

Foto: Kiko Nascimento

# ERROS DE MEDICAÇÃO:

outros focos de  
reação ao problema

Pelo jornalista Aloísio Brandão,  
Editor desta revista

**E**m sua edição passada (número 49), a PHARMACIA BRASILEIRA iniciou uma série de reportagens sobre **erros de medicação**. Polêmico, intrincado, o qual muitos preferem tratar com sintomática indiferença, ou ver coberto de um silêncio pavoroso, o assunto, na abordagem deste número da revista, será analisado por três professores da USP (Universidade de São Paulo) de Ribeirão Preto (SP) e, mais uma vez, à luz da compreensão multiprofissional e multidisciplinar. Por que USP de Ribeirão? Porque, ali, professores e acadêmicos criaram um núcleo para pesquisar o problema, que é uma das importantes causas de morte, no mundo. Entrevistamos Ajith Sankarankutty, médico-cirurgião, especialista em transplante de fígado e em Gastroenterologia e professor do Departamento de Anatomia e Cirurgia da Faculdade de Medicina. Julieta Ueta é a outra entrevistada. Farmacêutica, professora de Tecnologia das Fermentações e de Práticas de Atenção Farmacêutica na Faculdade de Ciências Farmacêuticas, ela e Ajith Sankarankutty criaram, dentro da Faculdade de Medicina, um curso permanente destinado a pesquisar o uso racional de medicamentos com foco em erros de medicação. Outra excelência e figura central no contexto das pesquisas brasileiras sobre o assunto é a enfermeira Sílvia Cassiani, professora titular da Escola de Enfermagem da mesma Universidade, onde, também, chefia o Departamento de Enfermagem Geral e Especializada. Cassiani criou e lidera um grupo de pesquisa voltado a estudar e a buscar respostas à questão. O seu grupo reúne pós-graduandos de todo o País, que terão a missão de multiplicar os conhecimentos juntos aos seus pares, nas universidades onde atuam. Os dois

grupos da USP (o de Ajith e Julieta, e o de Sílvia), embora cada um tenha o seu rumo próprio, cruzam, sempre que possível, os seus caminhos, com o objetivo de enriquecer as suas pesquisas.

Na edição anterior, a primeira abordagem sobre o assunto trouxe entrevistas com o médico Francisco de Assis de Lima, professor e Coordenador da disciplina Estágio Supervisionado em Medicina Clínica do curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), ministrada dentro do Hospital Universitário Onofre Lopes, em Natal. Na Faculdade de Medicina, Francisco de Assis criou a matéria - hoje desativada - Erros de Prescrição, ministrada pelo farmacêutico e professor Tarcísio Palhano, outro entrevistado. A PHARMACIA BRASILEIRA falou, ainda, com o também farmacêutico Mário Borges, uma referência brasileira no assunto. Estudioso e detalhista, Borges elegeu os erros de medicação como tema do seu mestrado pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Todo este material levantado pela revista tem por objetivo trazer à luz um assunto pouco ou quase nada estudado e muito menos escrito, fato que gera uma aridez sobre o seu entendimento, o que, por conseguinte, dificulta o seu combate. A repercussão das primeiras matérias é enorme e já deixa consequências, dentro e fora do meio acadêmico. Após lê-las, a Chefe do Departamento de Medicina Clínica do curso de Medicina da UFRN, em Natal, Maria Fátima Azevedo, informou a Tarcísio Palhano o seu desejo de criar uma disciplina exclusivamente voltada a estudar e combater os erros de medicação. A disciplina, adiantou ela, teria dois créditos (30 horas aula) e seria complementar.



Médico e professor da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto, Ajith Sankarankutty, ajudou a criar o curso Uso Racional de Medicamentos, naquela Universidade

## É preciso preparar mecanismos de segurança

O médico Ajith Sankarankutty, professor do Departamento de Anatomia e Cirurgia da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto, ajudou a criar o curso Uso Racional de Medicamentos naquela Universidade, onde também se pesquisa erros de medicação.

Um esforço monumental de médicos e farmacêuticos está clareando a compreensão do intrincado problema que são os erros de medicação e levando a caminhos onde estão algumas respostas à questão. O esforço resultou na criação, na Faculdade de Medicina da USP (Universidade de São Paulo) de Ribeirão Preto (SP) do curso Uso Racional de Medicamentos. Nele, vem se pesquisando intensamente os erros de medicação. O curso foi incorporado ao currículo médico, há três anos, e representa um avanço significativo com vistas ao enfrentamento do problema. No centro dessa cena, está o brilhante médico-cirurgião Ajith Sankarankutty, professor do Departamento de Anatomia e Cirurgia da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto. Ele é um dos criadores, ao

lado da farmacêutica e professora Julieta Ueta, da mesma Universidade, do curso permanente destinado a pesquisar o uso racional de medicamentos. Descendente de japoneses, Ajith tem doutorado em Cirurgia, na mesma Faculdade onde ensina, e se especializou em cirurgia de transplante de fígado e em Gastroenterologia. Atuou no Centro de Saúde-Escola da USP como um dos coordenadores do Programa Saúde da Família (PSF). O Dr. Ajith é um entusiasta do curso sobre uso racional que ajudou a implantar na Faculdade de Medicina da USP. Espera que ele conquiste a adesão de muitos, multiplique-se pelo País e comece a dar resultados, nos próximos cinco anos. O professor Ajith foi entrevistado pela revista PHARMACIA BRASILEIRA. **Veja a entrevista.**

PHARMACIA BRASILEIRA – Professor Ajith, o que o levou a se interessar tanto pelo assunto **erros de medicação**?

**Ajith Sankarankutty** - Ao fazer o curso "Uso Racional de Medicamentos", proposto pela Organização Mundial de Saúde e trazido para o Brasil pela Anvisa, percebi como nós somos suscetíveis a erros. O documento "To Err is Human", do *Institute of Medicine*, dos Estados Unidos, aborda este assunto.

PHARMACIA BRASILEIRA - Como a sua iniciativa é recebida por professores, estudantes de Medicina e médicos do quadro da USP?

**Ajith Sankarankutty** - Todos que têm contato com o curso - os alunos, médicos assistentes e professores - ficam sensibilizados pelo assunto. Este esforço deve ser continuado, para que possamos obter resultados, nos próximos cinco ou seis anos, quando teremos um contingente maior de pessoal da saúde treinado sobre o uso racional de medicamentos. Nesta Faculdade, o professor Eduardo Coelho iniciou os esforços de difundir este conceito. Nós juntamos esforços, ao longo dos anos.

PHARMACIA BRASILEIRA - Por que se comete tantos erros de medicação?

**Ajith Sankarankutty** - Por uma série de fatores. Citarei dois. Primeiro: não se conhecia a dimensão do problema e, portanto, não havia esforços sistematizados para controlar estes eventos. Segundo: considerava-se que os erros ocorriam, por causa de profissionais mal preparados, quando, na verdade, o sistema de saúde deveria preparar mecanismos de segurança, como ocorre em outros setores, a exemplo da aviação. A possibilidade de errar é inerente ao ser humano e devemos nos cercar de mecanismos para minimizar esta possibilidade.

PHARMACIA BRASILEIRA - O que é preciso ser feito para se

“Considerava-se que os erros ocorriam, por causa de profissionais mal preparados, quando, na verdade, o sistema de saúde deveria preparar mecanismos de segurança, como ocorre em outros setores, a exemplo da aviação”.

corrigir essas falhas? De onde e de quem deve partir a solução?

**Ajith Sankarankutty** - Penso que todos devem participar do esforço. Para que isso ocorra, primeiramente, devemos tentar criar ambiente de trabalho em equipe, desde os médicos, farmacêuticos, enfermeiros, administração do hospital, até o paciente e seus familiares. Em outras palavras, deve-se divulgar estes conceitos e envolver toda a sociedade. Isto inclui o controle sobre a propaganda de medicamentos, a legislação sobre a venda de medicamentos sem receita etc.

**PHARMACIA BRASILEIRA** - Que avaliação o senhor faz do ensino de prescrição na graduação de Medicina? Os currículos abordam o problema dos erros?

**Ajith Sankarankutty** - Como em outros aspectos da vida, nós estamos sempre aprendendo e aprimorando. Pensávamos que ensinando Farmacologia, Patologia e Medicina Interna, o aluno automaticamente estaria preparado para fazer uma receita adequada. Pelos dados da própria OMS, vimos que isso não é verdade. Até 50% das receitas dos médicos recém-formados são preenchidas, de forma errada.

Agora, os próximos passos estão sendo dados. Na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP), há três anos, o curso sobre o uso racional de medicamentos está incorporado ao currículo médico, com a participação de docentes de diversas áreas da Medicina e da Farmácia.

**PHARMACIA BRASILEIRA** - Dr. Ajith, as novas tecnologias e um novo pensar sobre o medicamento e as terapêuticas medicamentosas estão colocando, no mercado, uma geração de medi-

camentos modernos, como os chamados “inteligentes”. Não há, ainda, sobre muitos deles uma experiência clínica quanto ao seu uso, exatamente

pelo seu pouco tempo de existência. Como os médicos, farmacêuticos e enfermeiros devem lidar com essa realidade?

**Ajith Sankarankutty** - Toda essa tecnologia é bem vinda, desde que comprovada sua efetividade. Mas, sempre, teremos o fator humano neste contexto e, neste aspecto, sempre, precisaremos de profissionais treinados para se adequarem à realidade vigente, e preparados para trabalhar em equipe.

**PHARMACIA BRASILEIRA** - Que filosofia e que comportamento devem nortear médicos, farma-

“Pensávamos que ensinando Farmacologia, Patologia e Medicina Interna, o aluno automaticamente estaria preparado para fazer uma receita adequada. Pelos dados da própria OMS, vimos que isso não é verdade”.

cêuticos e enfermeiros, entendendo-os como profissionais de uma mesma equipe, em se tratando de erros de medicação?

**Ajith Sankarankutty** - O trabalho em equipe deve nortear o comportamento. Sei que é extremamente difícil, mas acho que é o que vai dar melhores resultados, a longo prazo.

**PHARMACIA BRASILEIRA** - A pressa, a inimiga da perfeição, é um fato desencadeador de erros de medicação? Há como evitá-la, ou é possível agir com pressa, sem cometer erros? A Universidade faz alguma abordagem sobre o problema da pressa?

**Ajith Sankarankutty** - Concordo com a colocação. Por isso, acho que toda a sociedade deve participar da resolução do problema, desde administradores, gestores do sistema de saúde, até a população. O uso dos sistemas de saúde deve ser orientado pela necessidade do paciente. Um sistema de regulação, conforme o que é proposto pelo Ministério da Saúde, e o que está sendo proposto para o Município pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, ajudará muito neste aspecto.

**PHARMÁCIA BRASILEIRA** - O que cabe ao paciente nesse contexto dos erros? Ele tem algo a fazer para se prevenir?

**Ajith Sankarankutty** - Sim, o paciente é o maior interessado. Ele deve evitar a automedicação, a utilização desnecessária e excessiva de medicamentos. Quando receber uma receita, deve procurar entender o que está escrito e cobrar que seja legível.

**PHARMACIA BRASILEIRA** - A professora Julieta Ueta, lamentando muito, entende que é impossível se evitar completamente os erros de medicação. Isso não é desolador?

**Ajith Sankarankutty** - Não, porque existe muito o que pode ser feito para minimizar os efeitos finais.





Julieta Ueta, farmacêutica e professora da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da USP de Ribeirão Preto: "Acusação de uma pessoa que cometeu um erro não leva à redução do mesmo, mas estimula o sentimento de culpa e a repetição do mesmo tipo de erro".

## “Erra-se, mesmo quando se conhece o medicamento”

O ponto essencial das estratégias para a redução de erros e a adoção da segurança na utilização de medicamentos é a mudança de cultura.

Incluir a farmacêutica Julieta Ueta nas discussões sobre erros de medicação é como pôr vergalhão e cimento, na medida certa, na massa para a construção de um prédio. Sem a sua participação, qualquer debate sobre o assunto fica empobrecido. Descendente de japoneses, formada em Farmácia pela USP (Universidade de São Paulo), ela fez doutorado em Bioquímica na mesma Universidade e rumou para os Estados Unidos, onde pós-doutorou-se em Bioquímica de Microorganismos, no NIH (National Institute of Health), sediado em Bethesda, no Estado de Maryland. É professora de Tecnologia das Fermentações e de Práticas de Atenção Farmacêutica, na Faculdade de Ciências Farmacêuticas da USP de Ribeirão Preto (SP). Passou a se interessar por erros de medicação, em 2001, quando foi trabalhar como docente, no Centro de Saúde-Escola da Faculdade de Medicina da USP, em Ribeirão. Ali, integrou uma equipe do PSF (Programa Saúde da Família), onde conheceu, na prática, a enormidade do problema. “No PSF, tive o contato direto com o dia-a-dia da medicação”, explica a professora. Inquieta, sempre sorridente, Ueta juntou-se a Ajith Sankarankutty, médico-cirurgião e professor do Departamento de Anatomia e Cirurgia da Faculdade de Medicina, e a Sílvia Cassiani, enfermeira, professora

e Diretora da Escola de Enfermagem, ambas da USP de Ribeirão, e criaram um núcleo de pesquisa em erros de medicação e estratégias para a utilização racional de medicamentos. Do grupo, fazem parte acadêmicos dos três cursos, como também mestrandos, doutorandos e pós-doutorandos. O grupo atua, fundamentalmente, na prática – no Centro de Saúde-Escola e no Hospital das Clínicas, ambos de Ribeirão e pertencentes à Faculdade de Medicina. Talvez, ainda seja pouco. Julieta Ueta gostaria de ver a assistência farmacêutica como uma Cadeira sedimentada dentro de sua Faculdade, com acadêmicos e professores teorizando-a e praticando-a, corriqueiramente, nessas unidades de saúde, e se envolvendo com as discussões sobre a questão. Erros de medicação acontecem, mesmo quando quem está lidando com os medicamentos são profissionais qualificados e conhecedores dos produtos. Estudiosos, no mundo inteiro, têm se debruçado sobre o problema, procurando entender como ele acontece onde nunca deveria acontecer. Todo esforço para combatê-lo é válido. Afinal, os erros de medicação estão entre as principais causas de morte. A revista PHARMACIA BRASILEIRA entrevistou a professora Julieta Ueta. Ela fala da necessidade de se investir no estudo dos erros de medicação, no papel dos órgãos de saúde e das universidades, nas causas, efeitos e estratégias para se combater o problema e no papel do farmacêutico nesse contexto, entre outras questões. **Veja a entrevista.**

PHARMACIA BRASILEIRA – Por que se deve investir maciçamente na investigação sobre erros de medicação?

**Julieta Ueta** - O relatório do *Institute of Medicine*, dos Estados Unidos, publicado, em 1999, causou furor, ao relatar que a mortalidade causada pelos medicamen-

tos, seja por erros, seja por reações adversas, está entre as dez causas principais de morte. Dados de outros países, como o Canadá e Inglaterra, têm confirmado a dimensão do problema e a Organização Mundial de Saúde (OMS) já elaborou documentos referentes ao problema dos eventos adversos cau-

sados pelos medicamentos. No Brasil, não se sabe o que acontece. Portanto, precisamos descobrir e desenvolver mecanismos para reduzi-los.

PHARMACIA BRASILEIRA – A senhora sustenta que erros de medicação são um problema de saúde pública, pelo tanto que eles

“O relatório do Institute of Medicine, dos Estados Unidos, publicado, em 1999, causou furor, ao relatar que a mortalidade causada pelos medicamentos, seja por erros, seja por reações adversas, está entre as dez causas principais de morte”.

ocorrem e pela abrangência com que eles atingem a população. Acha que os órgãos de saúde estão atentos ao problema e fazendo o que deve ser feito para resolvê-lo?

**Julieta Ueta** - Os órgãos de saúde nacionais e internacionais estão se mobilizando, no sentido de alertar os profissionais de saúde quanto aos erros. Esta mobilização deve ser mais intensa, mas são as instituições, uma a uma, que têm que desenvolver e implantar suas estratégias para discutir e resolver a questão, com o compromisso assumido por todos, principalmente, pelos líderes das instituições.

PHARMACIA BRASILEIRA – O que causa erros de medicação? O desconhecimento sobre o medicamento é o principal motivo?

**Julieta Ueta** - Embora o desconhecimento sobre o medicamento seja um motivo importante quando falamos de erros, mesmo quando se conhecem os medicamentos, cometem-se erros. Erros de comunicação escrita ou verbal, como a prescrição manual, ordens verbais ou erros de cálculo, com quantidades a mais ou a menos do necessário. Afinal de contas, errar é humano e, embora humanos não gostem de errar e nem de admitir que erraram, erramos.

Devido à grandeza e à complexidade do assunto, aos interesses da indústria farmacêutica, etc., aqueles que lidam com os medicamentos, sejam prescritores, farmacêuticos clínicos, dispensadores, administradores, precisam conhe-

cê-los. Cabe ao farmacêutico zelar pela qualidade, custos e resultados terapêuticos dos medicamentos.

PHARMACIA BRASILEIRA – Que estratégias devem ser adotadas para solucionar o problema?

**Julieta Ueta** - Estudiosos têm se debruçado sobre o problema, procurando entender como os erros acontecem onde nunca deveriam acontecer. No prefácio do livro de Michael Cohen, “Erros de Medicação”, está dito que a coragem de alguns que decidiram enumerá-los, classificá-los, em lugar de ignorá-los, ou de punir indivíduos, tem possibilitado entender as causas dos erros para se desenvolver estratégias com abordagem sobre os sistemas.

Para o ambiente hospitalar, foram desenvolvidas estratégias de curto, médio e longo prazos: adoção de sistemas de distribuição de medicamentos por dose unitária, incluindo as preparações endovenosas na farmácia, procedimentos especiais com eletrólitos, como KCl e medicamentos de alto risco, treinamento permanente das equipes, educação dos pacientes, presença constante de farmacêuticos, sistemas informatizados de prescrição com suporte à decisão clínica e de avaliação da prescrição pela farmácia, sistema de rastreamento de medicamentos e pacientes por código de barras.

Em ambiente ambulatorial, podem, também, ser adotados sistemas de informatização. O ponto essencial das estratégias para a redução de erros e a adoção da segurança na utilização de medicamentos é a mudança de cultura.

PHARMACIA BRASILEIRA - A Universidade deve ter que papel nesse contexto da busca de respostas ao problema dos erros de medicação, já que é um centro de pesquisa, de ensino e de assistência?

**Julieta Ueta** – A Universidade tem muito o que fazer, como: **a)** fortalecer no processo de formação dos profissionais de saúde o compromisso com a ética, com a educação sólida e permanente; investir no ensino de disciplinas volta-

das à prescrição e à terapêutica medicamentosa, ausentes na maioria das estruturas curriculares dos cursos de Medicina, Odontologia, Farmácia, etc. **b)** Realizar pesquisas sobre o tema, em ambientes hospitalares e ambulatoriais, para se diagnosticar como, quando, onde, por que os erros e problemas com medicamentos ocorrem, e propor soluções, visando ao compromisso com a segurança. **c)** Introdução de cultura de segurança dos pacientes, nos locais onde há inserção multiprofissional da Universidade em assistência à saúde nos diversos níveis de atenção (hospitais e unidades de ensino e saúde do SUS), com treinamento dos acadêmicos para trabalhos em equipes de maneira integrada e contínua.

PHARMACIA BRASILEIRA - No livro “A segurança dos pacientes na utilização da medicação”, da Editora Arte Médica (SP), de sua autoria em parceria com a enfermeira Sílvia Cassiani, a senhora afirma que levantar o dedo para acusar o profissional da saúde (médico, farmacêutico e enfermeiro) que cometeu o erro não é a melhor estratégia para se combater o problema. Por que? E qual é a estratégia correta?

**Julieta Ueta** - Os estudos mostraram que a acusação de uma pessoa que cometeu o erro não leva à redução dos erros, mas estimula o sentimento de culpa, a repetição do mesmo tipo de erro e a omissão dos relatos, dificultando a procura de soluções.

PHARMACIA BRASILEIRA - Na

“Embora o desconhecimento sobre o medicamento seja um motivo importante quando falamos de erros, mesmo quando se conhecem os medicamentos, cometem-se erros”.



medicação, segundo a senhora, erra-se muito na comunicação. Quais são os erros mais comuns nesse item? Há quem afirme que esse tipo de erro está aumentando. Por que? Os profissionais estão saindo menos preparados das universidades? A pressa é uma aliada do erro?

**Julieta Ueta** - Os procedimentos e sistemas empregados possibilitam a ocorrência de erros de comunicação. Um caso clássico é a prescrição manual, que pode ser modificada para prescrição informatizada. A organização do serviço e a pressa podem ser aliados do erro, sim.

PHARMACIA BRASILEIRA - O que um farmacêutico que atua numa farmácia comunitária pode fazer, para prevenir e evitar erros de medicação?

**Julieta Ueta** - Exercer práticas de atenção farmacêutica. Na atenção farmacêutica, estabelece-se uma comunicação efetiva, um seguimento contínuo do indivíduo e assume-se responsabilidade sobre o seu tratamento medicamentoso, identificando-se e solucionando-se problemas com os medicamentos.

PHARMACIA BRASILEIRA - A senhora e os seus pares (farmacêuticos, médicos, enfermeiros e acadêmicos de Medicina, Farmácia e Enfermagem da USP - campus de Ribeirão Preto), atuam no posto médico municipal de Cássia dos Coqueiros, Município próximo a Ribeirão, graças a um convênio firmado entre a Prefeitura e a Universidade. Ali, os senhores estão aplicando os conhecimentos sobre o combate aos erros de medicação advindos das pesquisas que vêm realizando. Fale dessa experiência. Houve uma redução nos índices de erros, no posto médico, depois da ação dos senhores?

**Julieta Ueta** - Não temos os dados para definirmos valores absolutos de redução de erros, mas a contratação de farmacêuticos, a

organização da assistência farmacêutica, a elaboração de lista padronizada de medicamentos e a garantia de acesso a produtos seguros e eficazes, o gerenciamento de medidas terapêuticas dos indivíduos, de maneira colaborativa com o médico, o treinamento

e o acompanhamento dos alunos e residentes de Medicina para a utilização racional de medicamentos, a prescrição informatizada, etc. são ingredientes que resultam na prevenção e na diminuição de erros.

PHARMACIA BRASILEIRA - Por que se evita tanto falar em erro de medicação? Por que o assunto é tão delicado e por que se joga um caminhão de silêncio, quando se constata que houve um erro?

**Julieta Ueta** - Como dito anteriormente, a cultura punitiva, com foco no indivíduo, é o fator principal para se manter no silêncio o erro, reduzindo as chances de prevenção. O erro é pago com castigo, um preço alto demais. Mas os tempos vêm mudando e, há de se convir, já até falamos em erros e já os admitimos.

PHARMACIA BRASILEIRA - E o paciente? Onde ele fica em meio a tudo isso? O paciente é a parte mais frágil neste contexto? O que ele pode e deve fazer para se prevenir? Ou todos estão sujeitos a sofrer um erro?

**Julieta Ueta** - É o paciente fragilizado pela condição clínica que - gosto sempre de lembrar que pode ser qualquer um de nós: eu, você, alguém querido, de sua família - vai sofrer conseqüências da utilização adequada ou não dos medicamentos. Recomenda-se educar, orientar, informar o paciente ou responsável para que, de maneira co-responsável, possa prevenir a ocorrência de erros. Erros não podem ser entendidos como uma mera e dolorosa fatalidade, provocada pelo destino.

PHARMACIA BRASILEIRA - É

impossível evitar os erros de medicação?

**Julieta Ueta** - Sempre é possível evitar. Mas nunca é possível evitar todos. Erro zero pode ser uma meta...

PHARMACIA BRASILEIRA - O combate aos erros de medicação ainda vai virar uma especialidade farmacêutica?

**Julieta Ueta** - Acredito que a cultura de segurança do paciente deverá se tornar uma "especialidade" na área da saúde, um setor da instituição, relacionado à qualidade. Na área clínica, as estratégias de prevenção e redução podem ser discutidas por membros da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, de Farmácia e Terapêutica e outras que envolvam a utilização de medicamentos.

PHARMACIA BRASILEIRA - O Brasil está muito atrasado nas pesquisas e ações sobre esse problema?

**Julieta Ueta** - Esperança, sempre! É preciso urgência para se fazer um diagnóstico do que acontece, no Brasil, onde medicamentos são vendidos sem receita médica, indiscriminadamente; onde as formações técnica e humana dos profissionais da saúde não têm o foco na segurança; onde sistemas e processos relacionados aos medicamentos apresentam defasagem tecnológica. É preciso urgência para se discutir e difundir a mudança de cultura, implementar estratégias já consagradas e relativamente simples e de baixo custo.

“Os estudos mostraram que a acusação de uma pessoa que cometeu o erro não leva à redução nos erros, mas estimula o sentimento de culpa, a repetição do mesmo tipo de erro e a omissão dos relatos, dificultando a procura de soluções”.





A enfermeira e professora da Escola de Enfermagem da USP de Ribeirão Preto, Sílvia Cassiani, criou e coordena, nessa Universidade, um grupo multiprofissional que reúne pós-graduandos e pesquisadores de todo o País, para investigar erros de medicação

## Enfermeiros: a última barreira

Uma das maiores referências em erros de medicação, a enfermeira Sílvia Cassiani, professora titular da Escola de Enfermagem da USP de Ribeirão Preto, aborda o problema, comentando as suas causas e as alternativas para combatê-lo.

Cassiani diz que erros de medicação não são um assunto delicado, se bem abordado. “E é o que me parece que esse material da revista PHARMACIA BRASILEIRA propõe”, salienta.

A enfermeira Sílvia De Bortoli Cassiani, ou apenas Sílvia Cassiani, é, hoje, uma das maiores, se não a maior referência nacional em erros de medicação. E não por acaso. O mergulho fundo que vem fazendo sobre o assunto, além de torná-la uma autoridade respeitada sobre o mesmo, tem gerado conseqüências importantes para a busca de um entendimento do problema em sua inteireza e para o seu combate. Sílvia Cassiani, doutora em Enfermagem pela USP (Universidade de São Paulo), é professora titular da mesma Universidade (da Escola de Enfermagem da USP de Ribeirão Preto), onde, também, chefia o Departamento de Enfermagem Geral e Especializada. É consultora ad-hoc da Fapesp (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo), do CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) e da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior)/MEC (Ministério da Educação). Destaque para o seguinte fato: na USP, Cassiani criou a pós-graduação em erros de medicação, o que atraiu profissionais, principalmente enfermeiros e farmacêuticos, de vários Estados. Com esse pessoal, a Dra. Sílvia criou e lidera um grupo coeso e disposto a pesquisar o as-

sunto com a complexidade que ele merece. O grupo reúne, em sua maioria, professores universitários. Muitos atuam, da iniciação científica até o pós-doutorado. Fazem parte dessa célula colaboradores que, em seus próprios Estados, pesquisam erros de medicação, seguindo orientações da enfermeira, que aposta no fato de todos os seus liderados tornarem-se multiplicadores. Autora de 56 artigos publicados em periódicos especializados e de 97 trabalhos em anais de eventos, Sílvia Cassiani escreveu, ainda, quatro livros. “As instituições que apresentam os índices mais elevados de erros são aquelas que estão investigando o problema e, por isso, os relatórios são estimulados. Dizer que em determinada instituição não há erros de medicação é mostrar que provavelmente esses erros estão ocorrendo, mas não estão sendo notificados, o que é negativo, tanto sob o ponto de vista dos pacientes, que não estão sendo informados, como do ponto de vista administrativo, que desconhece a realidade da instituição”, diz ela na entrevista. Fala, ainda, das ações dos enfermeiros e dos farmacêuticos, como também do papel do paciente. “Ele é parte do sistema e não um recipiente passivo dele”, explica. Veja a entrevista.

**PHARMACIA BRASILEIRA** - Como a senhora avalia o ensino de administração de medicamentos, nos cursos de Enfermagem, no Brasil? O que o ensino pode ter a ver com o problema dos erros de medicação?

**Sílvia Cassiani** - O ensino de administração de medicamentos, nos cursos de Enfermagem, no Bra-

sil, acompanha as ações de enfermagem, nesse âmbito, nas instituições de saúde. Assim, há a questão do ensino dos procedimentos técnicos, como as vias de administração, aliados aos aspectos farmacológicos. Os erros de medicação são, também, abordados, principalmente, porque a equipe de enfermagem – auxiliares, técnicos de

enfermagem e enfermeiros – está na ponta final do sistema e é, com frequência, sobre esses profissionais que recai o ônus dos erros.

Além destes aspectos, tem se levantado várias questões sobre a legibilidade das prescrições médicas, a distribuição de medicamentos e sua relação com a administração dos medicamentos, no al-





**Grupo da enfermeira e professora Silvia Cassiani, na USP.** Da esquerda para a direita: Silvia Cassiani, Divaldo Lyra Júnior, farmacêutico e pós-doutorando da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP); Simone Opitz, enfermeira, doutoranda da EERP/USP e professora da Universidade Federal do Acre; Ana Elisa Bauer da Silva, enfermeira, doutoranda da EERP/USP e professora da Universidade Federal de Goiás; Adrienne Mancuso, enfermeira, mestranda da EERP/USP e professora da Universidade de Cuiabá; Thalyta Cardoso, enfermeira, mestranda da EERP/USP; Daniela Odnick, estudante de Enfermagem, aluna de iniciação científica da EERP/USP; e Nathália Lambertini, estudante de Farmácia, aluna de iniciação científica da EERP/USP.

cance do *princípio dos certos*: medicamento certo, dose certa, horário certo e paciente certo.

O ensino tem relação com a problemática dos erros, principalmente, quanto às deficiências que os enfermeiros apontam no conhecimento relativo à Farmacologia. Estudo realizado por Telles Filho, em 2001, sob nossa orientação, identificou que os mecanismos de ação dos medicamentos foi a resposta mais freqüente dos enfermeiros, quando questionados sobre suas necessidades educacionais.

Assim, o enfermeiro que tem boa liderança, bem preparado, atualizado e atento aos aspectos relacionados à terapêutica medicamentosa em um sistema organizado e buscando corrigir as falhas, pode ser uma barreira importante contra os erros de medicação.

**“O enfermeiro que tem boa liderança, bem preparado, atualizado e atento aos aspectos relacionados à terapêutica medicamentosa em um sistema organizado e que busca corrigir as falhas, pode ser uma barreira importante contra os erros de medicação”.**

PHARMACIA BRASILEIRA - A senhora coordena um grupo, dentro da USP de Ribeirão Preto, do qual fazem parte enfermeiros e farmacêuticos e que tem se dedicado à pesquisa da segurança de pacientes na terapêutica medicamentosa, com foco na prevenção e na ocorrência de erros de medicação. O grupo conclui que os erros não estão necessariamente relacionados aos profissionais de saúde, mas à estrutura e ao sistema que os envolvem e que os induzem a errar. Então, por que a estrutura e o sistema erram tanto?

**Sílvia Cassiani** - Não são a estrutura e o sistema que erram. O que ocorre é que, se há um sistema mal planejado, mal organizado de ações dirigidas à segurança do paciente, a ocorrência de erros é facilitada. A premissa é a de que os seres humanos falham e, portanto, os erros são esperados, mesmo nas melhores organizações. Erros são conseqüências e não causas. Lucian Leape, um dos pesquisadores pioneiros e expoentes nesse tema, afirma que, embora não possamos mudar a condição humana, podemos mudar as condições nas quais os seres humanos trabalham. PHARMACIA BRASILEIRA - Como corrigir os erros?

**Sílvia Cassiani** - A idéia cen-

tral é criar defesas ou barreiras no sistema. Sistema é contextualizado como um grupo de elementos interdependentes, interagindo para obter um propósito comum. Os elementos podem ser humanos e não humanos (equipamentos, tecnologias etc). Para explicar o que significam essas defesas, James Reason utiliza um modelo, denominado de *queijo suíço*.

As barreiras, defesas ou salvaguardas ocupam uma posição chave nessa abordagem. Essas defesas ou barreiras podem ser *hard*, como barreiras físicas, alarmes, chaves, equipamentos de proteção individual e instrumentos ou moldes - *soft*, como legislação, regras, protocolos, treinamento, supervisão, controle administrativo etc.

**“Se há um sistema mal planejado, mal organizado de ações dirigidas à segurança do paciente, a ocorrência de erros é facilitada. A premissa é a de que os seres humanos falham e, portanto, os erros são esperados, mesmo nas melhores organizações. Erros são conseqüências e não causas”.**

No mundo ideal, cada barreira seria intacta. No mundo real, elas se parecem com fatias de queijo suíço, com vários buracos, entendidos como dificuldades, falhas etc.

Os buracos ou falhas nessas barreiras de defesa estão continuamente se abrindo, estreitando-se e mudando sua localização. Entretanto, a presença dessas falhas em uma barreira não causa normalmente um resultado ruim. O resultado ruim ocorre, quando os buracos entendidos como falhas, em muitas placas, se alinham, momentaneamente, permitindo ou oportunizando a trajetória do acidente,

trazendo o dano ao contato com as vítimas.

Essas falhas, alinhadas momentaneamente, são conhecidas por "janelas de oportunidades" e que, de certa forma, são raras, devido à multiplicidade de defesas e à mobilidade das falhas. Entretanto, ocorrem. E os erros de medicamentos constituem exemplo.

Os buracos na defesa ocorrem, devido às falhas ativas, que são os erros e violações cometidas por aqueles, em contato direto com a interface do sistema, o ser humano. Constituem-se, no caso do sistema de saúde, os atos inseguros ou os erros e violações cometidas pelas pessoas que estão na ponta final do sistema (no nosso caso, o sistema de medicação), em contato com o paciente e suas ações e decisões podem resultar em falhas ativas. Tais atos inseguros têm probabilidade de causar um impacto direto na segurança do sistema. (Reason, 1997).

As condições latentes - são relacionadas à organização e estão nas instituições como "patógenos residentes" - estão no organismo, ou seja, estão presentes no sistema, até que, combinadas com falhas ativas e gatilhos, criam a oportunidade de um acidente. São os perigos resultantes de adiamento de ações técnicas e organizacionais e de decisões. Essas condições podem predispor os indivíduos na ponta final do sistema a falhar.

As condições latentes estão sempre presentes em sistemas complexos e o que pode ser feito é torná-las visíveis aos que administram, a fim de que possam ser corrigidas. As falhas ativas e as condições latentes podem estar presentes, muito tempo antes, e, combinadas a circunstâncias locais e a falhas ativas, penetraram as muitas placas de defesa do sistema.

A Austrália, em seu escritório de investigação da segurança aérea, foi a primeira organização a usar o modelo de Reason para to-

**"Dentro da criação de uma cultura de segurança, deve haver uma ampliação que engaje os pacientes e seus familiares no processo de cuidado. Isso se inicia com o entendimento de que o paciente é parte do sistema, e não um recipiente passivo dele".**

dos os seus relatórios. Assim, a abordagem centrada no sistema, a mais aceita nesse momento, concentra-se nas condições sobre as quais os indivíduos trabalham e tentam construir defesas para evitar os erros e reduzir seus efeitos. Assim, se diz que os erros ocorrem, devido às falhas no sistema e que, para reduzi-los, a saída é observar e analisar o sistema de medicação.

PHARMACIA BRASILEIRA - Os pacientes são a parte mais fraca nesse contexto? Eles têm algo a fazer contra os erros de medicação? Se têm, por que já não o fazem?

**Sílvia Cassiani** - Pacientes podem ter um papel ativo em sua terapia medicamentosa e prevenir erros, somente questionando os profissionais, fornecendo informações a estes e, também, mantendo um registro de seus medicamen-

**"Enfermeiros e farmacêuticos interceptam 86% dos erros de medicação relacionados a erros de prescrição, transcrição e dispensação, ao passo que apenas 2% são interceptados pelos pacientes, enquanto que não há nenhuma rede de segurança para as enfermeiras, quando os medicamentos são administrados aos pacientes".**

tos. Os profissionais têm um papel fundamental nesse processo, podendo encorajar os pacientes a ter um papel ativo nesse processo.

Folheto produzido por Adriana Miasso, em sua dissertação de mestrado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, é um exemplo de atitude que pode colaborar nesse papel do paciente, na medida em que ela propõe que os pacientes podem questionar os profissionais, orientando-os sobre a importância de terem conhecimentos sobre os medicamentos que recebem e que lhes são prescritos.

Dentro da criação de uma cultura de segurança, deve haver uma ampliação que engaje os pacientes e seus familiares no processo de cuidado. Isso se inicia com o entendimento de que o paciente é parte do sistema e não um recipiente passivo dele. O conceito de paciente-parceiro dos profissionais no seu tratamento é o que melhor indica o papel ativo esperado dos pacientes e de seus familiares, mas, para isso, devem ser orientados, inclusive dessa expectativa.

PHARMACIA BRASILEIRA - Uma equipe multiprofissional bem liderada, reunindo gente qualificada e que conte com a estrutura e o sistema necessários, é o grande anteparo para se evitar erros?

**Sílvia Cassiani** - Sim, é certamente uma barreira importante. O processo de administrar medicamentos, nas instituições de saúde, é complexo, apresenta várias etapas e processos, envolve profissionais de várias disciplinas, bem como o próprio paciente; necessita, ainda, de conhecimento sobre os medicamentos, acesso, no momento necessário, de informações completas e exatas sobre o paciente e uma série de decisões e ações inter-relacionadas.

Os profissionais envolvidos são o médico, o farmacêutico, o auxiliar do farmacêutico, o enfermeiro e o auxiliar ou técnico de en-

fermagem. Os auxiliares e técnicos de enfermagem estão na ponta final do sistema e são as ações destes profissionais que se traduzem concretamente pela administração do medicamento aos pacientes e observação das reações adversas que podem ocorrer. Assim, é de responsabilidade de todos atentarem para as estratégias que garantam a segurança dos pacientes.

**PHARMACIA BRASILEIRA** - Como o enfermeiro reage, diante de um erro que tem origem lá atrás (na prescrição ou na dispensação)? Que atitude ele deve tomar?

**Sílvia Cassiani** - Os erros ocorrem em todas as fases do sistema de medicação. Segundo Lucian Leape, em artigo escrito, em 1995, 39% dos erros ocorrem, durante a prescrição; 12%, na transcrição; 11%, na dispensação; e 38%, durante a administração. Enfermeiros e farmacêuticos interceptam 86% dos erros de medicação relacionados a erros de prescrição, transcrição e dispensação, ao passo que apenas 2% são interceptados pelos pacientes, enquanto que não há nenhuma rede de segurança para os enfermeiros, quando os medicamentos são administrados aos pacientes.

Assim, a equipe de enfermagem intercepta um grande número de erros advindos da prescrição médica e da distribuição de medicamentos, diariamente, nas instituições de saúde, o que denominamos de erros potenciais, pois foram interceptados, antes de atingir os pacientes. Mas se constituíram erros e essas ocorrências devem ser notificadas à comissão de qualidade ou outra responsável pela melhoria dos processos, com o intuito de corrigir as falhas e não indicar culpados. Mas isso não ocorre.

**PHARMACIA BRASILEIRA** - Que erros mais comuns ocorrem na administração de medicamentos?

**Sílvia Cassiani** - A administração de medicamentos a pacientes errados é o erro que mais comumente ocorre, devido, principalmente, a falhas na identificação dos pacientes, que poderiam ser

minimizadas, simplesmente, com o uso de pulseiras de identificação. Além destes, os mais frequentes são, também, a administração de medicamentos na via e dose erradas, o não cumprimento do horário estabelecido na prescrição médica (erro de horário) e pouco esclarecimento sobre conservação, preparo e estabilidade dos medicamentos.

**PHARMACIA BRASILEIRA** - A que a senhora atribui os erros de medicação?

**Sílvia Cassiani** - Em 1863, Florence Nightingale escreveu, em suas *Notes on Hospitals*, "Primum non nocere", traduzidas como "Primeiramente, não cause danos", indicando que a segurança de pacientes é parte integrante da profissão de Enfermagem, desde o início da Enfermagem moderna (Pepper, 2004).

“O que é preciso é o desenvolvimento institucional de uma ‘cultura de segurança’ como prioridade estratégica organizacional, em vez de se manter a cultura da culpa”.

Todavia, infelizmente, erros na medicação ocorrem, não somente durante a administração do medicamento propriamente dita, mas em todas as etapas do sistema de medicação. Os conceitos de *erro humano*, ainda do psicólogo inglês James Reason, explicam por que os erros ocorrem. Para esse autor, erro humano é uma falha nas ações planejadas, com o objetivo de obter os fins desejados, sem que nenhum evento imprevisto tenha ocorrido.

O ser humano desempenha suas ações em três níveis, segundo Jeans Rasmussen, que investigou a base cognitiva do comportamento humano subjacente aos erros:

- Nível de desempenho (ou, também, de comportamento), baseado nas habilidades. São as tarefas que executamos de rotina, praticadas automaticamente e com verificações ocasionais de seu progresso. Refere-se às tarefas automáticas que requerem atenção limitada ou nenhuma cognição, durante a execução. Deslizes são falhas baseadas nas habilidades.
- Nível de desempenho baseado nas normas, regras. Nesse nível, aplicamos as normas memorizadas ou escritas. Nível de tomada de decisão que envolve a aplicação de regras ou esquemas já existentes para lidar com situações familiares. Aplicando essa regra, nós operamos, associando automaticamente os sinais e sintomas do problema a alguma estrutura do conhecimento. Usamos pensamento consciente para verificar se a solução está ou não apropriada.
- Nível do desempenho baseado no conhecimento. Esse nível envolve a aplicação consciente de conhecimento existente para lidar com novas situações. Os três níveis de desempenho não são exclusivos e coexistem, ao mesmo tempo. Lapsos são as falhas baseadas no conhecimento.

Os erros, em cada um dos três níveis de desempenho, variam no grau em que eles são configurados por fatores intrínsecos (vieses cognitivos, limitações de atenção) e por fatores extrínsecos (características estruturais da tarefa e os efeitos do contexto). Autores que lidam com esse tema, embora identifiquem a importância dos fatores intrínsecos, acreditam que fatores extrínsecos, como políticas e diretrizes da instituição, sobrecarga de



tarefas, desorganização da estrutura, falta de cultura organizacional voltada para a segurança dos pacientes e outros, podem contribuir para a ocorrência dos erros. Assim, a proposta é trabalhar, no sentido de melhorar os processos internos e a estrutura, pois isso tem um peso importante na ocorrência dos erros.

**PHARMACIA BRASILEIRA** - O que é feito, na administração de medicamentos, depois que os erros acontecem? A administração é a última barreira, a última resistência. Se ela falhar...

**Sílvia Cassiani** - Para se explicar que atitudes têm sido tomadas nas instituições, gostaria de, primeiramente, citar os trabalhos de Hudson (2003) e de vários outros autores sobre como os modelos de algumas industriais podem ser aplicados à saúde, no que concerne, obviamente, à segurança.

E, dessas áreas, destacam-se, como exemplos de desenvolvimento dessa cultura de segurança, a aviação civil, as empresas de extração de petróleo e de gás e as usinas nucleares. Essas organizações empregaram técnicas da engenharia de fatores humanos.

Para isso, há um modelo de evolução da cultura de segurança nas organizações onde se distinguem cinco tipos: patológica, reativa, calculativa, proativa e generativa. A organização com uma cultura patológica (1º nível) considera a segurança como um problema dos trabalhadores. A reativa é aquela que pensa seriamente nas ações, após os acidentes. A calculativa é aquela em que a segurança é dirigida por administradores, com muita coleta de dados, e é imposta, ao invés de buscada pela força de trabalho. Já a proativa, trabalha com um desempenho aperfeiçoado; o "não esperado" é um desafio e o envolvimento da força de trabalho vai até o mais alto nível. A generativa, por sua vez, é onde há participação de todos os níveis. A segurança é parte do negócio.

**"Além dos EUA, vários países, como Inglaterra, Irlanda, Austrália, Canadá, Espanha, Nova Zelândia, Suécia e outros, também, têm olhado atentamente essa questão, e tomado iniciativas, como a criação de institutos, associações e organizações voltadas ao problema".**

Assim, as atitudes, após a ocorrência dos erros, variam, conforme o tipo de organização. Atualmente, vemos, infelizmente, que a cultura patológica é a que frequentemente impera, pois o problema é do profissional. Ele é quem é responsabilizado e penalizado.

**PHARMACIA BRASILEIRA** - O Brasil precisa deitar, urgentemente, um novo olhar sobre o problema dos erros de medicação, com vistas à sua prevenção? Noutras palavras, não já passa da hora de o problema ser encarado?

**Sílvia Cassiani** - O relatório do Instituto Americano de Medicina, de 1999, repercutiu, nos Estados Unidos, e teve destaque, na mídia, levando a medidas governamentais pelo então Presidente Clinton, como a criação de um centro de melhoria da qualidade e segurança do paciente e de fundos no valor de 20 milhões de dólares (aumento de 500%, após o relatório), para a condução de pesquisas na redução de erros médicos e para a modernização dos sistemas de medicação, em hospitais da *Veteran Administration*, criação de agências nacionais de segurança ao paciente, organização de eventos e de institutos de segurança de pacientes, acreditação de hospitais e ações estratégicas de várias instituições de saúde daquele País, bem como a meta de reduzir os erros evitáveis em 50%, em cinco anos, a partir de 2000, ou seja, até

2005. A *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* reorganizou e enfatizou as diretrizes no que se referia ao uso de medicamentos parecidos no nome e no rótulo. Além dos EUA, vários países, como Inglaterra, Irlanda, Austrália, Canadá, Espanha, Nova Zelândia, Suécia e outros, também, têm olhado atentamente essa questão, e tomado iniciativas, como a criação de institutos, associações e organizações voltadas ao problema.

Em 2003, fiz, a título de curiosidade, uma consulta à Base de Dados Medline de artigos, sob a palavra-chave *erros de medicação*, e encontrei 733 artigos publicados, nos EUA; 75, no Reino Unido; 70 artigos, no Canadá, 39, na Alemanha; 36, na França e na Dinamarca; seis, no México; oito, no Brasil, e nenhum, nos outros países da América Latina.

Dois anos após, isso deve ter modificado e, provavelmente, no Brasil, essa mudança foi maior, pois temos conhecimento de outros grupos, além do nosso, que, hoje, têm se debruçado sobre essa questão, com produções na área. Mas, até dois anos atrás, era, praticamente, somente o grupo de Ribeirão Preto quem divulgava esse tema. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária tem zelado por esse aspecto, no País, e apresentado várias estratégias e ações ligadas às instituições de saúde e aos profissionais.

**PHARMACIA BRASILEIRA** - De onde deve partir uma reação, com vistas a solucionar o problema? Um esforço reunindo os setores público e privado, as organizações de saúde e outras deve ser desenvolvido, com urgência?

**Sílvia Cassiani** - Sim. Certamente, pode haver ações coordenadas pelos setores governamentais, ligadas à acreditação hospitalar e aos conselhos regionais dos profissionais da saúde, liderando uma reação inicial, já que as pesquisas estão comprovando a situação. A criação de um órgão governamental ou não, relacionado à segurança dos pacientes, em vári-



os aspectos, não somente com respeito à terapêutica medicamentosa, pode ser um bom começo.

As políticas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária podem ser mais conhecidas pelos profissionais em geral e instituir, entre estes, a importância dos relatos, tirando a cultura da punição tão comum, substituindo-a por uma cultura organizacional, que privilegie a segurança. A acreditação dos hospitais, tomando como base, além de outros aspectos, a segurança dos pacientes, pode se tornar um fato.

A criação de uma organização não-governamental é uma perspectiva futura que tenho. Quem sabe, novos pares irão aparecer, após a leitura deste material, e fortalecer a idéia de uma organização lutando por essa questão. É meu sonho.

**PHARMACIA BRASILEIRA** - Como avalia a atuação dos órgãos de saúde no enfrentamento do problema?

**Sílvia Cassiani** - A questão e o assunto são novos, mesmo mundialmente, mas o Brasil deve acompanhar uma tendência mundial e dar o destaque devido ao tema.

**PHARMACIA BRASILEIRA** - Falta qualificação, conhecimento para se enfrentar os erros de medicação?

**Sílvia Cassiani** - Não. O que é preciso é o desenvolvimento institucional de uma "cultura de segurança" como prioridade estratégica organizacional, em vez de se manter a cultura da culpa. A ênfase na segurança irá modificar e promover o avanço no enfrentamento da questão.

**PHARMACIA BRASILEIRA** - Erros de medicação são um assunto delicado. Por que? Falarmos dele, nesta série de entrevistas publicada na PHARMACIA BRASILEIRA, pode significar um sinal de mudança em busca de uma resposta para o problema?

**Sílvia Cassiani** - O assunto não é delicado, se bem abordado,

**"O assunto não é delicado, se bem abordado, e é o que me parece que esse material da revista PHARMACIA BRASILEIRA propõe. E o objetivo de tratá-lo é o de melhorar os processos das instituições que estão atentas para essa questão e, também, o de informar aos pacientes da importância de sua participação no tratamento".**

e é o que me parece que esse material da revista PHARMACIA BRASILEIRA propõe. E o objetivo de tratá-lo é o de melhorar os processos das instituições que estão atentas para essa questão e, também, o de informar aos pacientes sobre a importância de sua participação no tratamento.

As instituições que apresentam os índices mais elevados de erros são aquelas que estão investigando o aspecto e, por isso, os relatórios são estimulados. Dizer que em determinada instituição não há erros de medicação é mostrar que provavelmente esses erros estão ocorrendo, mas não estão sendo notificados, o que é negativo, tanto sob o ponto de vista dos pacientes, que não estão sendo informados, como do ponto de vista administrativo, que desconhece a realidade da instituição.

**PHARMACIA BRASILEIRA** - Fale do trabalho multidisciplinar envolvendo o médico, o farmacêutico e o enfermeiro? A consciência multiprofissional ainda é tímida e mal construída?

**Sílvia Cassiani** - Como diz Padilha e Col (2002), a complexidade inerente ao processo de administrar medicamentos exige que o erro de medicação seja visto como um fenômeno multicausal, de abordagem multidisciplinar cujo enfre-

tamento envolve vários profissionais e, assim, cada um desses, usando conhecimentos específicos, partilha da responsabilidade de prevenir erros, identificando e corrigindo fatores que contribuam para sua ocorrência. Para isso, o trabalho tem que ser colaborativo, centrado no paciente, em equipe e coeso.

**PHARMACIA BRASILEIRA** - Como o enfermeiro relaciona-se com os médicos e o farmacêutico?

**Sílvia Cassiani** - O ambiente de trabalho e o trabalho do enfermeiro têm se modificado, nas últimas duas décadas. Hoje, temos pacientes hospitalizados em condições mais graves do que no passado recente, as hospitalizações são mais curtas, o trabalho foi redesenhado, há um número menor de enfermeiros, freqüente rotatividade de pacientes e pessoal de enfermagem, longa jornada de trabalho, rápido aumento de novos conhecimentos e tecnologias, interrupções e demanda no tempo do enfermeiro. Transformar o ambiente de trabalho dos enfermeiros é essencial à segurança de pacientes. Para isso, será necessária a colaboração dos outros profissionais da saúde, entre eles, e principalmente, do médico e do farmacêutico.

**"Dizer que em determinada instituição não há erros de medicação é mostrar que provavelmente esses erros estão ocorrendo, mas não estão sendo notificados, o que é negativo, tanto sob o ponto de vista dos pacientes, que não estão sendo informados, como do ponto de vista administrativo, que desconhece a realidade da instituição".**