

SEGURANÇA DO PACIENTE NO PROCESSO DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Joseane Marciniak¹; Irany Achilles Denti².

1. Graduanda do Curso de Enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões.

2. Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pela UFSC, Doutor em Ciências da Saúde pela UNESC, Professor do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Campus de Erechim.
E-mail: iranyd@uricer.edu.br.

RESUMO

A segurança do paciente constituiu uma exigência para acompanhar as mudanças na forma de prestação de cuidados com os inquestionáveis avanços dos conhecimentos científicos e sua aplicabilidade nos diversos setores da atenção à saúde humana. A enfermagem pela natureza do seu trabalho é a categoria profissional que mais se envolve com a administração de medicamentos em todos os setores onde estes podem ser administrados. **Objetivos:** o estudo pretende tangenciar aspectos da segurança do paciente na administração de medicamentos. **Metodologia:** trata-se de um estudo de campo, transversal, de análise descritiva e exploratória, cujos dados foram coletados através da aplicação de um questionário a Enfermeiros (as) e Técnicos (as) em enfermagem contendo questões direcionadas a elucidar pontos específicos relacionados a segurança do paciente no processo que envolve a administração de medicamentos. **Resultados:** O estudo aponta para a ocorrência de efeitos adversos ou acidentes consecutivos ao processo de administração de medicamentos, existindo carência quanto a investimentos em qualificações dos profissionais e melhorias no processo de comunicação e da gestão.

Palavras-chave: Assistência ao paciente, segurança, medicamentos.

Abstract

Patient safety has been a requirement to keep up with changes in care delivery with the unquestionable advances in scientific knowledge and their applicability in the various sectors of human health care. Nursing by the nature of its work is the professional category that is most involved with drug administration in all sectors where it can be administered. **Objectives:** The study aims to address aspects of patient safety in drug administration. **Methodology:** This is a cross-sectional, descriptive and exploratory field study, whose data were collected by applying a questionnaire to Nurses and Nursing Technicians containing questions directed to elucidate specific points related to patient safety in the process involving drug administration. **Results:** The study points to the occurrence of adverse effects or accidents consecutive to the medication administration process, with a lack of investments in professional qualifications and improvements in the communication and management process.

Keywords: Patient care, safety, medicines.

Introdução

A massificação da assistência à saúde parece seguir padrões utilizados em “linha de montagem” e é observada em quase todos os níveis de atenção e executada pelos diversos

profissionais encarregados destas ações. Esta forma de atenção é percebível na organização dos serviços, no processo de administração de drogas assim como na atenção prestada ao paciente expressa na elaboração de evoluções com pouca fidelidade em relação a oferecer sequenciamento lógico dos acontecimentos, dos sintomas, do resultado das terapias, assim como do reconhecimento da personalidade dos pacientes.

Por outro lado, para os profissionais da saúde torna-se difícil compreender a experiência vivida pelo doente a partir dos seus relatos, porque estes expressam conceitos usuais, não se constituindo em uma experiência direta, mas a interpretação de uma experiência para a qual o paciente não dispõe de conceitos adequados. Este é um panorama comum e que abrange significativa parcela da população quando necessita da assistência à saúde, oferecendo espaços para diversas contextualizações quando se observa efeitos não desejados tampouco esperados, consecutivos a terapias ou procedimentos, que podem ser oriundos da organização dos serviços, da dispensação ou da administração de terapias.

Desta forma, não é difícil imaginar que para um paciente internado seja bastante difícil distinguir problemas relacionados à gestão do serviço, dos sintomas e sinais provenientes da doença, com efeitos desejados do tratamento (que às vezes também são indesejáveis do ponto de vista do bem-estar) e os efeitos efetivamente indesejáveis e consecutivos ao processo de cuidar. Pela natureza complexa, muitas vezes sutil e subjetiva envolvendo a atenção à saúde, aliado a dados epidemiológicos mobilizou instituições como a Organização Mundial da Saúde (OMS) a publicar dados epidemiológicos, elaborar definições e exortar aos governos para a definição de normas e condutas visando a segurança do paciente e a redução de agravos à saúde diretamente relacionados com as terapias propostas.

Segurança do paciente é definida como a redução a quantitativos aceitáveis dos riscos ou danos potencialmente desnecessários associados a procedimentos envolvendo o cuidado à saúde, tendo como atributos a qualidade, ou seja, segurança, efetividade, cuidado centrado no paciente, oportunidade, eficiência e equidade (BRASIL, 2013).

As ações potencialmente danosas são o resultado de imperícia, imprudência ou da gestão dos serviços e podem expor pessoas a doenças, lesões, sofrimento, incapacidade e morte. (SHERAN et al., 2009). A mesma referência cita que em países desenvolvidos a incidência de eventos adversos oscila entre 4 a 16% dos pacientes hospitalizados, sendo apontado como o gatilho para impulsionar e sensibilizar os sistemas de saúde para desenvolverem ações visando minimizar a ocorrência efeitos indesejados. Nos Estados Unidos a prevalência de efeitos

indesejáveis com a assistência à saúde também é alta e em estudo publicado por Aranaz-Andrés et al. (2011) este percentual foi de 10,5%. Deste quantitativo 28% causou algum tipo de incapacidade e 6% evoluíram à óbito. Pela classificação dos eventos 60% foram considerados evitáveis.

Segundo Phillips et al. (1998) e Institute for Healthcare Improvement (IHI), (2012) há estimativa de que erros no processo de administração de medicamentos em hospitais provoque mais de 7.000 mortes por ano somente nos Estados Unidos. No Brasil ainda não foram publicados dados estatísticos relacionados a perda de vidas devidas a erros relacionados ao processo de administração de drogas. Contudo, em alguns estudos pontuais, quanto a estimativa de erros envolvendo a administração de drogas em 1,7% houve erro pela administração de medicamentos diferentes dos prescritos; 4,8% não eram similares aos prescritos; 1,5% foram administrados por vias diferentes das prescritas e 9,6% em horários antecipados ou posteriores aos indicados pelo prescritor (MIASSO et al. 2006; COREN-SP, 2011).

Wilson et al. (2012) utilizando dados dos Ministérios da Saúde do Egito, Jordânia, Quênia, Marrocos, Tunísia, Sudão, África do Sul e Iêmen, além do Mediterrâneo Oriental e Regiões Africanas, encontrou prevalência de eventos adversos de 2,5% a 18,4%. Destes 83% foram considerados evitáveis, enquanto cerca de 30% foram associadas à morte. Outro dado importante constante neste estudo refere que 34% dos eventos adversos foram classificados como erros terapêuticos em situações clínicas relativamente não complexas e por esta classificação podem ser consideradas evitáveis.

Em estudo epidemiológico publicado pela OMS (2010), na América Latina 10% dos pacientes internados foram vitimados por algum dano consecutivo ao processo de tratamento e cuidado. O mesmo estudo aponta que deste percentual 60% foram considerados evitáveis.

No Brasil, em estudo conduzido por Mendes et al. (2009) em três hospitais do Estado do Rio de Janeiro estimaram a incidência de efeitos adversos em 7,6% e dentre estes 66,7% foram classificados como evitáveis. A mesma referência cita que as áreas onde estes eventos mais frequentemente ocorrem são as enfermarias com (48,5%) e centros cirúrgicos com (35,2%). Estes indicadores mobilizaram profissionais dos diversos setores envolvidos com a saúde e cuidado visando a elaboração de legislações e protocolos para mitigar agravos consecutivos ao processo de cuidar.

A elaboração de políticas direcionadas à segurança do paciente na realidade brasileira, foi estabelecida formalmente através da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Anvisa nº. 63 de 2011 sobre Boas Práticas de Funcionamento em serviços de saúde que incluem o

Gerenciamento da Qualidade e Ações para a Segurança do Paciente (BRASIL, 2011). Este documento e a Res. 36 da ANVISA foram utilizados como base para a formulação da política nacional de segurança do paciente, publicada através da Portaria nº 529 de 01 de abril de 2013, instituindo no âmbito nacional o Programa Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013). Estas Resolução têm por objetivo instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde.

A segurança do paciente no processo de administração de medicamentos inicia com a identificação do prescritor e a subsequente prescrição que deverá ser realizada contendo o nome completo e número de registro do conselho profissional e assinatura. A identificação do prescritor deverá ser legível para conferir autenticidade à prescrição (FEDERICO, 2007).

Posteriormente existe a necessidade da adoção de práticas seguras para distribuição ou dispensação de medicamentos que pode ser coletivo, individualizado, misto, dose unitária e sistema automatizado. O tipo de sistema de distribuição adotado tem relação direta com a frequência de possíveis erros (BRASIL, 2013). A finalização do processo ocorre com a administração das drogas, constituindo-se em atividade privativa e inerente à formação profissional envolvendo atividade multi e interdisciplinar, exigindo conhecimentos teóricos e práticos (TELLES FILHO; CASSIANI, 2004).

Visto que corriqueiramente os Enfermeiros e Técnicos em enfermagem participam do processo de cuidar englobando a administração de drogas e diante da possibilidade de prevenção dos erros e da redução dos possíveis danos em função da ocorrência de efeitos adversos, torna-se relevante investigar o conhecimento destes profissionais relativos a alguns aspectos da administração de medicamentos, como forma de dirigir ações futuras para a prevenção se forem identificadas lacunas de conhecimento teórico ou prático.

Certamente, eventuais falhas devidas à gestão, prescrição, dispensação e administração de medicamentos são consideradas importantes fatores contribuintes para a redução da segurança do paciente. Desta forma, o estudo pleiteou como objetivo geral investigar o conhecimento dos profissionais de enfermagem relacionados a segurança do paciente no processo de administração dos medicamentos em ambiente hospital e como objetivos específicos verificar a ocorrência de danos ou efeitos adversos consecutivos a prescrição, dispensação e administração de medicamentos na realidade onde o estudo será realizado; identificar os conhecimentos da equipe de enfermagem acerca da utilização de protocolos norteadores do cuidado utilizados no processo de administração de fármacos no ambiente hospitalar.

Metodologia

Trata-se de um estudo de campo, transversal, de análise descritiva, e exploratória, cujos dados foram coletados através da aplicação de um questionário contendo questões referente a segurança do paciente no processo de administração de medicamentos em ambiente hospitalar.

Participaram do estudo 37 profissionais, técnicos em enfermagem e enfermeiros, que desenvolvem suas atividades em um hospital do norte do Rio Grande do Sul, nos quatro turnos, com mais de 18 anos de idade, durante o primeiro e segundo semestre de 2019. O projeto foi aprovado pelo CEP da URI através do nº 3.419.391.

Os dados coletados incluíram questões sociodemográficas, qualificação formal e ocupacional além de questões direcionadas a aspectos da segurança do paciente na administração de medicamentos, de acordo com as diretrizes e normas operacionais vigentes. O tratamento dos dados foi efetuado através de estatística descritiva e apresentados também através de figuras.

Resultados

Os dados inseridos abaixo referem-se às respostas efetuadas a questões relativas a segurança do paciente, direcionados para a administração de drogas no contexto hospitalar. Participaram do estudo 37 profissionais (9 enfermeiros) e (27 técnicos em Enfermagem) e um não identificou a categoria profissional (Fig. A). A média do tempo de serviço foi de 4,8 anos.

Figura 1 – Tempo de atuação e dados gerais relacionados a segurança do paciente.



Fonte: dos autores (2019).

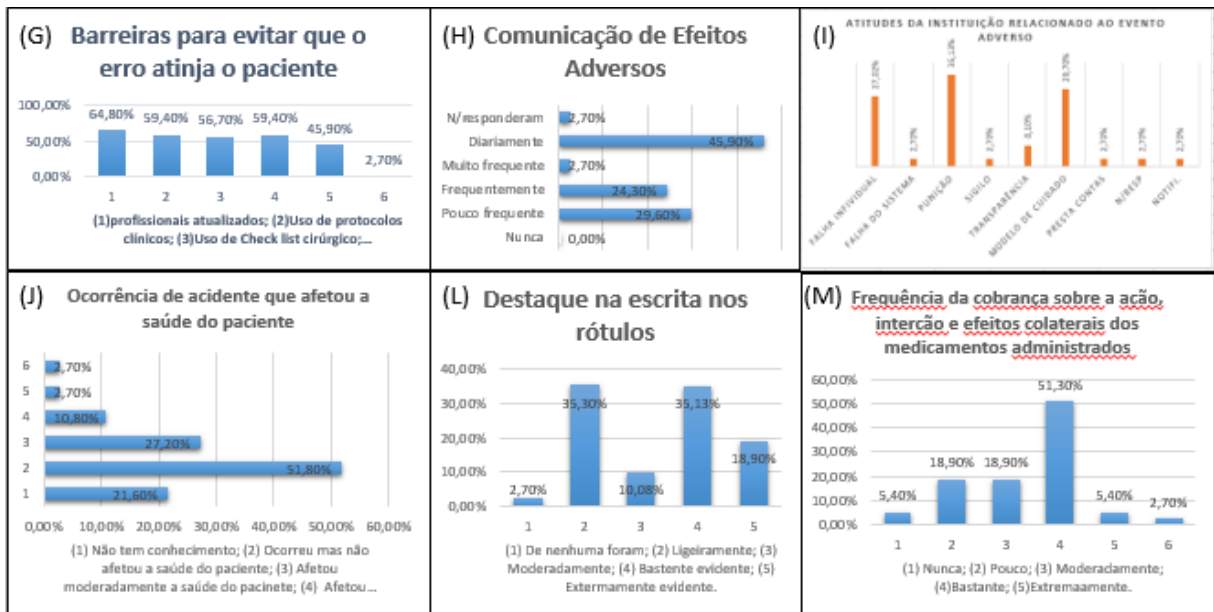
Com relação a segurança do paciente ficou claro que todos os profissionais, na prática diária utilizam a identificação do paciente e a confirmação da mesma, apontada como muito importante ou extremamente importante, conforme mostra a (Figs. B e C). Muito embora não tenha sido ofertado aos participantes a classificação de danos possíveis, quando questionados quanto a frequência de danos relacionados à prática assistencial a grande maioria respondeu que estes eventos ocorrem diariamente (56,7%) ou semanalmente (24,3%). No entanto (8,1%) referem nunca terem presenciado a ocorrência de danos ao paciente.

A qualificação técnica é considerada importante na busca da melhoria no atendimento à saúde com a redução de possíveis agravos relacionados com o processo de assistência. Neste quesito a maioria (59,4%) responderam que a busca pela qualificação é feita diariamente. Nesta questão também não foi solicitado que os participantes informassem os meios utilizados para alcançar este objetivo (Fig. E). A área da saúde é permeada pelas especializações assim como pelas especificidades verificadas em cada unidade de atendimento.

Para que a qualificação técnica acompanhe os avanços tecnológicos são necessários investimentos econômico-financeiros contínuos para adquirir habilidade com o manuseio de equipamentos assim como com a administração de drogas. Neste sentido, os dados apontam que em geral os investimentos em qualificação podem ser considerados baixos e (24,3%) não investem diretamente na qualificação (Fig. F). Estes são dados preocupantes observados pelas exigências do mercado de trabalho e especificamente também pela profissão que os respondentes exercem.

Visto que os seres humanos evoluíram e trabalham em grupo, a comunicação de um modo geral exerce influência decisiva em todas as ações. No contexto em que os profissionais da enfermagem exercem a sua profissão, praticamente todo o trabalho é efetivado em equipe. Explorou-se alguns aspectos da comunicação e atitudes quando ocorrem efeitos adversos decorrentes da ação profissional. É importante observar que os profissionais utilizam várias formas para evitar que possíveis erros comprometam a saúde e a estratégia mais apontada é a qualificação profissional assim como a utilização de protocolos clínicos (Fig. G). No entanto, se assumirmos como afirmações são verdadeiras, estas vão de encontro com os investimentos dispensados para a melhoria da qualificação.

Figura 2 – Comunicação e atitudes quando da ocorrência de efeitos adversos.



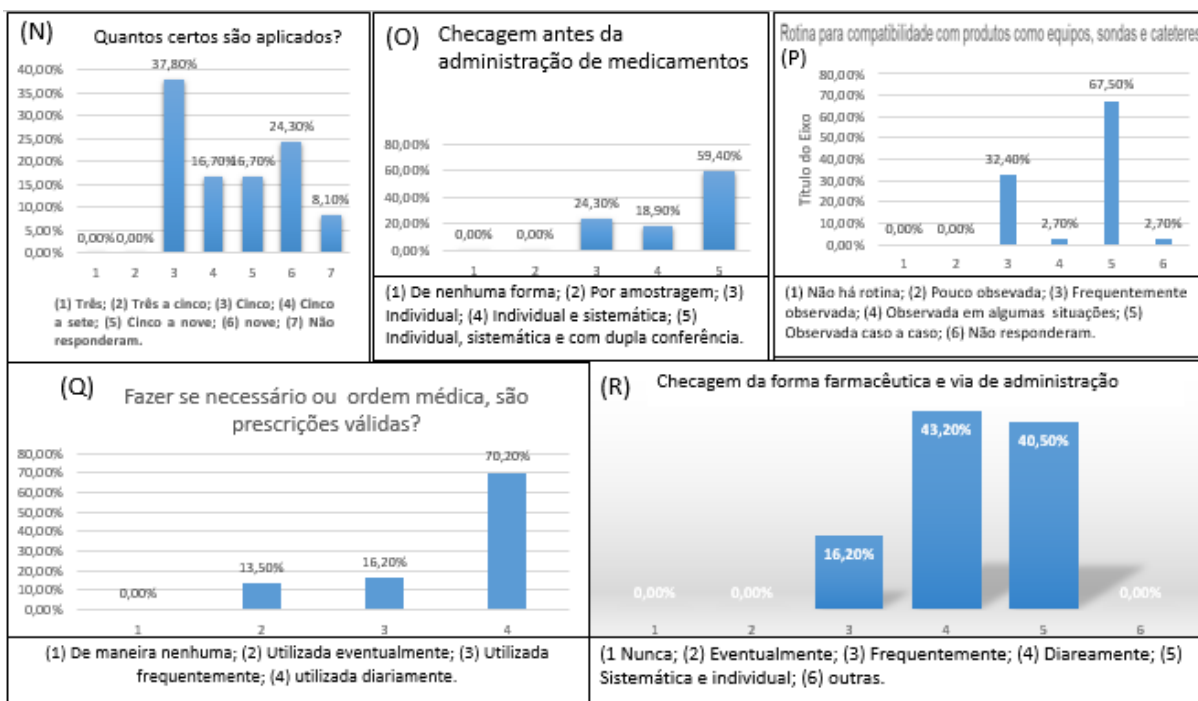
Fonte: dos autores (2019).

Muitas são as formas para identificar possíveis efeitos adversos atribuídos à prática dos diversos profissionais atuantes nas equipes em hospitais. De modo geral para os pacientes alvo das ações, muitas vezes torna-se difícil identificar se os sinais e sintomas apresentados são esperados pelo tratamento ou se de fato são efeitos de possíveis erros. Por outro lado, identificar os efeitos adversos atribuídos a erros, muitas vezes torna a tarefa de difícil solução, necessitando qualificação técnica assim como serviços de gestão modernos e que atendam a legislação vigente. Conforme mostrado na Fig. H, quanto a comunicação de efeitos adversos os dados do estudo mostraram que 45,9% comunicam este ocorrido diariamente, assim como frequentemente (24,3%) e pouco frequente (29,6%). Por outro lado, a comunicação de efeitos adversos deve encontrar ambiente propício voltado para a gestão do serviço para que esta ofereça segurança aos que comunicam assim como o destino adequado das informações e na tomada de ações visando minimizar estes efeitos e definir ações para evitar a recorrência. Neste sentido, pelos dados apresentados (35,1%) definem a ação gestora como punitiva; 27% como falha individual; 29,7% apontam para a utilização de modelos de cuidados quando ocorrem acidentes ou efeitos adversos (Fig. I). Por outro lado, quando há acidente que compromete a saúde do paciente a maioria (51,8%) diz não ter afetado significativamente o paciente; afetou significativamente o paciente (10,8%) e 2,7% referem que afetou gravemente o paciente (Fig. J).

Para evitar possíveis erros na administração de drogas são necessários investimentos na gestão e na qualificação profissional. Ações sistêmicas e devidas à gestão consistem na

aplicação de rotinas oferecendo destaque nos rótulos de drogas que possivelmente possam oferecer elementos confundidores. Neste caso (35,3%) apontam que os rótulos são ligeiramente destacados; (10,08%) moderadamente; (35,1%) bastante evidente e (18,9%) extremamente evidente. À análise destes dados mostra que a gestão definiu ações concretas visando a redução de possíveis danos com a administração de medicamentos (Fig. L). As diferenças quanto a percepção de como estas alterações foram efetuadas possivelmente sejam devidas a conceitos individuais. Quanto a observação e cobrança relacionada a interações medicamentosas e efeitos colaterais a maioria (51,3%) os participantes referem que a instituição cobra bastante (Fig. M).

Figura 3 – Segurança na administração de drogas.



Fonte: dos autores (2019).

A administração de medicamentos, visto pela sua complexidade, por exigir processos de gestão e organização dos serviços, além de vários profissionais envolvidos torna a esta atividade alvo de várias precauções. Neste sentido, os profissionais de enfermagem adotaram ações descritas como “certos”. Este algoritmo, como era esperado, vem sofrendo alterações visando atender as frequentes mudanças impostas pelos avanços tecnológicos utilizados na assistência à saúde. Na atualidade, quando a ação for a administração de medicamentos, considera-se a observância de nove certos. Dos participantes do estudo, para 8,1% conhecem ou utilizam esta sequência e número de checagem. Para a maioria (37,8%) os certos são cinco, refletindo certo desconhecimento de diretrizes contemporâneas (Fig. N). Esta lacuna poderia

ser sanada com investimentos em qualificação. Quanto a checagem antes da administração de medicamentos a maioria (59,4%) descreve como uma ação individual, sistemática e com dupla conferência (Fig. O). Estas ações possuem potencial importante para evitar possíveis erros na administração de drogas.

As atividades desenvolvidas pelas equipes de enfermagem, principalmente em ambiente hospitalar, exigem organização, qualificação e treinamento para que as ações sejam desenvolvidas com a observação dos requisitos técnicos recomendados assim como com a distribuição dos horários definidos para a execução das ações, traduzidos corriqueiramente como “rotinas”. Contemporaneamente, para acompanhar os requisitos técnicos na administração de medicamentos faz-se necessário a observação de rotinas na utilização de cateteres e sondas visando a adequação da compatibilidade assim como os prazos de validade. Os dados do estudo atual apontam que a compatibilidade é observada com frequência (32,4%) e observada caso-a-caso (67,5%). Poucos (2,7%) citam que estes aspectos são observados em algumas situações (Fig. P).

Alguns problemas relacionados a administração de medicamentos são devidos a prescrição. Por questões de comodidade, insuficiência de recursos financeiros e de organização dos serviços, muitos prescritores ainda mantêm hábitos antigos e condenados na atualidade, como é o caso da prescrição “se necessário”. O estudo atual mostrou que (13,5%) utilizam este recurso eventualmente; (16,20%) utiliza frequentemente e 70,20% diariamente (Fig. Q). Esta organização permite que sejam administradas drogas de acordo com o julgamento de profissionais Enfermeiros e Técnicos em enfermagem assim como para atender à solicitação de familiares para mitigar queixas de dor ou febre, agitação psicomotora e insônia.

Outro recurso definido pela organização dos serviços visando a segurança do paciente na administração de medicamentos é a checagem da forma farmacêutica recebida da farmácia. Esta é uma estratégia importante para minimizar os possíveis elementos confundidores impostos pela “dose unitária”. Esta organização “checagem” é utilizada frequentemente por 16,20% dos participantes; diariamente por 43,20% e sistemática e individual por 40,50%, mostrado na Fig. R.

Discussão

A atenção à saúde em seus primórdios era constituída por procedimentos simples, com pouca efetividade, mas relativamente segura visto que as terapias disponíveis raramente eram invasivas oferecendo pouco potencial para impor riscos à integridade física aos que dela

necessitavam. Com a evolução dos recursos humanos e materiais, alicerçados por modernos recursos tecnológicos e de drogas mais específicas e mais potentes, tornou o cuidado à saúde uma atividade extremamente complexa, objetiva e efetiva, mas potencialmente perigosa para os profissionais assim como para a população que busca assistência.

Possivelmente os profissionais sempre prestaram cuidados visando o bem-estar do paciente e com o mínimo de risco em suas ações. Contudo, com os reduzidos conhecimentos existentes ao longo da evolução humana, os profissionais exerciam suas atividades relativamente alienados sobre possíveis erros em suas ações, e desta forma, não adotaram medidas para reduzir ou eliminar estes riscos.

Este longo período obscuro aos poucos foi sendo desvelado por figuras que possivelmente possamos defini-los como ícones relacionados à segurança do paciente, tendo seu possível início com Semmelweis (1818–1865) com a lavagem das mãos (Oliveira e Fernandes, 2007), passando por Nightingale (1820–1910), mostrando a necessidade da adoção de medidas sanitárias nos hospitais de guerra (Bock et al, 2019) e Cochrane nos anos 1990 com a Agency for Healthcare Research and Quality, além de outros (SHEKELLE et al. 2001).

A partir destes estudos que iniciaram principalmente na última década do século passado e no início deste, foi possível mostrar o aumento estatístico de erros cometidos por profissionais da saúde relacionados à segurança do paciente. Um dos focos das pesquisas, segundo a referência supracitada, apontou para os erros no processo de administração de drogas. A partir destes conhecimentos sobre o tema, expôs sua importância como um problema que afeta todas as pessoas do planeta usuárias dos serviços de saúde, passando a ser caracterizado como um problema de saúde pública. O estudo atual aponta para a permanência dos efeitos adversos e dos possíveis erros na administração de drogas e que alguns afetaram gravemente a condição de saúde do paciente.

Estudo publicado por Wilson (2012), utilizando dados de vários países, incluindo todas as possíveis causas, concluiu que os efeitos adversos devidos a ação de profissionais da saúde atingiram de 2,5% a 18%. Destes 83% foram considerados evitáveis e 30% foram associados à morte do paciente. Chama atenção para o fato de que, segundo os autores, 34% dos eventos foram observados e situações pouco complexas. No Brasil, segundo o Ministério da Saúde (2014) ainda não estão disponíveis estatísticas de óbitos relacionados a erros devidos a administração de drogas.

Toffoletto e Padilha (2006), em estudo efetuado em uma Unidade de Terapia semi-Intensiva, identificaram 52 erros relacionados a administração de medicamentos, chamando atenção para a omissão de dose (23,08%) e (17,31%) por medicamento e dose erradas.

Referem que o estudo não mostrou significância estatística relacionada a condição de saúde ou o desfecho do quadro clínico. Contudo, em consequência destas ações houve aumento da carga de trabalho. Sensível a este problema a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs em 2004 um programa, denominado “Aliança Mundial para a Segurança do Paciente”. Instituído de forma permanente, exortando a todos os países signatários a adotarem programas e medidas para assegurar a qualidade da assistência prestada em todos os locais onde esta é prestada (OMS, 2006). Na instituição hospitalar onde o estudo foi desenvolvido existe a implantação de rotinas e ações visando minimizar os possíveis erros advindos do processo de administração de medicamentos.

O ponto de partida para a tomada de decisões relacionadas a segurança do paciente no sentido mais amplo originou-se nos estudos Harvard Medical Practice Study I e II, considerados pioneiros na área de segurança do paciente. Estes estudos sintetizaram o problema em números, ficando óbvio que eventos adversos determinados pela assistência à saúde são expressivos em hospitais norte-americanos, e, como resultado, danos permanentes e mortes (BRENNAN et al., 1991; LEAPE et al., 1991). Dos fatos comunicados, segundo os dados do estudo atual o grau de comprometimento da saúde gerado pela ação dos profissionais envolvidos, afetou significativamente e gravemente o paciente.

Os alicerces referente a erros na administração de medicamentos foram definidos pelos estudos realizados pelo Institute for Safe Medication Practices (2014). A partir destes foram elencados vários pontos vulneráveis e com potencial para influenciar a qualidade na assistência na administração de medicamentos. De posse destas informações passou-se a criar normas técnicas e legislações obrigando as instituições e profissionais a modificarem suas rotinas, onde no rótulo das drogas a serem administradas, principalmente em hospitais, fossem adicionados dados facilitadores de diferenciação para drogas que possuem características descritivas e forma de expressão oral semelhantes, assim como a redução do acesso aos medicamentos nas unidades, correção dos possíveis problemas devidos ao ambiente de trabalho, retorno aos bancos escolares e cursos que proponham atividades educativas aos profissionais envolvidos na administração destas drogas. Na realidade onde o estudo foi efetuado existe rotinas implantadas visando oferecer detalhes para identificar diferenças nos rótulos facilitando o trabalho dos profissionais e minimizando a possibilidade de erros devidos a administração de drogas. No entanto, estes resultados também mostram pouco investimento na qualificação profissional.

Outro aspecto importante diz respeito a participação ativa dos pacientes, para que, após orientados, tenham conhecimento dos nomes comerciais e genéricos das drogas, via de

administração e dosagem como objetivos para o gerenciamento de risco e para a redução e prevenção de erros (ANACLETO, 2010). Este foi um aspecto não explorado pelo estudo.

No Brasil, coube a Organização Nacional de Acreditação (ONA) definir graus que possibilitem a identificação de erros e ao estabelecimento da gravidade de cada um. A partir destas definições, estes eventos passaram para a esfera das notificações compulsórias, ficando a cargo das instituições e profissionais efetuarem estas comunicações. Estes dados são importantes para que os gestores de saúde e os governos possam definir ações para corrigir e evitar que novos erros (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2012). Os dados do estudo atual apontam que a instituição mantém o sistema de notificação de eventos adversos.

Conclusões

Os dados do estudo apontam para a frequência significativa de danos relacionados à prática assistencial relacionados a administração de medicamentos e que o investimento na qualificação pode ser considerado baixo ou inexistente em percentual significativo da população alvo do estudo. Por outro lado, também se verifica a preocupação na comunicação de efeitos adversos.

Quanto a ação gestora quando são identificados efeitos indesejáveis a ação mais apontada é a forma punitiva. Outro aspecto importante diz respeito ao grau de comprometimento da saúde gerado pela ação dos profissionais envolvidos, com percentuais que afetaram significativamente e gravemente o paciente.

Os dados do estudo apontam que a compatibilidade de cateteres e sondas é observada com frequência. Contudo, poucos citam que estes aspectos são observados em algumas situações, indicando a necessidade da melhoria da qualificação.

Na realidade onde o estudo foi desenvolvido “se necessário” ou fazer “se necessário” ainda é um recurso utilizado por mais de 70% dos participantes.

Referências

ANACLETO, T. A. et al. Farmácia Hospitalar: **Erros de Medicação**, p.1 –24, 2010.

ARANAZ-ANDRÉS JM, AIBAR-REMÓN C, LIMÓN-RAMÍREZ R, AMARILLA A, RESTREPO FR, URROZ O, SARABIA O, GARCÍA-CORCUERA LV, TEROL-GARCÍA E, AGRA-VARELA Y, GONSETH-GARCÍA J, BATES DW, LARIZGOITIA I, IBEA S. **Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of**

the Iberoamerican study of adverse events (IBEAS). *BMJ QualSaf*, v. 20, n. 12, p.1043-51, 2011.

BOCK, L. F.; COSTA, E.; AMANTE, L. N.; PADILHA, M. I.; COSTA, R. «**O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo**». *Texto & Contexto - Enfermagem*. v.18, n. 4, p. 661–669, 2019.

BRENNAN, T.A.; LEAPE, L.L.; LAIRD, N.M.; HEBERT, L.; LOCALIO, A.R.; LAWTHERS, A.G. et al. **Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I**. *N Engl J Med*, v.324, n.6, p. 370-6.5, 1991.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 63**, de 25 de novembro de 2011. Brasília (DF), 2011.

BRASIL. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde - MS Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA RESOLUÇÃO DE DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013 (Publicada em DOU nº 143, de 26 de julho de 2013). **Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências**. BRASÍLIA, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos**. Protocolo coordenado pelo Ministério da Saúde e ANVISA em parceria com FIOCRUZ e FHEMIG, 2013.

CASSIANI SHB, DEUS NN, CAPUCHO HC. **Administración segura de medicamentos**. In: Cometto MC, Gómez PF, Dal-Sasso GTM, Grajales RAZ, Cassiani SHB, Morales CF. (org.) *Enfermería y seguridad de los pacientes*. Washington, 2004.

COHEN, M.R. et al. **Preventing drug administration errors**. In: Cohen MR. (ed.). *Medication errors*. Washington, AmPharmAssoc, 2006; p. 235-274

Coren-SP/Rebraensp/SP. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. **Erros de medicação: definições e estratégias de prevenção**. São Paulo, 2011; p. 35.

FEDERICO F. **Preventing harm from high-alert medications**. *Jt. Comm. J Qual Patient Saf*, v. 33, n. 9, p. 537-542, 2007.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT (IHI). *How-to guide: prevent harm from high-alert medications*. Cambridge, MA: Institute for Health Care Improvement; 2012.

INSTITUTE FOR SAFE MEDICATION PRACTICES, ISMP BRASIL. **Medicamentos Potencialmente Perigosos**, 2014.

LEAPE, L.L.; BRENNAN, T.A.; LAIRD, N.; LAWTHERS, A.G.; LOCALIO, A.R.; BARNES, B.A. et al. **The nature of adverse events in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study II**. *N Engl J Med*, v. 324, p. 377-84, 1991.

MENDES, W.; MARTINS, M.; ROZENFELD, S.; TRAVASSOS, C. **The assessment of adverse events in hospitals in Brazil**. International Journal for Quality in Health Care, v. 21, n. 4, p. 279-284, 2009.

MIASSO, A.I.; GROU, C.R.; CASSIANI, S.H.B.; SILVA, A.E.B.C.; FAKIH, F.T. **Erros de medicação: tipos, fatores causais e providências tomadas em quatro hospitais brasileiros**. Rev. Esc. Enferm, USP. 2006; 40(4): 524-532.

NATIONAL QUALITY FORUM (NQF). Chapter 2: Improving Patient Safety by Creating and Sustaining a Culture of Safety. In: Safe Practices for Better Healthcare—2010 Update: A Consensus Report. Washington, DC: NQF, 2010.

OLIVEIRA, M. B. de; FERNANDEZ, B.P.M. **Hempel, Semmelweise a verdadeira tragédia da febre puerperal**. Scientiæ Studia, v. 5, n. 1, p. 49-79, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Segundo desafio global para a segurança do paciente. Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS). Organização Mundial da Saúde. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Rio de Janeiro: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2010.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Eventos Sentinela, como aprender com os erros**, 2012. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/Noticia/159/Evento-sentinela-%E2%80%93-como-aprender-com-os-erros>> Acesso: 24 abr. 2015.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 1 ed. v. 1, 2011. p. 225-238.

PHILLIPS, D.P.; CHRISTENFELD, N.; GLYNN, L.M. **Increase in US medication-error deaths between 1983 and 1993**. Lancet, London, v. 351, n. 9103, p. 643-644, 1998.

SHEKELLE, P.G. et al. **Validity of the Agency for Healthcare Research and Quality Clinical Practice Guidelines**. JAMA, v. 286, n. 12, p. 1461-1467, 2001.

SHERMAN, H.; CASTRO, G.; FLETCHER, M.; HATLIEM, H. P.; JAKOB, R. **Towards an International Classification for Patient Safety: the conceptual framework**. International Journal of Health Care Quality, v. 21, n. 1, p. 2-8, 2009.

TELLES FILHO, P.C.P.; CASSIANI, S.H.B. **Administração de medicamentos: aquisição de conhecimentos e habilidades requeridas por um grupo de enfermeiros**. Rev Latino- Am Enfermagem [serial on the Internet], v. 12, n.3, p.533-540, 2004.

TOFFOLETTO, M.C.; PADILHA, K.G. **Consequências de medicação em unidades de terapia intensiva e semi-intensiva**. Ver. Esc. Enferm. USP, v. 40. N. 2, p. 247-52, 2006.

WILSON, R.M. et al. **Patient safety in developing countries: retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital**. BMJ, 344: e832, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World alliance for patient safety: forward programme 2006–2007.** Geneva, 2006.