

ERROS NA ÁREA DA SAÚDE: CULPADO OU INOCENTE?

EUGENIE DESIRÉE RABELO NÉRI ¹
SÂMIA GRACIELE MAIA OLIVEIRA ²
JORGE LUÍS NOBRE RODRIGUES ³
MARTA MARIA DAS CHAGAS MEDEIROS ⁴
MARTA MARIA DE FRANÇA FONTELES ⁵

1. Mestranda Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas, Área de Concentração Farmácia Clínica, Universidade Federal do Ceará-UFC, CEP: 60430-370, Fortaleza, CE, Brasil.
 2. Acadêmica de Farmácia-UFC, Fortaleza, CE, Brasil.
 3. Docente da Disciplina de Moléstias Infeciosas, Faculdade de Medicina-UFC, Fortaleza, CE, Brasil.
 4. Docente da Disciplina de Reumatologia, Faculdade de Medicina-UFC, Fortaleza, CE, Brasil.
 5. Docente da Disciplina de Farmácia Hospitalar, Departamento de Farmácia, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem-UFC, CEP: 60430-370, Fortaleza, CE, Brasil.
- Autor responsável: M.M.F. Fonteles, E-mail: martafonteles@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Os medicamentos são geralmente componentes essenciais da assistência e se situam como pedra angular no tratamento paliativo, sintomático e curativo de muitas doenças e condições. Infelizmente, eles são, também, a causa mais comum de eventos sentinela, reações adversas significativas e erros.

No contexto hospitalar, os erros de medicação podem ocorrer em uma ou mais etapas da cadeia terapêutica (prescrição, dispensação e administração de

fármacos), possuindo natureza multidisciplinar ^{3, 5, 6}. Sua ocorrência induz a população ao descrédito no sistema de saúde, bem como ao aumento dos custos da assistência hospitalar.

Estima-se que 1 a 2% dos pacientes hospitalizados, nos EUA, sofrem danos resultantes de erros de medicação e que cada erro resulta num custo adicional de 4700 a 5000 dólares, excluindo-se os custos legais ^{2, 7, 8}. No Brasil, não existem, até o presente momento, dados estatísticos divulgados com relação a estes aspectos.

A abordagem da temática erro é freqüentemente difícil, envolvendo o que se pode intitular de dilema shakespeariano: "Culpado ou inocente? Eis a questão", pois, quando é evocada a palavra "erro", deflagra-se imediatamente no outro interlocutor uma reação em cadeia iniciada pelo questionamento: quem é o culpado?

DEFINIÇÕES

Devido à natureza complexa das práticas de assistência ao paciente, da multidisciplinariedade e da multiplicidade de intervenções que cada paciente recebe, uma alta taxa de erros não é surpreendente.

Erro é definido pelo *Committee on Quality of Health Care in America* como "falha ocorrida em uma ação planejada ao ser completada como desejada ou o uso de plano inadequado para alcançar um objetivo", dependendo de dois tipos de falhas: a ação não foi realizada como planejada (erro de execução) ou a ação originalmente planejada não está correta (erro de planejamento), podendo ser preveníveis⁹.

Segundo o *Institute of Medicine*–IOM, em 1999, nos EUA, ocorriam 44.000 a 98.000 mortes/ano em decorrência de erros na área da saúde. Destas, 7000 mortes/ano poderiam ser atribuídas a erros de medicação, sendo este número maior que o de pessoas que morriam com câncer de mama, AIDS ou acidentes de veículos^{8, 9, 15}.

Os erros de medicação são conceituados pelo *National Coordinating Council for medication Error Reporting and prevention* – NCCMERP, como "qualquer evento prevenível, que poderá causar ou conduzir ao uso inapropriado de medicamentos ou prejudicar o paciente, enquanto o medicamento estiver sob o controle dos profissionais de saúde, pacientes e consumidores.

Esses eventos poderão estar relacionados à prática profissional, produtos de atenção à saúde, procedimentos e sistemas, incluindo prescrição, comunicação da prescrição, etiquetagem dos produtos, embalagem, nomenclatura, composição, dispensação, distribuição, administração, educação, monitorização e uso"^{12, 13}. Podem ser subdivididos em erros reais e potenciais.

Os erros reais são aqueles que foram detectados após a sua ocorrência e os erros potenciais são os equívocos em prescrição, dispensação ou plano de administração do fármaco, os quais são detectados e corrigidos completamente antes da administração dos mesmos aos pacientes¹.

O FARMACÊUTICO E OS ERROS

Em virtude da posição ocupada no sistema de utilização de medicamentos, o farmacêutico representa uma ligação crítica, logística e profissional entre o processo de distribuição de medicamentos e o de utilização¹⁷, sendo um importante elemento na identificação e correção de problemas potenciais e reais que envolvem medicamentos, incluindo erros, antes que a qualidade da assistência ao paciente seja ameaçada⁴. Essa ferramenta, aliada à participação em visitas clínicas, tem sido proposta como estratégia para aumentar a segurança no uso de medicamentos⁹, podendo contribuir decisivamente para a redução da ocorrência de eventos adversos decorrentes de erros¹¹.

A participação do farmacêutico em visitas clínicas diárias e a análise de prescrições médicas contribuem de forma consistente para a qualidade assistencial, através do constante processo de educação informal decorrente das discussões realizadas durante as visitas clínicas e da identificação de erros tais como: ilegibilidade, prescrição de via de administração inadequada, dose prescrita superior à dose máxima recomendada (exemplo: paracetamol 750mg 6/6h em uma mesma prescrição contendo Tylex[®]30mg 6/6h), prescrição e administração de um medicamento à paciente com alergia relatada ao mesmo, prescrição contendo interações medicamentosas, entre outros.

Com a difusão da atenção farmacêutica, filosofia de prática profissional cuja conduta é centrada no paciente, foram abertas perspectivas mais amplas de atuação profissional efetiva, através do compartilhamento com outros profissionais de saúde, do processo de acompanhamento e monitorização de pacientes, porém, apesar dos inúmeros benefícios da prática assistencial multidisciplinar e da enorme contribuição que o farmacêutico pode dar na redução da probabilidade da ocorrência de danos decorrentes de erros aos pacientes, no Brasil, discretas ações tem sido observadas no sentido de inserir definitivamente o farmacêutico nessa função.

Muitas vezes, atribui-se tal fato à qualificação ainda precária dos farmacêuticos para desempenharem atividades de monitorização e identificação de erros, medo de ações punitivas e medidas corporativistas que objetivam resguardar categorias em detrimento da segurança dos processos e conseqüentemente dos pacientes.

O ERRO HUMANO NA ÁREA DA SAÚDE

A abordagem do erro no ambiente da saúde tipicamente ocupa um espaço marcado pela culpa, pois a formação profissional enfatiza a infalibilidade e perfeição de ações, dificultando a abordagem de questões relacionadas a "erros em processos", sem que seja visto como "erro de pessoas"^{8, 18}. Essa abordagem também é geralmente reativa. Erros são descobertos quando ocorre um incidente, sendo, então, dirigidas medidas corretivas e preventivas para que este não se repita com o indivíduo que "cometeu o erro". Raramente as causas básicas subjacentes ao erro são exploradas^{8, 10}.

Segundo Reason¹⁶, o problema do erro humano pode ser visto sob duas perspectivas: a abordagem da pessoa ou a do sistema. A abordagem centrada na pessoa possui como foco, os erros e violações de procedimentos, cometido pelas pessoas, sendo esses atos, provenientes de falta de atenção, baixa motivação, esquecimento, negligência e descuido. Naturalmente, as contramedidas são voltadas para reduzir a indesejável variabilidade na condição humana, envolvendo geralmente, campanhas baseadas no medo, medidas disciplinares e responsabilização, dentre outros¹⁶. De acordo com essa abordagem os erros são tratados como uma questão moral, gerando um problema complexo em função da focalização da origem do erro na pessoa, isolando os atos inseguros do seu contexto sistêmico.

A abordagem sistêmica defende que humanos são falíveis e que erros devem ser esperados, mesmo nas melhores organizações. Nesse contexto, os erros são vistos como conseqüências e não como causas, tendo suas origens não somente na natureza humana, mas em fatores sistêmicos, incluindo-se aí as armadilhas no local de trabalho e no processo organizacional, levando mais facilmente os homens ao erro. As contramedidas, neste caso, são baseadas na premissa de que não se pode mudar a condição humana, mas que se pode mudar as condições nas quais os seres humanos trabalham, instituindo diversos sistemas de defesa que reduzam a probabilidade da ocorrência de erros¹⁶. Essa abordagem não exime o indivíduo de suas responsabilidades e não exclui a necessidade de que seus atos sejam permeados pelo cuidado. Quando um erro ocorre o ponto mais importante não é quem cometeu o erro, mas como e por que o sistema de defesa falhou.

No Brasil, ainda se verifica o uso da abordagem do erro centrada na pessoa, envolta muitas vezes em uma bruma de corporativismo, dificultando a identificação das falhas nas etapas dos processos de

trabalho, retardando e até mesmo inviabilizando a correção destas, abrindo espaço para que o erro se repita e com maior gravidade.

Enfrentar o problema do erro na área da saúde e, em especial, o erro de medicação, requer, portanto, em primeiro plano, o reconhecimento de que os profissionais desta área, independente de categoria, como quaisquer outros seres humanos, podem cometer erros¹⁸ e que o erro acompanha a condição humana, mesmo entre pessoas conscientes e com elevado padrão de qualificação profissional¹⁰.

Atualmente, observa-se o despontar de uma nova dinâmica de pensamentos na área da saúde, permeada pela abordagem sistêmica do erro, em discussões sobre causas e formas de prevenção dos mesmos, através da análise de como os complexos sistemas falham e como as pessoas podem contribuir para a segurança dos sistemas, já que se entende que os erros são geralmente resultados de fluxos em interações complexas entre vários indivíduos ou problemas na interface das pessoas com sofisticadas tecnologias, produtos e sistemas organizacionais^{8, 14}.

CONCLUSÃO

Superar as falhas e problemas requer o reconhecimento de que toda atividade de assistência à saúde possui pontos frágeis que podem comprometer a segurança do paciente e que a chave para reduzir o risco é criar um ambiente que elimine a cultura da culpa e punição e os substitua por uma cultura de vigilância e cooperação, expondo dessa forma os pontos fracos que podem concorrer para causar o erro. Desta forma, utilizando a abordagem sistêmica do erro, ser culpado ou inocente já não é mais a principal questão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMERICAN SOCIETY OF CONSULTANT PHARMACISTS – ASCP. Guidelines on preventing medication errors in pharmacies and long-term care facilities through reporting and evaluation. Disponível em: <http://www.ascp.com/public/pr/guidelines/medication.shtml> Acesso em: 21 mar. 2004.
2. BATES, D. W.; SPELL, N.; CULLEN, D. J. *et al.* The costs of adverse drug events in hospitalized patients. **JAMA**, v.277, n.4, p.307-11, 1997.
3. BETZ, R. P.; LEVY, H. B. An interdisciplinary method of classifying and monitoring medication errors. **Am. J. Hosp. Pharm.**, v.42, p.1724-32, 1985.
4. BLUM, K. V.; ABEL, S. P.; URBANSKI, C. J.; PIERCE, J. M. Medication error prevention by pharmacists. **Am. J. Hosp. Pharm.**, v.45, p.1902-03, 1988.

5. CALIFORNIA HEALTHCARE FOUNDATION. **Addressing medication errors in hospitals**: a framework for developing a plan. Oakland, 2001.
6. COHEN, M. R. Prevention medication errors related to prescribing. In: COHEN, M. R. (Ed.). **Medication errors**. Washington: American Pharmaceutical Association, 1999. p.8.1-8, 23.
7. DEAN, B.; SCHACHTER, M.; VINCENT, C.; BARBER, N. Causes of prescribing errors in hospital inpatients: a prospective study. **Lancet**, v.359, n.9315, p.1373-78, 2002.
8. KOHN, L. T. The institute of medicine report on medication error: overview and implications for pharmacy. **Am. J. Health Syst. Pharm.**, v.58, p.63-66, 2001.
9. KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. To error is human: building a safer health system. Washington: National Academy of The Institute of Medicine, 1999. p.223.
10. LEAPE, L. L. Error in medicine. **JAMA**, v.272, n.23, p.1851-57, 1994.
11. LEAPE, L. L.; CULLEN, D. J.; CLAPP, M.D. *et al* Pharmacist Participation on Physician rounds and adverse drugs events in the intensive care unit. **JAMA**, v.282, n.3, p.267-70, 1999.
12. NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATION ERROR REPORTING AND PREVENTION – NCCMERP. **About medication errors**. Disponível em: <http://www.nccmerp.org> Acesso em: 21 mar. 2004.
13. NATIONAL HEALTH SERVICE. Audit Commission for Local Authorities and the in England and Wales. A spoonful of sugar: medicines management in NHS hospital. London, 2001.
14. PHILLIPS, D. F. "New look" reflects changing style of patient safety enhancement. **JAMA**, v.281, n.3, p.217-19, 1999.
15. PHILLIPS, J.; BEAM, S.; BRINKER, A. *et al*. Retrospective analysis of mortalities associated with medication errors. **Am. J. Health Syst. Pharm.**, v.58, p.1835-41, 2001.
16. REASON, J. Human error: models and management. **BMJ**, v.320, p.768-70, 2000.
17. RUPP, M. T. Screening for prescribing errors. **Am. Pharm.**, v.31, n.10, p.71-78, 1991.
18. SHANARD-KOENDERS, K. Medication errors: people or processes. **Pharmacol. Focus**, p.341-42, 1996.