

# Frequência de erros de prescrição em enfermaria de Psiquiatria de um hospital universitário

*Frequency of prescription errors in a psychiatric ward of a university hospital*

## **Natália Cairo Leal**

Farmacêutica. Especialista em Atenção Hospitalar na Área de Farmácia, com ênfase em Saúde Mental, e em Saúde Coletiva. Salvador, BA.  
nataliaacairo@gmail.com

## **Luana Sávia Santos Silva**

Farmacêutica. Especialista em Assistência Farmacêutica e em Atenção Hospitalar na Área de Farmácia, com ênfase em Saúde. Salvador, BA.

## **Lúcia de Araújo Costa Beisl Noblat**

Farmacêutica. Doutora em Medicina e Saúde. Professora Associada do Departamento do Medicamento da Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA.

**Resumo:** *Objetivo:* Determinar a frequência de erros de prescrição na enfermaria de psiquiatria de um hospital universitário, estabelecer a taxa de erros de prescrição por tipo de erro de prescrição e os medicamentos mais frequentemente relacionados a erros de prescrição. *Método:* Estudo observacional do tipo transversal, por meio da coleta de dados em prontuário, compilados em um formulário padronizado com posterior análise descritiva. *Resultados:* Foi encontrada uma frequência de 35,9% de erros de prescrição por medicamento prescrito, sendo os erros de escrita os mais frequentes. Antipsicótico foi a classe terapêutica com maior quantidade de erros de prescrição sendo que, aproximadamente, 69% dos medicamentos envolvidos em erros de prescrição foram prescritos para uso “se necessário”. *Conclusão:* Uma elevada frequência de erros de prescrição foi encontrada, corroborando com o relatado na literatura. Estudos que avaliam a causa dos erros de prescrição e as intervenções para reduzi-los ainda são necessários, principalmente na área de saúde mental.

**Palavras-chave:** erros de medicação, erro de prescrição, segurança do paciente, psiquiatria.

**Abstract:** *Objective:* To determine the frequency of prescription errors in a psychiatric unit in a university hospital, to check the frequency of prescribing errors by type of prescription error, and describe the most common drugs related to prescription errors. *Method:* Observational cross-sectional study conducted through data collection in medical records compiled in a standardized form with further descriptive analysis. *Results:* A frequency of 35.9% of prescription errors by prescribed medication was found; writing errors were the most frequent. Antipsychotic was the therapeutic class with higher prescription error. Approximately 69% of the drugs involved in prescription errors were prescribed for use “if necessary”. *Conclusion:* A high frequency of prescription errors was found, corroborating findings in the literature. Studies to assessing the causes of prescribing errors and interventions that can reduce them are still needed, particularly in the mental health area.

**Keywords:** medication errors, prescribing error, patient safety, psychiatry.

## Introdução

A cura ou o controle de uma determinada doença ou sintoma não são os únicos resultados prováveis do uso de medicamentos: sabe-se que, além do efeito terapêutico, medicamentos podem apresentar efeitos indesejáveis.

Evento adverso relacionado a medicamentos (EAM) é definido como incidente que resulta em dano a um paciente devido ao uso de medicamento. Podem ser classificados, segundo a possibilidade de prevenção, como: eventos adversos não preveníveis ou reações adversas a medicamentos (RAM).<sup>1,2</sup>

Erros de medicação (EM) são os eventos adversos evitáveis que, de fato ou potencialmente, podem levar ao uso inadequado de medicamento. Podem ser classificados segundo a etapa do processo em que ocorrem, isto é, na prescrição, na transcrição, na dispensação, no monitoramento e na administração.<sup>1,3,4</sup>

Sabe-se que grande parte dos EM podem causar reações adversas, acarretando até danos permanentes. Segundo um relatório do Instituto Americano de Medicina, publicado em 2000, entre 44.000 e 98.000 americanos hospitalizados morrem por ano devido a erros relacionados à assistência, representando a oitava causa de morte no país. Aproximadamente 20% desses erros são relacionados ao uso de medicamentos, acarretando um custo anual entre 17 e 29 bilhões de dólares para o país.<sup>5</sup>

Estudos realizados em hospitais gerais apontam que, dentre os erros de medicação, erros de prescrição (EP) e de administração são os mais frequentes, sendo que os de prescrição estão presentes em 2% a 15% dos medicamentos prescritos e são considerados como os mais sérios dentre os que ocorrem na utilização de medicamentos.<sup>6,2,7</sup>

Alguns estudos têm demonstrado que determinadas populações, como pacientes críticos, oncológicos e psiquiátricos, constituem uma população de alto risco para EP e, assim, são sérios desafios para o uso seguro de medicamentos.<sup>8,9</sup>

Apesar da elevada diversidade de estudos sobre a frequência e causas dos EP nos hospitais gerais, no âmbito da psiquiatria, esses estudos ainda são insuficientes.<sup>10</sup>

No Brasil, o número de estudos sobre EP tem se mostrado crescente. Entretanto, não encontramos

pesquisas com este enfoque em grupos de pacientes psiquiátricos nas bases de dados MEDLINE, PUBMED, SCOPUS, BIREME e SCIELO – fato que sustenta a necessidade desses estudos, uma vez que se trata de uma população com risco elevado para a ocorrência de EM, além da necessidade de conhecer suas características para que medidas de prevenção sejam elaboradas com o objetivo de melhorar a qualidade de assistência.

## Objetivos

Determinar a frequência dos erros de prescrição na enfermaria de psiquiatria de um hospital universitário, verificar a taxa de erros de prescrição por tipo de erro de prescrição, e identificar os medicamentos mais frequentemente relacionados aos erros de prescrição.

## Método

Estudo observacional do tipo transversal, realizado na Enfermaria de Psiquiatria de um hospital universitário no mês de março de 2016.

O hospital está localizado na cidade de Salvador, Bahia. Inaugurado em 1948, é atualmente uma unidade hospitalar e ambulatorial de média e alta complexidade, integrante do Sistema Único de Saúde (SUS). Sua estrutura física é composta por 16 unidades de internação e 289 leitos, divididas em unidades de clínica médica, cirúrgica e terapia intensiva.<sup>11</sup> A enfermaria de psiquiatria contém 15 leitos, dos quais, 12 são destinados exclusivamente a pacientes do sexo femininos, e três leitos de hospital-dia que atendem ambos os sexos. São referenciados para essa unidade de internação pacientes com transtornos mentais graves e persistentes.

As prescrições são feitas diariamente por meio de um sistema predominantemente eletrônico, e emitidas em duas vias. A primeira via é utilizada para aprazamento dos medicamentos e orientação para administração dos mesmos e, posteriormente, integrada ao prontuário. A segunda via é encaminhada para o Serviço de Farmácia e utilizada para que os farmacêuticos realizem sua avaliação técnica.

A população alvo do estudo foram as prescrições dos pacientes internados na Unidade de Psiquiatria

desse hospital. Foram incluídas as prescrições dos pacientes internados na unidade, mas excluídas as prescrições dos pacientes internados apenas para realizar procedimentos eletivos, como eletroconvulsoterapia (ECT), e as prescrições que não incluíam medicamentos.

Foram avaliadas todas as prescrições feitas durante o mês de março de 2016 que preenchiam os critérios de inclusão, totalizando 333 prescrições. A fonte de dados foram as primeiras vias das prescrições e os prontuários dos pacientes internados na Enfermaria de Psiquiatria. Os dados foram coletados e compilados em formulário online por meio do Google Drive, contemplando dados clínicos e os dados da prescrição.

A definição de erros de prescrição utilizada foi baseada em Dean, Barber, Schachter<sup>2</sup>: “erros não intencionais, clinicamente significativos, causados por decisão ou erros de redação, que podem reduzir a probabilidade de o tratamento ser efetivo ou aumentar o risco de dano ao paciente, quando comparados com as práticas clínicas estabelecidas e aceitas”.

Os erros de prescrição foram subdivididos em erros de decisão e erros de redação totalizando 16 variáveis.

Os erros de decisão selecionados foram:

1. Prescrição de um medicamento que, devido à existência de uma comorbidade, tenha contraindicação absoluta de uso;
2. Prescrição de um medicamento com histórico de alergia documentada a componente de sua fórmula;
3. Prescrição de medicamentos que possuem interação medicamentosa e/ou medicamento-nutriente potencialmente significativa;
4. Prescrição de um medicamento de índice terapêutico estreito em uma dose que certamente elevará os níveis séricos acima do nível terapêutico;
5. Não alterar a dose de um medicamento de índice terapêutico estreito mesmo após verificar que os níveis séricos estão fora da faixa terapêutica;
6. Continuar prescrevendo um medicamento mesmo após uma reação adversa clinicamente relevante;
7. Prescrição de um medicamento para ser administrado por via intravenosa em um diluente incompatível;
8. Prescrição de um medicamento para ser administrado por via parenteral em uma concentração

maior do que a recomendada por esta via de administração.

Outras variáveis classificadas como erro de decisão segundo Dean, Barber, Schachter<sup>2</sup> foram excluídas devido a limitações de julgamento relacionadas ao tipo de estudo.

Erros de redação foram considerados como:

1. Legibilidade das prescrições:
  - a) Grafia com boa legibilidade: lida normalmente sem problemas para entendimento da escrita;
  - b) Grafia pouco legível: demanda maior de tempo de leitura, gerando dúvidas na compreensão de todas as palavras, números, símbolos e abreviaturas;
  - c) Grafia ilegível: impossibilita o entendimento da escrita.
2. Prescrever utilizando abreviaturas ou nomenclaturas que não façam parte da Denominação Comum Brasileira (DCB) ou Denominação Comum Internacional (DCI).<sup>12</sup>
3. Prescrever um medicamento sem indicação da dose.
4. Omissão da via de administração para um medicamento em que há formas farmacêuticas com várias possibilidades de vias de administração.
5. Prescrição de um medicamento para ser administrado por via intravenosa sem o tempo de infusão.
6. Omissão da assinatura e número do registro no conselho profissional do prescritor.
7. Omissão da data em prescrição.
8. Omissão do nome completo do paciente em prescrição.
9. Omissão do número do prontuário em prescrição.
10. Omissão do número do leito em prescrição.

Para avaliar os erros de redação foi utilizado como base a Política de Prescrição da Instituição.<sup>10</sup>

A prescrição foi classificada em totalmente eletrônica, quando todos os medicamentos foram prescritos através do sistema eletrônico, e em prescrição mista, quando continha medicamentos prescritos de forma manuscrita.

A frequência de erros de prescrição foi determinada segundo a fórmula:

$$\text{Frequência de erros de prescrição} = \frac{\text{(Número total de erros de prescrição)}}{\text{(Número total de medicamentos prescritos)}} \times 100$$

A análise dos dados foi realizada de forma descritiva e os resultados apresentados como frequência absoluta e frequência relativa, na forma de tabelas.

O projeto foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos, sob o número 1.352.343 e seguiu as exigências éticas e científicas fundamentais previstas nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

## Resultados

Durante o período de coleta, 333 prescrições foram avaliadas. Destas, 84,3% eram totalmente eletrônicas. Em média, cada prescrição continha 8,15 medicamentos e todas foram elaboradas por médicos residentes de psiquiatria, do primeiro ano de residência. Um total de 976 erros de prescrição (EP) foram encontrados em 2.715 medicamentos prescritos,

representando uma frequência de 35,9% de erros por medicamento prescrito.

Dos tipos de erros encontrados, os mais frequentes foram relacionados a erros de redação (97%). A frequência dos tipos de erros de escrita pode ser analisada na Tabela 1. Os erros de decisão encontrados foram interação medicamentosa potencialmente significativa (35,7%) e interação medicamento-nutriente potencialmente significativa (33,3%).

Na Tabela 2, observa-se que 76% dos erros estavam relacionadas a três classes terapêuticas. Dessas, ‘antipsicótico’ foi a mais frequente (27,4%). Apenas 28,7% dos medicamentos envolvidos em EP eram psicotrópicos. Do total de medicamentos não psicotrópicos (n= 531), analgésicos e anti-histamínicos foram os mais encontrados. No que diz respeito à orientação de uso, 69% dos medicamentos foram prescritos para uso “se necessário”.

No que se refere ao tipo de prescrição, as prescrições eletrônicas somaram um total de 280, dentre as quais, 206 continham erros de prescrição.

**Tabela 1.** Número e frequência (%) de erros de redação, segundo o tipo.

Tipo de erro de escrita	n	%
Utilização de abreviaturas não padronizadas	620	65,5
Medicamentos por via intravenosa sem tempo de infusão	96	10,1
Uso de denominação fora do padrão DCB ou DCI	79	8,3
Omissão da dose do medicamento	63	6,7
Omissão da frequência de uso do medicamento	43	4,6
Sem informação do diluente*	25	2,6
Grafia pouco legível ou ilegível	11	1,2
Omissão da via de administração	6	0,6
Omissão do registro em conselho	2	0,2
Omissão da assinatura do prescritor	1	0,1
Omissão do número do prontuário	1	0,1
Omissão do número do leito	-	-
Omissão da data em prescrição	-	-
<b>Total de erros de escrita</b>	<b>947</b>	<b>100,0</b>

\* Não prescrever diluente, quando necessário, para medicamentos a serem administrados por via endovenosa.

**Tabela 2.** Número e frequência (%) dos erros de prescrição, segundo a classe terapêutica do medicamento prescrito.

Classe terapêutica	n	%
Antipsicótico	210	27,8
Anti-histamínico	188	24,9
Analgésico	180	23,8
Anti-emético	45	6,0
Antimicrobiano	35	4,6
Contraceptivo hormonal	30	4,0
Antiulcerosos	21	2,8
Anti-inflamatório	11	1,5
Anticolinérgico	8	1,1
Ansiolítico	7	0,9
Glicocorticóide	7	0,9
Opióide	4	0,5
Anticonvulsivante	4	0,5
Vitaminas	4	0,5
Soluções eletrolíticas	2	0,3
<b>Total</b>	<b>756</b>	<b>100,0</b>

Em se tratando das prescrições mistas (PM), observa-se uma taxa de erros mais elevada comparada às prescrições eletrônicas correspondendo a, respectivamente, 84,6% e 68,4% erros por tipo de prescrição. O tipo de erro mais frequente, foi

a utilização de abreviaturas não padronizadas (42,4%).

Nas Tabelas 3 e 4 podem-se observar, também, que houve uma maior variedade de tipos de erros de escrita nas prescrições mistas.

**Tabela 3.** Número e frequência (%) dos erros de prescrição na prescrição mista, segundo o tipo de erro.

Tipo de erro	n	%
Abreviatura não padronizada	64	41,0
Prescrição intravenosa sem tempo infusão	25	16,0
Omissão da dose	15	9,6
Grafia pouco legível	11	7,1
Uso de denominação fora do padrão DCB/DCI	11	7,1
Omissão da frequência de uso	10	6,4
Omissão da via de administração	6	3,8
Não prescrever diluente, quando necessário	5	3,2
Interação medicamento nutriente	4	2,6
Interação potencialmente significativa	2	1,3
Omissão do registro conselho	2	1,3
Omissão da assinatura	1	0,6
Diluente incompatível para medicamento	-	-
<b>Total</b>	<b>156</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 4.** Número e frequência (%) de erros de prescrição na prescrição eletrônica, segundo tipo de erro.

Tipo de erro	n	%
Abreviaturas não padronizadas	556	67,8
Prescrição intravenosa sem tempo infusão	71	8,7
Uso de denominação fora do padrão DCB/DCI	68	8,3
Omissão da dose	48	5,9
Omissão da frequência de uso	33	4,0
Não prescrever diluente, quando necessário.	20	2,4
Interação potencialmente significativa	13	1,6
Interação medicamento nutriente	10	1,2
Omissão do número do prontuário	1	0,1
Diluente incompatível para medicamento	-	-
<b>Total</b>	<b>820</b>	<b>100,0</b>

## Discussão

Após revisão bibliográfica realizada no banco de dados da BIREME, PUBMED, SCOPUS e SCIELO com os descritores “medication error\$”, “prescribing error\$”, “patient safety”, “psychiatry” e “mental health” não foram encontrados trabalhos publicados no Brasil dos erros de prescrição em pacientes psiquiátricos.

A cada prescrição analisada foram encontrados, em média, 3 erros de prescrição, sendo que os erros de escrita foram os mais frequentes, correspondendo a 97%. Observa-se que, a frequência de EP nos estudos da literatura internacional é bem diversificada, variando de 2,5% a 11%.<sup>13-17</sup> Diferenças na metodologia, tempo de coleta e tamanho das populações estudadas resultam em que sejam diversificadas as taxas e perfis de EP encontrados, tornando-se difícil a comparação dos resultados entre os estudos.<sup>2,15</sup>

Stubbs, Haw, Taylor<sup>17</sup> verificaram que 77,4% dos erros de prescrição identificados em unidades de saúde mental da Inglaterra foram classificados como erros de escrita – corroborando com o encontrado neste estudo –, sendo que a omissão da via de administração, da dose e da frequência de uso foram os mais prevalentes.<sup>14,15,17</sup> Neste estudo, o erro de escrita mais encontrado foi o uso de abreviaturas não padronizadas (67,2%) e a omissão da dose, da frequência de uso e da via de administração corresponderam a

12,2%. Entretanto, é verificada também, uma grande variedade de classificação do tipo de erro nos estudos que, associada à metodologia aplicada, pode produzir perfil de erros de prescrição diversificados.<sup>2,18</sup>

A elevada frequência do uso de abreviaturas não padronizadas também foi encontrada por Miasso et al.<sup>19</sup>, em estudo realizado em quatro hospitais universitários brasileiros sobre erros de prescrição, verificando que abreviaturas não padronizadas estavam presentes em 80% das prescrições.

O uso de abreviaturas em prescrições é uma das causas mais comuns de EP devido ao seu elevado risco de produzir falhas na comunicação. Em detrimento disso, o Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (ISMP-Brasil)<sup>20</sup> publicou um boletim orientando evitar a utilização de abreviaturas em prescrições, mesmo naquelas digitadas ou eletrônicas, principalmente em hospitais com alta rotatividade de prescritores, com o objetivo de prevenção da ocorrência de erros.

Antipsicóticos foi a classe terapêutica mais prevalente associada aos erros de prescrição, seguida de analgésico e anti-histamínico, sendo que 69% dos medicamentos envolvidos em EP foram prescritos para uso “se necessário”. Tal fato também pôde ser observado nos outros estudos realizados em populações psiquiátricas.<sup>15,17</sup> Considerando que a decisão para a utilização de um medicamento prescrito com orientação para uso “se necessário” fica a cargo da

equipe de enfermagem, essa pode ser uma das estratégias para prevenir a ocorrência de erros de prescrição, cuja relevância está no fato de que esse tipo de prescrição está associado ao aumento da polifarmácia, de reações adversas relacionadas a interações medicamentosas e ao aumento da morbidade.<sup>21,22</sup>

A prescrição de medicamentos para uso “se necessário” é um tema que merece discussão mais ampla devido ao risco para ocorrência de erros de medicação. Nosso estudo não dimensionou a prescrição de medicamentos para uso “se necessário” que foram administrados. Portanto, novos estudos que avaliam esse dado, bem como o impacto desse tipo de prescrição na produção de erros de medicação, podem ser de grande importância para avaliar medidas de prevenção de erros, considerando as características do serviço de farmácia e do sistema de distribuição de medicamentos empregados na instituição. Entre essas medidas, dever-se-ia avaliar a extinção da prescrição de medicamentos “se necessário” e a obrigatoriedade de a prescrição conter critérios que orientam a necessidade de uso.

Prescrições mistas tiveram uma frequência de erros mais elevada do que as prescrições totalmente eletrônicas. Além disso, erros de decisão foram mais prevalentes em prescrições mistas assim como houve uma maior variedade dos tipos de erros de escrita, como a presença da omissão da via de administração e pouca legibilidade e/ou ilegível.

Em um estudo multicêntrico realizado na Inglaterra, Keers et al.<sup>15</sup> avaliaram a prevalência, a natureza e os preditores de erros de prescrição em saúde mental e verificaram que não houve diferença entre prescrições eletrônicas e escritas à mão na redução dos riscos de EP. Outro estudo, realizado em uma enfermaria psiquiátrica com 88 leitos de um hospital universitário de Baltimore, Estado Unidos, avaliou a implementação de um sistema de prescrição eletrônica, encontrando uma redução significativa na frequência dos erros relacionados à legibilidade das prescrições, erros de dose e de interpretação.<sup>23</sup>

O impacto do uso de prescrições eletrônicas na diminuição do risco de erros de medicação e eventos adversos relacionados ao uso de medicamentos tem sido objeto de estudo. Sabe-se que a utilização de sistema de prescrição eletrônica pode reduzir significativamente erros de medicação. Entretanto, a utilização de prescrições eletrônicas também pode produzir novos tipos de erros de medicação, sendo

necessário assim, estudos que investiguem de forma mais ampla o impacto da utilização do sistema eletrônico e a prevenção de novas oportunidades de erro.<sup>24,25</sup>

Em nosso estudo, todas as prescrições foram feitas por residentes de psiquiatria do primeiro ano. Por ser um hospital universitário, há uma elevada rotatividade de prescritores. Além disso, no período em que o estudo foi realizado houve o ingresso de novos residentes na enfermaria. Keers et al.<sup>15</sup> encontraram, em estudo em pacientes internados em unidades de saúde mental do Serviço de Saúde Nacional da Inglaterra, que médicos especialistas mais experientes tiveram um risco maior de cometer erros de prescrição quando comparados a residentes e médicos em seu primeiro ano de especialização, após a graduação. Isso sugere que mais estudos devem ser realizados com o objetivo de avaliar prescrições de médicos especialistas utilizando abordagem mais detalhada dos erros e não somente análise multivariada dos erros totais.

O delineamento do tipo corte transversal representa a principal limitação deste estudo por impossibilitar a avaliação de causalidade. Além disso, a análise retrospectiva de dados pode causar viés de informação do tipo memória.

## Conclusão

Erros são frequentes em prescrições para pacientes psiquiátricos hospitalizados. Este estudo identificou uma elevada frequência de erros de prescrição principalmente relacionados a erros de redação. A classe terapêutica mais envolvida foi a de antipsicóticos. Uma maior incidência de erro foi encontrada em prescrições mistas e em medicamentos prescritos para uso “se necessário”.

Novos estudos da causalidade dos erros de prescrição, bem como aqueles com objetivo de investigar intervenções voltadas para a redução desses erros, são necessários, principalmente na área de saúde mental.

## Referências

1. American Society of Health-System Pharmacists (ASHP). ASHP Guidelines on Preventing Medication Errors in Hospitals. *Am. J. Hosp. Pharm.* 1993; 50(2):305-314.

2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde. 2014. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf)
3. Dean B, Barber N, Schachter M. What is a prescribing error? *Qual. Saf. Health Care.* 2000; 9:232-237.
4. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP). *About medication error: types of medication errors. Medication error index.* 2001. Disponível em: <http://www.nccmerp.org/types-medication-errors>.
5. Kohn LT. The institute of medicine report on medication error: overview and implications for pharmacy. *Am. J. Health Syst. Pharm.* 2001; 58:63-66.
6. Franklin BD, Reynolds M, Shebl AN, Burnett S, Jacklin A. Prescribing errors in hospital inpatients: a three-centre study of their prevalence, types and causes. *Postgrad Med J.* 2000; 87:739-745.
7. Seden K, Kirkham JJ, Kennedy T, Lloyd M, James S, McManus A, Ritchings A. Cross-sectional study of prescribing errors in patients admitted to nine hospitals across North West England. *BJM Open.* 2013; 3: e002036.
8. Cullen DJ, Sweitzer BJ, Bates DW, Burdick E, Edmondson A, Leape LL. Preventable adverse drug events in hospitalized patients: a comparative study of intensive care and general care units. *Crit. Care Med.*, 1997; 25(8):1289-97.
9. Senst BL, Achusim LE, Genest RP, Cosentino LA, Ford CC, Little JA, et al. A practical approach to determining adverse drug event frequency and costs. *Am. J. Health Syst. Pharm.* 2001; 58(2):1126-32.
10. Maidment DI, Lellion P, Paton C. Medication errors in mental healthcare: a systematic review. *Qual Saf Health Care.* 2006; 15:409-423.
11. INTRANETHUPES. Lista de Siglário. Disponível em: [http://intranet.hupes.ufba.br/wpcontent/uploads/2012/04/01102014\\_234\\_siglario\\_lista\\_de\\_abreviaturas\\_e\\_simbolos-01.10.14.pdf](http://intranet.hupes.ufba.br/wpcontent/uploads/2012/04/01102014_234_siglario_lista_de_abreviaturas_e_simbolos-01.10.14.pdf)
12. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). *Manual das Denominações Comuns Brasileiras. Farmacopeia Brasileira.* São Paulo: Anvisa, 2013. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/farmacopeiabrasileira/conteudo/2013/Manual%20DCB%202013%20Vers%C3%A3o%20final.pdf>
13. Grasso BC, Genest R, Jordan CW, Bates DW. Use of Chart and Record Reviews to Detect Medication Errors in a State Psychiatric Hospital. *Drug Safety.* 2009; 32(5): 379-389.
14. Higuchi A, Higami Y, Takahama M, Yamakawa M, Makimoto K. Potential reporting of medication errors in a psychiatric general hospital in Japan. *International Journal of Nursing Practice.* 2015; 21:2-8.
15. Keers R, Williams SD, Vattakatuchery JJ, Brown P, Miller J, Lorraine P, et al. Prevalence, nature and predictors of prescribing errors in mental health hospitals: a prospective multicentre study. *BJM Open.* 2014; 4: e00608.
16. Soerensen AL, Lisby M, Nielsen LP, Poulsen BK, Mainz J. The medication process in a psychiatric hospital: are errors a potential threat to patient safety? *Risk Manag. Healthc. Policy.* 2013; 6:23-31.
17. Stubbs J, Haw C, Taylor D. Prescription errors in psychiatry - a multi-centre study. *J Psychopharmacol.* 2006; 20(4): 553-61.
18. Spaeth-Rublee B, Pincus H A, Silvestri F, Peters J. Measuring Quality of Mental Health Care: An International Comparison. *Int J Environ Res Public Health.* 2014; 11(10): 10384-10389.
19. Miasso AI, Oliveira RC, Silva ABC, Lyra DP, Gimenes FRE, Fakhri FT, et al. Prescription errors in Brazilian hospitals: a multi-centre exploratory survey. *Cad. Saúde Pública.* 2009; 25(2): 313-320.
20. Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (ISMP-Brasil). *Erros de medicação associados a abreviaturas, siglas e símbolos.* 2015. Disponível em: <http://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2015/07/V4N2.pdf>.
21. Geffen J, Sorensen L, Stokes J, Cameron A, Roberts MS, Geffen L. *Pro re nata* medication for psychoses: an audit of practice in two metropolitan hospitals. *Aust N Z J Psychiatry.* 2002; 36: 649-656.
22. Davies SJ, Lennard MS, Ghahramani P, Pratt P, Robertson A, Potokar J. PRN prescribing in psychiatric inpatients: potential for pharmacokinetic drug interactions. *J Psychopharmacol.* 2007; 21: 153-160.
23. Jayaram G, Doyle D, Steinwachs D, Samuels J. Identifying and Reducing Medication Errors in Psychiatry: Creating a Culture of Safety Through the Use of an Adverse Event Reporting Mechanism. *Journal of Psychiatric Practice.* 2011; 17 (2): 81-8.
24. Bates DW, Teich JM, Lee J, Seger D, Kuperman GJ, Ma'Luf N, et al. The Impact of Computerized Physician Order Entry on Medication Error Prevention. *Journal of the American Medical Informatics Association.* 1999; 6:4.
25. Tully MP. Prescribing errors in hospital practice. *Br J Clin Pharmacol.* 2012; 74(4):668-75.

saúde no Estado da Bahia, de forma articulada nos três níveis de atenção à saúde;

Fortalecer o Sistema Único de Saúde através de ações de assistência farmacêutica eficientes, eficazes e seguras, permitindo melhorar a resolubilidade desse sistema;

Estabelecer estratégias para garantir um financiamento sustentável tripartite para o acesso e o uso racional de medicamentos;

Fomentar a pesquisa e o ensino, no âmbito da assistência farmacêutica, de forma articulada com as universidades e unidades de saúde.

Esses objetivos estão incorporados no compromisso de “ampliar e qualificar a assistência farmacêutica, promovendo o uso racional de medicamentos”, da linha de ação “Atenção à Saúde com Equidade e Integralidade”.

Para melhor alcançar os objetivos da política, foi necessário organizá-la a partir de três **diretrizes básicas**:

- a) Gestão Democrática e Participativa;
- b) Uso Racional de Medicamentos;
- c) Ampliação e Qualificação do Acesso.

#### **A) Gestão democrática e participativa**

A diretriz de Gestão Democrática e Participativa teve, como estratégia, desenvolver um modelo de gestão baseado em resultados, fomentando a participação dos colaboradores e dos usuários nos espaços desenvolvidos pela área de planejamento da SESAB para esse fim.

Entre abril e julho de 2007, a SESAB promoveu uma série de encontros com representantes da sociedade civil, organizada em 26 regiões do Estado, denominadas ‘Territórios de Identidade’, com a finalidade de levantar as demandas que subsidiariam a elaboração do PPA e, posteriormente, subsidiaram a análise situacional<sup>12</sup>. Elaborou-se um novo Plano Diretor de Regionalização (PDR), numa parceria com os gestores municipais, por meio do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS). Com o novo PDR aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), o Estado passou a contar com nove macrorregiões de saúde<sup>k</sup>, territórios onde se promoveu a organização das microrregiões de saúde, espaços de implementação de redes assistenciais em áreas estratégicas.

Ainda em 2007, realizou-se a 7ª Conferência Estadual de Saúde, cujo tema central – “Saúde e Quali-

dade de Vida – Políticas de Estado e Desenvolvimento” – foi previamente discutido nas 393 conferências municipais de saúde, cujos relatórios possibilitaram a formação de um banco de dados com as mais de 5.000 propostas da sociedade, que, por sua vez, foram consideradas na realização dos movimentos seguintes.

Baseada nesses aportes, a nova gestão propõe a reformulação do organograma da Secretária de Saúde, criando uma nova Superintendência intitulada ‘Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologias em Saúde’, por se tratar de uma área estratégica e transversal que permeia todo o sistema de saúde na busca de eficácia, eficiência e efetividade do SUS.

Nesta diretriz foram estabelecidas as seguintes ações estratégicas:

- Implantar o Planejamento Estratégico na Diretoria de Assistência Farmacêutica (DASF) e Superintendência (SAFTEC), baseado na agenda de saúde e do plano plurianual;
- Fomentar o desenvolvimento e organização da assistência farmacêutica nos três níveis de atenção à saúde no SUS;
- Informatizar a gestão da assistência farmacêutica, de forma a facilitar a tomada de decisão da DASF;
- Padronizar as principais funções e ações da assistência farmacêutica, permitindo a elaboração dos procedimentos operacionais padrões;
- Desenvolver e formar recursos humanos, em articulação permanente com os órgãos de fomento e universidades públicas e privadas;
- Desenvolver indicadores de gestão de fácil coleta e análise, permitindo análise sistemática da situação da gestão estadual da assistência farmacêutica;
- Elaborar Relatório Mensal de Gestão, que permita subsidiar as decisões dos gestores e o processo de avaliação dos órgãos de controle (Tribunal de Contas do Estado e da União, Controladorias, ouvidorias);
- Monitorar e avaliar a gestão por meio dos instrumentos de avaliação e dos sistemas de informação disponíveis.

<sup>k</sup> ‘Macrorregiões de saúde’ do Estado da Bahia, segundo o PDR-2007: Leste (Salvador); Nordeste (Alagoinhas); Centro-Leste (Feira de Santana); Centro-Norte (Jacobina); Norte (Juazeiro); Oeste (Barreiras); Sudoeste (Vitória da Conquista); Sul (Itabuna/Ilhéus); Extremo Sul (Teixeira de Freitas).

## B) Acesso a medicamentos essenciais e excepcionais

Esta diretriz envolveu as ações de ‘Expansão e Qualificação do Acesso a Medicamentos Essenciais’ e ‘de Dispensação em Caráter Excepcional’<sup>5, 13</sup> nos três níveis de atenção à saúde, com forte ênfase na colaboração interinstitucional e intersetorial com foco no permanente financiamento do sistema.

- Ações de expansão do acesso;
- Implantação da Rede Baiana de Farmácias Populares;
- Criação da nova Bahiafarma;
- Implantação do Programa Medicamento em Casa;
- Expansão do programa de Medicamentos de Saúde Mental;
  - Acesso a medicamentos especiais e nutracêuticos;
  - Ações de qualificação do acesso;
  - Apoio à reestruturação dos Serviços Farmacêuticos, com foco na área hospitalar, DIRES e centros de referência;
  - Melhoria dos processos de logística: programação, aquisição, armazenamento / distribuição / transporte, de forma a permitir eficiência do sistema;
  - Estruturação das diretorias regionais de saúde, para orientação, divulgação e atendimento aos municípios quanto à Política Estadual de Assistência Farmacêutica;
  - Execução das ações de educação permanente e capacitação das equipes, assegurando o acesso seguro e racional aos medicamentos;
  - Informatização da assistência farmacêutica, permitindo gerar informação de qualidade e em tempo hábil para os gestores, profissionais e usuários do SUS.

## C) Uso racional de medicamentos

Entendendo que o processo de uso racional de medicamentos é multidisciplinar e multiprofissional envolvendo, sobretudo, ações de educação permanente e de promoção do uso racional de medicamentos, fez-se necessário criar estratégias que permitissem a utilização segura e eficaz dos medicamentos.

As principais ações nesta diretriz são:

- Ações de educação permanente;

- Atividades de educação permanente a profissionais prescritores, dispensadores e usuários do Sistema Único de Saúde, a fim de promover o uso racional de medicamentos

- Curso para Multiplicadores do Uso Racional de Medicamentos;
- Apoio à formação dos Grupos de Adesão ao Tratamento;
- Educação Permanente na área de uso racional de medicamentos para os Farmacêuticos da SESAB e das secretarias municipais de saúde;
- Oficinas de Capacitação dos Farmacêuticos Municipais;
- Capacitação dos municípios sobre o processo de atualização das Relações Municipais de Medicamentos Essenciais;
- Capacitação dos farmacêuticos dos municípios para elaboração do plano municipal de assistência farmacêutica;
- Capacitação dos profissionais dos centros de referência, DIRES e hospitais para a criação e desenvolvimento das Comissões de Farmácia e Terapêutica, para o processo de atualização da lista estadual de medicamentos essenciais nos três níveis de atenção;
- Curso de Especialização em Assistência Farmacêutica;
- Curso de Especialização em Farmácia Hospitalar;
- Residência Multiprofissional na área de Saúde.
- Ações de promoção do URM;
- Caminhada para o Lançamento da Campanha para o Uso Racional de Medicamentos, a cada ano, em comemoração ao Dia Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos;
- Atualização da Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (RESME) a cada 2 anos;
- Elaboração de Protocolos Estaduais para Uso de Medicamentos Especiais e de Dispensação em Caráter Excepcional;
- Implantação e desenvolvimento do Centro Estadual de Informação de Medicamentos<sup>1</sup> (CIMBAHIA);

<sup>1</sup> O centro de informação de medicamentos é definido como um órgão assessor da diretoria que tem como objetivo avaliar de forma independente as informações sobre medicamentos baseadas nas melhores evidências clínicas disponíveis e foi a principal estratégia para elaboração da relação estadual de medicamentos (RESME), e para o enfrentamento da judicialização da saúde na Bahia.

- Implantação e desenvolvimento da Rede de Baiana de Farmacovigilância, de forma intersetorial e interinstitucional;

- Implantação da Prática da Atenção Farmacêutica na Rede Baiana de Farmácias Populares do Brasil e nas unidades de dispensação do Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional

- Implantação de ações de fitoterapia em parceria com os municípios baianos.

## Conclusão

O processo de implantação da Política Estadual de Assistência Farmacêutica foi desenvolvido de forma participativa, baseado no planejamento estratégico que articulou o Plano Estadual de Saúde 2008-2011, o plano plurianual e a agenda estratégica da SESAB.

Esse processo culminou com uma mudança na forma de gestão, planejamento e organização da assistência farmacêutica na estrutura da SESAB, em particular, com a criação da Superintendência de Assistência Farmacêutica e de várias estruturas de qualificação dessa área.

O resultado da implantação dessa política foi a publicação do Decreto nº 11.935, de 2010, dando maior estabilidade política, administrativa e técnica às ações que levaram à ampliação e qualificação do acesso ao medicamento no Estado da Bahia.

## Referências

1. Organização Mundial de Saúde. *Implementing the third WHO medicine strategy: 2008-2013*. Geneva: WHO; 2009. [acesso em 12 jun. 2016]. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70301/1/WHO\\_EMP\\_2009.1\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70301/1/WHO_EMP_2009.1_eng.pdf) .
2. Oliveira MA, Bermudez JAZ, Osório-de-Castro CGS. *Assistência Farmacêutica e acesso a medicamento*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
3. Fonseca JQ. *Acesso a medicamentos excepcionais na Bahia: o caso do interferon peguilhado*. Salvador. Tese [Doutorado em Saúde] – Instituto de Saúde Coletiva; 2011.
4. Bermudez JAZ, Oliveira MA, Luiza VL. Assistência Farmacêutica. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
5. Brasil. Ministério da Saúde. *Da excepcionalidade às linhas de cuidado: o componente especializado da assistência farmacêutica*. Brasília: Departamento de Assistência Farmacêutica; 2010. [acesso em 12 jun. 2016]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/excepcionalidade\\_linhas\\_cuidado\\_ceaf.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/excepcionalidade_linhas_cuidado_ceaf.pdf) .
6. Bahia. *Decreto n.º 11.035, de 19 de janeiro de 2010*. Dispõe a política estadual de assistência farmacêutica e dá outras providências. [acesso em 12 jun. 2016]. Disponível em: <http://governo-ba.jusbrasil.com.br/legislacao/821201/decreto-11935-10> .
7. Matus, C. *Política, planificação e governo*. (2. ed.) (2 Tomos). Brasília: IPEA; 1993. p. 297-554.
8. Rivera, FJU. *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. (2. ed.) São Paulo: Cortez; 1992. p. 7-89.
9. Teixeira, CF. *Planejamento municipal em saúde*. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva da UFBA; 2001.
10. Rivera, JU. *Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. 309 p.
11. Bahia. Secretaria da Saúde. *Planejamento Estratégico Setorial da Saúde*. Salvador: SESAB; 2007. (mimeo)
12. Castellanos, PL. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. In: Barata, R. (org.). *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1997. p. 31-75.
13. Brasil. *Resolução CNS nº 338, de 2004*. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. [acesso em 12 jun. 2016]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338\\_06\\_05\\_2004.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html) .
14. Brasil. *Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998*. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos. [acesso em 12 jun. 2016]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916\\_30\\_10\\_1998.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html) .
15. Coelho TCB. *O processo de gestão em uma organização hipercomplexa do Sistema Único de Saúde*. Salvador. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva] – Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), 2002.

## ARTIGOS

16. Moreira MR, Escorel S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. *CSC* 2009; 14(3):795-806.
17. Jesus WLA. *Planejamento em saúde no SUS: o caso da Secretaria de Saúde no Estado da Bahia 2007-2009*. Salvador. Tese [Doutorado em Saúde Pública] – Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA), 2012.
18. Organização Pan-Americana de Saúde. *Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017*. Panamá: OPAS; 2007. [acesso em 12 jun. 2016]. Disponível em: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:yp2zbMmoyVgJ:www.paho.org/hq/index.php%3Foption%3Dcom\\_docman%26task%3Ddoc\\_download%26gid%3D16305%26Itemid%3D+&cd=4&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:yp2zbMmoyVgJ:www.paho.org/hq/index.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D16305%26Itemid%3D+&cd=4&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br).
19. Bahia. Secretaria da Saúde. *Agenda Estratégica da Saúde 2008*. Salvador: SESAB; 2008. [acesso em 12 jun 2016]. Disponível em: [http://www.saude.ba.gov.br/images/Arquivos/Profissional\\_Gestor/Agenda\\_Estrategica\\_Saude\\_2008.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/images/Arquivos/Profissional_Gestor/Agenda_Estrategica_Saude_2008.pdf).
20. Bahia. Secretaria da Saúde. *Relatório de Avaliação de Desempenho Institucional da SESAB 2007*. Salvador: SESAB; 2008. [acesso em 12 jun 2016]. Disponível em: [http://www.saude.ba.gov.br/pdf/rag\\_2008\\_final.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/pdf/rag_2008_final.pdf).