



## 5º Simposio de Ensino de Graduação

### **DESENVOLVIMENTO DE UM INSTRUMENTO DE NOTIFICAÇÃO DE ERROS DE MEDICAÇÃO: COMPROMISSO COM A QUALIDADE DE ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM**

#### **Autor(es)**

JULIANA APARECIDA MASCHIETTO

#### **Orientador(es)**

Glicinia E. Rosilho Pedroso

#### **1. Introdução**

Para muitas sociedades, o uso de medicamentos é aceito como a solução para a cura e para a reabilitação das enfermidades de que são acometidas; para outras, tal uso significa um grave problema de saúde pública, devido ao seu exacerbado e indiscriminado consumo, que faz despontar uma nova epidemia de eventos adversos inerentes aos medicamentos e ao alto índice de erro de medicação (SILVA; CASSIANI, 2004). O fato de a enfermagem atuar no último dos processos, que é o de preparo e administração dos medicamentos, ou seja, na ponta final do sistema de medicação, faz com que muitos erros cometidos não detectados no início ou no meio do sistema lhe sejam atribuídos. Miasso et al. (2006) reforça que esse fato também aumenta a responsabilidade da equipe de enfermagem, pois ela é a última oportunidade de interceptar e evitar um erro ocorrido nos processos iniciais, transformando-se em uma das últimas barreiras de prevenção. Enfim, a literatura sintetiza os possíveis fatores que contribuem para os erros de medicação: a falta de habilidade em cálculos matemáticos; conhecimento insuficiente de medicamentos; o trabalho em turnos; sobrecarga de trabalho; o tipo de sistema de trabalho da enfermagem na administração de medicamentos; a qualidade das prescrições com relação à caligrafia médica e à falta de padronização das prescrições levando às interpretações errôneas; conhecimento insuficiente com relação a métodos, vias, locais, ações, dosagens, diluições, técnicas, assepsia (inclusive lavagens das mãos) e utilização adequada de materiais estéreis; elevado número de novos medicamentos e fármacos lançados no mercado, deficiência na formação acadêmica, negligência, desatenção, desatualização quanto aos avanços tecnológicos e científicos, ao manejo de equipamentos, aos procedimentos desenvolvidos e ao sistema de medicação como um todo (SILVA, 2003; TELLES FILHO, 2001; OSHEA, 1999). No caso do erro na medicação, o indivíduo raramente é a única causa. Desse modo, entendemos que deve-se mudar a cultura dos erros para que estes não sejam vistos como falhas humanas, mas como uma oportunidade de melhorar o sistema de medicação. No momento em que a instituição procurar saber “como” e o “por quê” da ocorrência dos erros, e não mais o “quem” foi o responsável por eles, ela contará com a colaboração dos profissionais para diagnosticar as falhas que possam estar ocorrendo na medicação dos pacientes (SILVA; CASSIANI, 2004). Portanto, a

criação de uma cultura da segurança em uma instituição de saúde deve partir da liderança. Os líderes precisam acreditar em uma cultura não-punitiva, que aplique uma abordagem sistêmica ao erro. Estes devem participar de conferências sobre segurança e realizar encontros regulares com sua equipe a fim de discutir as questões relacionadas à segurança. Os membros da equipe devem sentir-se seguros ao informar sobre os erros e entender que estes ocorrem muito mais frequentemente devido à existência de sistemas ruins, e não por causa de pessoas ruins (CASSIANI, UETA, 2004). Ao notificarem erros e “quase-erros”, os membros da equipe devem ser recompensados e não-repreendidos ou punidos. Além disso, os líderes devem tomar medidas em relação aos erros e realizar mudanças, de modo que a equipe sinta que o foco, está na melhoria e na redução de erros. Desse modo, à partir do momento em que uma cultura de segurança estiver criada, os provedores da assistência à saúde irão aumentar a notificação de erros (CASSIANI, UETA, 2004). É imperativo para a segurança do paciente e a contínua melhoria no cuidado à saúde que haja uma revelação, notificação e discussão dos erros ocorridos, como um procedimento padrão nas instituições. Somente através de discussões apropriadas e atitudes claras, as causas dos erros poderão ser identificadas. Estudar os erros é vital para as mudanças na prática que levarão à prevenção destes no futuro. Outra forma de envolver as equipes e incentivar a notificação é trabalhar com a educação continuada (ou permanente), mostrando os dados coletados através das notificações, fazendo grupos de discussões sobre os erros ocorridos, avaliando a situação junto com a equipe de trabalho a fim de que os profissionais possam dar suas opiniões e ajudar a modificar os processos de trabalho, visando à segurança do paciente e um ambiente de trabalho com maior qualidade e satisfação da equipe (MANZONI, 2006). Desta forma, a identificação dos problemas e a busca por novos caminhos e pela melhoria dos processos existentes são mais ágeis e dinâmicos, uma vez que se tem dados concretos pra poder intervir sobre os problemas. A notificação é um aliado importante para a prática hospitalar, pois pode ajudar a preveni-los e, até mesmo, salvar vidas de pacientes que poderiam ser expostos a erros fatais (MANZONI, 2006). Portanto, com a construção, validação e disponibilização do instrumento de notificação, as não conformidades poderão ser identificadas e analisadas. À partir, dos dados encontrados, a elaboração de propostas com ações preventivas para reduzir ou até mesmo eliminar a ocorrência dos erros de medicação, o que é de grande relevância para esta instituição hospitalar que vem buscando a desenvolver o processo de assistência fundamentada na qualidade e na segurança aos seus clientes.

## **2. Objetivos**

---

Este trabalho tem por objetivo propor a criação e validação de um Instrumento que permita a Notificação dos Erros de Medicação bem como disponibilizá-lo; a fim de identificar, analisar e estimar o cálculo da incidência de não-conformidade relacionada à administração de medicamentos pela enfermagem.

## **3. Desenvolvimento**

---

É um estudo descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa num corte transversal, cujos propósitos são construir, validar e disponibilizar um instrumento que permita a Notificação dos Erros de Medicação. O trabalho será desenvolvido em um hospital de grande porte, nível terciário, localizado no município de Piracicaba, interior do estado de São Paulo. O instrumento será aplicado nas seguintes unidades: Unidade Terapia Intensiva Neonatal, Unidade Semi-intensiva Neonatal, Pediatria, Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Clínica Médico-Cirúrgica, nas alas do Sistema Único de Saúde. Essa instituição foi escolhida por possuir vínculo com a Universidade, por serem campo de estágio para as instituições formadoras de profissionais de saúde e estar inserida no programa CQH (Compromisso com a Qualidade Hospitalar).

O instrumento de coleta de dados será na forma de questionário com perguntas abertas e fechadas. Todos os participantes do estudo serão informados sobre a pesquisa, inclusive sobre o sigilo da identificação pessoal e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Os dados encontrados serão tabulados em uma planilha do banco de dados, no Microsoft Excel e realizado uma análise descritiva dos dados obtidos.

#### 4. Resultados

---

Como proposta deste estudo, foi construído e adaptado um Instrumento de Notificação de Erros de Medicação, através do Instrumento de Monzani (2006) à realidade e necessidades do Hospital em estudo. Este por sua vez, já está disponibilizado aos setores para a notificação. No qual, qualquer profissional da área de saúde perante a ocorrência de um erro devem iniciar o preenchimento do Instrumento de Notificação, documentando os detalhes exatos da natureza do acontecido como: data, identificação do paciente, tipo de erro ocorrido, horário que o medicamento foi prescrito, nome da droga, dose e via de administração, pessoal envolvido, turno, conseqüências para o paciente envolvido, a conduta tomada após o erro e, entre outros aspectos, possíveis riscos nas fases anteriores à execução do erro e o que o desencadeou, o estágio do processo em que o erro ocorreu e possíveis falhas do sistema, a fim de amenizá-lo, evitando que a culpa recaia somente no indivíduo profissional. As informações referentes a estes itens devem ser fornecidas e deve-se anotar a resposta terapêutica ou as observações clínicas adversas apresentadas. Finalmente, deve-se registrar a data, horário, o médico notificado a respeito do erro e qualquer prescrição médica fornecida.

Os profissionais estão sendo orientados para que se atenha aos fatos e não se emita a opinião no relatório a respeito do incidente, além de se preservar o anonimato e sigilo.

#### 5. Considerações Finais

---

Fica, assim, evidente que a implantação de relatórios de erros nas instituições hospitalares é de grande importância para a elucidação das causas dos erros e para desenvolver estratégias de prevenção, uma vez que levam à análise dos mesmos, podendo trazer mudanças benéficas para a prática. Conhecer o que significa um erro de medicação, as causas desencadeantes, realizar a notificação, propiciar um ambiente sem punições são aspectos que devem ser considerados para que medidas preventivas sejam implantadas para a promoção de um processo contínuo de melhoria de qualidade.

Portanto, os relatórios de notificação de erros devem ser vistos como um instrumento a mais na busca de uma assistência de enfermagem segura e de qualidade e que pode contribuir diretamente com a diminuição dos erros de medicação e aumento da segurança do paciente.

#### Referências Bibliográficas

---

CASSIANI, S. H. B, UETA, J. **A Segurança de pacientes na utilização da medicação**. 1.ed. São Paulo: Artes Médicas, 2004. 150p.

MIASSO, A. I, et al. O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação. **Rev Latino-am Enfermagem**. V. 14, n. 3, p. 354-63. Maio-junho, 2006.

MONZANI, A. A. S. **A ponta do Iceberg: o método de notificação de erros de medicação em um hospital geral privado no município de Campinas-SP**. Ribeirão Preto, 2006. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

SILVA, Ana Elisa Bauer de Camargo; CASSIANI, Silvia Helena De Bortoli - Administração de medicamentos: uma visão sistêmica para o desenvolvimento de medidas preventivas dos erros na medicação. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 02, p. 279-285, 2004. Disponível em [www.fen.ufg.br](http://www.fen.ufg.br).

SILVA, A. E. B. **Análise do sistema de medicação de um hospital universitário do estado de Goiás**. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2003.

## Anexos

### INSTRUMENTO DE NOTIFICAÇÃO DE ERROS DE MEDICAÇÃO

1-) Data do preenchimento: \_\_\_\_\_

2-) Horário do preenchimento: \_\_\_\_\_

3-) Setor: ( ) Clínica Médica-Cirúrgica  
( ) UTI Adulto ( ) UTI Neonatal  
( ) Pediatria ( ) Semi-Intensiva Neonatal  
( ) Outros \_\_\_\_\_

4-) Sexo do notificador: ( ) M ( ) F

5-) Faixa etária do notificador:  
( ) 16 a 20 anos; ( ) 21 a 25 anos;  
( ) 26 a 30 anos; ( ) 31 a 35 anos;  
( ) 36 a 40 anos; ( ) 41 a 45 anos;  
( ) 46 a 50 anos; ( ) 51 a 55 anos;  
( ) 56 a 60 anos; ( ) 61 anos ou mais.

6-) Titulação do Notificador:  
( ) Médico  
( ) Farmacêutico  
( ) Outro profissional da equipe de farmácia  
( ) Enfermeiro  
( ) Técnico de Enfermagem  
( ) Auxiliar de Enfermagem  
( ) Estagiário de Enfermagem  
( ) Outros profissionais \_\_\_\_\_

7-) Data da ocorrência: \_\_\_\_\_

8-) Horário da ocorrência do erro:  
( ) 00:01 a 06:00 h  
( ) 06:01 a 12:00 h  
( ) 12:01 a 18:00 h  
( ) 18:01 a 24:00 h

9-) Descrição do erro, incluindo a seqüência dos eventos ocorridos e o nome do medicamento envolvido, apresentação, dose e via de administração: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10-) Categoria dos profissionais envolvidos:  
( ) Médico  
( ) Farmacêutico  
( ) Outro profissional da equipe de farmácia  
( ) Enfermeiro  
( ) Técnico de Enfermagem  
( ) Auxiliar de Enfermagem  
( ) Outros \_\_\_\_\_

11-) Tipo(s) de erro(s) ocorrido(s):  
( ) Erro no sistema de distribuição  
( ) Erro de prescrição  
( ) Erro de transcrição  
( ) Erro de apresentação  
( ) Erro com medicamentos deteriorados  
( ) Erro de horário  
( ) Erro de preparo  
( ) Erro em dosagem  
( ) Erro de técnica de administração  
( ) Erro referentes à via de administração  
( ) Erro de administração de medicação não-prescrita  
( ) Erro de dose extra  
( ) Erro de omissão  
( ) Erro de monitoramento  
( ) Outro tipo de erro: \_\_\_\_\_

12-) Conseqüências para o paciente:  
( ) Não causou dano;  
( ) Não causou dano, mas necessitou de monitoramento;  
( ) Resultou em dano temporário e necessitou de intervenção;  
( ) Resultou em dano temporário e prolongou a internação;  
( ) Resultou em dano permanente;  
( ) Causou dano e necessitou de intervenção para manter a vida;  
( ) Contribuiu ou resultou na morte do paciente.

13-) Quais foram as medidas adotadas em relação ao paciente no momento da ocorrência do erro? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14-) Como o paciente evoluiu:

- Recuperado
- Recuperado com seqüelas
- Em recuperação
- Óbito
- Ignorado
- Outra evolução, especifique \_\_\_\_\_

15-) O que você acredita que contribuiu para a ocorrência deste erro de medicação? Enumere as possíveis causas e/ou fatores de risco:

- Falta de informação fornecida pelo paciente sobre sua terapêutica usual;
- Falha na prescrição médica;
- Falha na dispensação e distribuição dos medicamentos pela farmácia;
- Falha no preparo dos medicamentos pela enfermagem;
- Falha na administração dos medicamentos aos pacientes pela enfermagem;
- Falha no monitoramento após a administração dos medicamentos pela enfermagem;
- Outras, especifique \_\_\_\_\_

16-) Quem detectou o erro ocorrido?

- Auditoria de Enfermagem
- Enfermeiro
- Técnico de Enfermagem
- Auxiliar de Enfermagem
- Estagiário de Enfermagem
- Médico
- Farmacêutico
- Outro profissional da equipe de farmácia
- Paciente
- Familiar/Acompanhante/Visitante
- Outros \_\_\_\_\_

17-) O médico foi comunicado sobre a ocorrência?  sim. Por quem? \_\_\_\_\_  
 não. Por quê? \_\_\_\_\_

18-) O paciente e/ou familiar foram informados do erro?  não  sim.  
Por quem? \_\_\_\_\_

19-) Foi adotada alguma conduta quanto ao profissional envolvido no erro de medicação?  sim  não

20-) Se sim, quais foram as condutas adotadas em relação ao profissional envolvido?

- orientação quanto o preenchimento deste instrumento de notificação;
- orientação e esclarecimentos sobre as dívidas e/ou fatores causais do erro;
- treinamento do profissional e/ou setor;
- anotação do ocorrido no relatório de enfermagem;
- comunicação do fato ocorrido na passagem de plantão;
- advertência;
- suspensão;
- demissão;
- outras, especifique \_\_\_\_\_

21-) Qual é a sua opinião sobre este instrumento de notificação dos erros de medicação?  adequado  inadequado  parcialmente adequado

22-) Tem alguma sugestão para melhorar este instrumento de notificação de erros de medicação? \_\_\_\_\_

23-) Segundo o seu ponto de vista, quais são as principais medidas preventivas para se evitar a ocorrência de erros de medicação nesta instituição hospitalar?

- Implantação de prescrição eletrônica nos setores, principalmente, nas UTIs e pediatria;
- Informatização do sistema de dispensação dos medicamentos;
- Uso de códigos de barras no processo de medicação;
- Elaboração de Manual de Normas e Rotinas para medicamentos de alto risco;
- Eliminação dos mini-estoques nos setores;
- Treinamento e aperfeiçoamento da equipe de saúde quanto aos conhecimentos básicos de farmacologia;
- Mudança na cultura organizacional, conscientizando a equipe de saúde sobre a importância da notificação dos erros de medicação sob maneira não-punitiva, a fim de prestar uma assistência segura e com qualidade aos pacientes;
- Outras medidas, especifique \_\_\_\_\_

\*Adaptado de Moura, 2004.