt/>.
- Donaldson, L. (2004). World Alliance for Patient Safety, Washington.
- Emanuel, L., Berwick, D., Conway, J., Combes, J., Hatlie, M., Leape, L., & Walton, M. (2008). What exactly is patient safety. *Advances in patient safety: new directions and alternative approaches*, 1: 1-17.
- Falcão, F., (2003). Hospital de S. Francisco Xavier, serviços farmacêuticos: implementam manual da qualidade. Qualidade em Saúde - Especial “Manuais da Qualidade”.

- Fernandez, S. et al (1999). Planificación de un servicio de farmacia dentro de la construcción de un hospital. Manual del residente de farmacia hospitalaria: Madrid.
- Fragata, J., Martins, L., (2008). O Erro em Medicina. Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade. 3<sup>a</sup> ed. Lisboa: Almedina.
- Goff, J. P. (1996). As Ilusões da Gestão. Difusão Cultural: Lisboa.
- Henriksen, K., Dayton, E., Keyes, M., Carayon, P., & Hughes, R. (2008). Understanding adverse events: a human factors framework. Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses.
- Hoffman, J., & Proulx, S. (2003). Medication errors caused by confusion of drug names. *Drug Safety*, 26(7): 445-452.
- Institute for Healthcare Improvement (2005). Leadership guide to patient safety, resources and tools for establishing and maintaining patient safety. Cambridge.
- Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America. (2001). Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. National Academies Press.
- Institute for Safe Medication Practices (2007). The five rights: a destination without a map.
- Institute for Safe Medication Practices (2011). ISMP's lists of confused drug names.
- Institute for Safe Medication Practices (2011). Lists of look-alike drug names with recommended tall man letters.
- Jakab, Z. & OMS (2013). Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks.
- Jones, K., Skinner, A., High, R., & Reiter-Palmon, R. (2013). A theory-driven, longitudinal evaluation of the impact of team training on safety culture in 24 hospitals. *BMJ quality & safety*, 22(5): 394–404.
- Kohn L., Corrigan J., Donaldson M., (2000). To err is human: building a safer health system. A report of the committee on quality of health care in America, Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press.
- Kuiper, S., McCreadie, S., Mitchell, J., & Stevenson, J. (2007). Medication errors in inpatient pharmacy operations and technologies for improvement. *American journal of health-system pharmacy*, 64(9): 955–9.
- Lambert, B. et al, (2001). Similarity of Drug Names: Comparison of Objective and Subjective Measures. *Psychology & Marketing*.
- Lambert, B., Chang, K., & Gupta, P. (2003). Effects of frequency and similarity neighborhoods on pharmacists' visual perception of drug names. *Social science & medicine*, 57(10): 1939-1955.
- Leape, L., Bates, D., Cullem, D., et al (1995). Systems analysis of adverse drug events. *JAMA*, 274.
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G., Boutin, G., & Reis, M. J. (1994). Investigação qualitativa: fundamentos e práticas. 3<sup>a</sup> ed. Instituto Piaget: Lisboa.
- Lopes, A., & Capricho, L. (2007). Manual de gestão da qualidade. RH Editora: Lisboa.
- National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention & This, P. (1998). Taxonomy of Medication Errors 1: 1–19.
- National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (2009). Medication Error Reporting and Prevention.
- National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (2005). Recommendations to Enhance Accuracy of Prescription Writing.

- National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (1998). Taxonomy of Medication Errors.
- National Patient Safety Agency (2007). Design for patient safety, a guide to the design of the dispensing environment.
- Nieva, V., & Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality and safety in health care*, 12 (suppl 2): ii17-ii23.
- Nunes, J., (2010). Comunicação em contexto clínico. Lisboa. Acedido em fevereiro de 2013 em [http://www.fcm.unl.pt/departamentos/cligeral/docs/5ano/livro\\_comunicacao.pdf](http://www.fcm.unl.pt/departamentos/cligeral/docs/5ano/livro_comunicacao.pdf).
- Ordem dos Farmacêuticos, Conselho do Colégio da Especialidade da Farmácia Hospitalar, (1999). Boas práticas da farmácia hospitalar, 1ª edição.
- Organização Mundial de Saúde (2001). WHO: About Definition of Health.
- Organização Mundial de Saúde (2002). Fifty-fifth world health assembly a55/13, provisional agenda item. Quality of care: patient safety.
- Organização Mundial de Saúde (2006). Quality of care: a process for making strategic choices in health systems.
- Organização Mundial de Saúde & Collaborating Centre for Patient Safety Solutions (2007). Patient identification, patient safety solutions.
- Organização Mundial de Saúde & Working Group of WHO Patent Safety (2009). Human factors in patent safety, review of topics and tools. Report for methods and measures.
- Organização Mundial de Saúde (2012). Positioning health in the post-2015. Development agenda.
- Ovretveit, J., Sousa, P. (2008). Quality and safety improvement research: methods and research practice from the international quality improvement research network (QIRN).
- Pearson, B. (1986). Aspectos farmacêuticos y técnicas de Envasamento de medicamentos sólidos orales em dose unitária. Alicante: ED.
- Pisco, L., & Biscaia, J. (2001). Qualidade de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2: 43-51.
- Reason, J. (1995). A systems approach to organizational error. *Ergonomics*, 38 (8): 1708-1721.
- Reason, J. (2004). Beyond the organisational accident: the need for “error wisdom” on the frontline. *Quality and safety in health care*, 13 (suppl\_2): ii28-ii33.
- Reason, J., Carthey, J., & De Leval, M. (2001). Diagnosing “vulnerable system syndrome”: an essential prerequisite to effective risk management. *Quality in health Care*, 10 (suppl 2): ii21-ii25.
- Ribeiro, E. (1993). "Dose unitária": sistema de distribuição de medicamentos em hospitais. *Revista de Administração de Empresas*: São Paulo.
- Ribeiro, J. (2008). Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde. 2ª ed. Lisboa: Editora Livpsic.
- Rocha, M., Cunha E., Cabral M., Machado F., Feio J., Isabel, O. (2008). A automatização: um novo rumo na farmácia hospitalar. *Revista OFIL - Organización de Farmacéuticos Ibero-Latinoamericanos*, 18(2): 15-19
- Serranheira, F., Uva, A., Sousa, P., & Leite, E. (2009). Segurança do doente e saúde e segurança dos profissionais de saúde: duas faces da mesma moeda. *Revista Saúde Trabalho*, 7: 5-29.
- Silva et al (2007). Problemas de comunicação: uma possível causa de erros de medicação. *Acta Paul Enferm*, 20(3): 272-6.

- Silva, M., (2012). Políticas públicas de saúde: tendências recentes. *Sociologia, Problemas e Práticas*. Acedido em março de 2013 em [http://www.scielo.gpearl.mctes.pt/scielo.php?pid=S0873-65292012000200008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.gpearl.mctes.pt/scielo.php?pid=S0873-65292012000200008&script=sci_arttext).
- Sousa, P. (2006). Patient safety: a necessidade de uma estratégia nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 19(4): 309-17.
- Sousa, P., Pinto, F., J., Costa, C., Uva, A. (2008). Avaliação da qualidade em saúde: a importância do ajustamento pelo risco na análise de resultados na doença coronária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume Temático: 7: 57-58
- Sousa, P., Uva, A., Serranheira, F., Pinto, F., Øvretveit, J., Klazinga, N., & Terris, D. (2009). The patient safety journey in Portugal: challenges and opportunities from a public health perspective.
- Sousa, P., Uva, A., Serranheira, F., Leite, E., Nunes, C. (2011). Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade. *Escola Nacional de Saúde Pública- Universidade de Lisboa*, 1<sup>a</sup> edição.
- Taylor, P. (2007). A systems approach to organizational error, (May 2013), 37–41.
- Taxis, K., Dean, B., & Barber, N. (1999). Hospital drug distribution systems in the UK and Germany-a study of medication errors. *Pharmacy World and Science*, 21(1): 25-31.
- União Europeia (2010). Eurobarometer: Patient safety and quality of healthcare. Full report.
- Vincent, C. (2011). Patient safety. John Wiley & Sons. Wiley-Blackwell, 2<sup>a</sup> ed., BMJ/Books.
- Wardhani, V., Utarini, A., Dijk, J., Post, D., & Groothoff, J. (2009). Determinants of quality management systems implementation in hospitals. *Health policy* (Amsterdam, Netherlands), 89(3): 239–51.
- Williams, D. J. P. (2007). Medication errors. *Journal-Royal College of Physicians of Edinburgh*, 37(4):343-346.

#### **LEGISLAÇÃO:**

- Decreto-Lei n.º 176/2006. Estatuto do Medicamento. *Diário da República*, 1.<sup>a</sup> série, N.º 167 de 30 de Agosto de 2006.
- Despacho n.º 14223. Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. *Diário da República*, 2.<sup>a</sup> série, N.º 120 de 24 de Junho de 2009.
- Despacho conjunto dos Gabinetes dos Secretários de Estado Adjunto do Ministério da Saúde e da Saúde. Sistema de Distribuição de Medicamentos em Dose Individualizada Diária. *Diário da República*, 2.<sup>a</sup> série N.º 64 de 18 de Março de 1991.
- Portaria n.º 137-A. Regime Jurídico a que Obedecem as Regras de Prescrição de Medicamentos. *Diário da República*, 1.<sup>a</sup> série, N.º 92 de 11 de maio de 2012.

#### **SITES:**

- [http://www.who.int/topics/health\\_policy/en/](http://www.who.int/topics/health_policy/en/) acedido em 5/2013
- [http://ec.europa.eu/health-eu/care\\_for\\_me/patient\\_safety/index\\_pt.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/patient_safety/index_pt.htm) acedido em 5/2013
- [http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS\\_USO\\_HUMANO](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO) acedido em 5/2013

## ANEXO 1 - GUIÃO DA ENTREVISTA

Dimensões	Categorias	Objetivos	Guião da entrevista
Condições Externas	Políticas de saúde	Averiguar se as políticas externas e internas tiveram influência nas estratégias relativas à segurança do doente e particularmente à segurança da medicação	Em que medida as políticas de saúde influenciam as políticas internas da instituição, no que respeita à segurança do doente?
	Projetos nacionais ou internacionais e Orientações	Reconhecer se as orientações internacionais para a segurança do doente são do conhecimento dos profissionais e se advêm da participação em projetos ou por divulgação na instituição	A instituição ou a FH tem participado em projetos, estudos nacionais ou internacionais no âmbito da segurança do doente? Tomam conhecimento de recomendações neste âmbito?
Gestão e Organização	Estruturas organizacionais, liderança, envolvimento das chefias e estratégias	Descrever as estratégias, normas ou sistemas transversais ao circuito da medicação implementados na instituição com vista à redução dos erros de medicação e qual o papel da FH	Na Farmácia definem-se estratégias no âmbito da segurança do doente? Na sua opinião considera importante envolver todos nessas estratégias? Como os envolve? A instituição tem prescrição eletrónica para toda e qualquer prescrição? De quem foi a decisão da implementação? A farmácia participou? Como? O sistema tem alertas para os LASA? Existe lista para LASA? E protocolos específicos?
	Recursos humanos e Formação profissional	Reconhecer se a instituição promove ou exige que os seus profissionais frequentem formação especializada no âmbito da segurança do doente	A instituição promove ou exige que os seus profissionais frequentem formação especializada no âmbito da segurança do doente? E em concreto sobre os medicamentos LASA? E a farmácia promove, para os seus ou para os outros profissionais, formação especializada no âmbito das práticas seguras de medicação? E dos medicamentos LASA?
	Cultura de segurança e Notificação de eventos adversos	Identificar se a instituição promove estratégias tendentes a uma cultura de segurança	A instituição mantém os seus profissionais conscientizados para as questões segurança do doente? Como os envolve nessa estratégia? A instituição tem um sistema de notificação? Conhecem o da DGS? Utilizam-no? Os profissionais são sensibilizados para a importância de notificar? E os da Farmácia? Como são divulgados os resultados das notificações? Como?
Condicionantes Externas do Trabalho	Ambiente Físico, Interface Homem-Sistema	Averiguar como se processa a adequação dos postos de trabalho e dos profissionais à implementação de novos equipamentos	A Farmácia tem equipamentos automatizados para distribuição de medicamentos? Quais? Com a introdução destes equipamentos os postos de trabalho foram redesenhados e adequados? Os profissionais acham útil o equipamento e interagem bem com ele? Os profissionais compreenderam as capacidades do equipamento, pois tiveram formação para tal?
	Ambiente Socio-organizacional Equipa, Comunicação e Aspetos relacionais e de coordenação	Identificar aspetos relacionais e comunicacionais relevantes para o trabalho da equipa	A FH mantém uma boa relação: com os serviços? E entre TF e farmacêuticos? E entre toda a equipa? A introdução de equipamentos alterou: o relacionamento da equipa? E o fluxo de trabalho? Utilizam mecanismos de motivação da equipa? Quais? Qual a forma comunicação entre a farmácia e os serviços? E entre os profissionais da Farmácia? As diferentes equipas na Farmácia têm um líder sénior? Como é escolhido?

## GUIÃO DA ENTREVISTA

Dimensões	Categorias	Objetivos	Guião da entrevista
Características do Trabalho	Procedimentos para situações ou pontos do circuito da medicação Interrupções das tarefas Prescrição Dispensa Rotulagem Armazenamento	Identificar alguns dos procedimentos instituídos no processo de dispensa de medicamentos	Têm procedimentos estabelecidos para as minimizar as interrupções durante, p ex. aquando da dispensa dos medicamentos? Como? E quanto às chamadas telefónicas? Quando a dispensa dos medicamentos é auxiliada por equipamentos semiautomáticos informatizados estes dispõem de alertas? E para os medicamentos LASA, têm? É realizada a conferência da medicação dispensada pela FH? Como?
		Descrever as normas estabelecidas para a rotulagem de medicamentos, particularmente para os medicamentos LASA	Estão estabelecidas normas para a rotulagem de medicamentos: reembalados na FH? E para os produzidos na FH? Existem normas para rótulos que tenham aparência igual?
		Descrever as normas instituídas para o armazenamento de medicamentos, particularmente para os medicamentos LASA	A FH verifica as condições de armazenamento dos medicamentos nos serviços? Com que regularidade? Está normalizado este procedimento? Estão instituídas normas de armazenamento quer na FH quer nos Serviços clínicos para os medicamentos LASA?
Características Individuais	Competências /Formação de base Experiência Carga de trabalho Complexidade e rotina das tarefas Fadiga Stress	Identificar se a carga de trabalho, stress, fadiga, complexidade e rotina das tarefas estão previstos aquando da distribuição destas	Quem distribui as tarefas? As características individuais do profissional influência a distribuição de tarefas? Os profissionais são ouvidos? Na distribuição de tarefas está prevista carga de trabalho? Stress? Complexidade da tarefa? Rotina das tarefas? Fadiga? Tomam medidas para a fadiga/ stress? Para a carga de trabalho? stress ocupacional? tarefas rotineiras?
		Reconhecer se a formação e a experiência têm relevância na distribuição de tarefas	Todos os profissionais da FH são detentores das competências técnicas para o exercício das atividades que lhe estão acometidas? A experiência conta?