



Universidade de Brasília – UnB
Faculdade de Ceilândia – FCE
Curso de Graduação em Enfermagem

Erros de Medicação: Avaliação da Prescrição e Percepção dos Profissionais de Enfermagem

FERNANDA GARZEDIM SANTOS DE ABREU

Ceilândia

2013

FERNANDA GARZEDIM SANTOS DE ABREU

Erros de Medicação: Avaliação da Prescrição e Percepção dos Profissionais de Enfermagem

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado de Curso de Graduação em Enfermagem como exigência para obtenção de aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II pertencente ao currículo do Curso de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Ms. Cris Renata Grou Volpe

Ceilândia

2013

A162e Abreu, Fernanda Garzedim Santos de.

Erros de medicação: avaliação da prescrição e percepção dos profissionais de enfermagem/ Fernanda Garzedim Santos de Abreu. – Brasília: Universidade de Brasília, 2013.

80 f.: il

Monografia (graduação) – Universidade de Brasília. Faculdade de Ceilândia. Curso de Enfermagem, 2013.

Incluem anexos e apêndices.

Orientação: Prof.^a Ms. Cris Renata Grou Volpe

1. Medicação 2. Avaliação 3. Profissionais de enfermagem

I. Abreu, Fernanda Garzedim Santos de II. Título

CDU 616-08-051

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Erros de Medicação: Avaliação da Prescrição e Percepção dos Profissionais de Enfermagem

Fernanda Garzedim Santos de Abreu

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Ms. Cris Renata Grou Volpe

Prof.^a Ms. Marina Morato Stival

Prof.^a Dra Mani Indiana Funez

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus que me guiou nessa jornada, e permitiu a conclusão dessa etapa.

Aos meus pais, Adermando e Summaia, por estarem sempre ao meu lado, pelos incentivos em todos os momentos, pela preocupação, e por nunca me deixar desistir. Sou muito abençoada por ter pais tão maravilhosos.

Ao meu namorado Almir, pelo apoio incondicional, por me ajudar nos momentos mais difíceis e pelo incentivo na elaboração desse trabalho.

Aos meus familiares pela força, motivação, e torcida.

Às minhas amigas, que me alegram nos momentos mais difíceis, em especial a Janette Arnaldo e Tatiane Souza, pelos conselhos, ajuda e apoio nos dias de desespero e aflição.

À minha orientadora, professora Cris Renata Grou Volpe, por me ajudar na conclusão da pesquisa e trabalho, e por compartilhar seu conhecimento comigo.

Lista de Tabelas

Tabela 1: Distribuição das informações na prescrição da Clínica Médica. HRC, 2012.....	37
Tabela 2: Informações dos medicamentos segundo prescrição médica. Clínica Médica. HRC 2012.....	41
Tabela 3: Distribuição das informações sobre os medicamentos.....	44
Tabela 4: Distribuição dos dados socioprofissionais segundo a equipe de enfermagem entrevistada nas unidades de clínica médica, maternidade e pediatria HRC, Brasília, 2013.....	47
Tabela 5: Distribuição das opiniões dos profissionais quanto aos fatores que predispõem ao erro.....	50
Tabela 6: Opinião dos participantes, referente à implantação do prontuário eletrônico.....	59

Lista de Gráficos

Gráfico 1: Conduta dos profissionais de enfermagem frente ao erro de medicação.....	53
Gráfico 2: Sugestões para reduzir a ocorrência de erros de medicação.....	56
Gráfico 3: Opiniões sobre o prontuário eletrônico pelos enfermeiros.....	60
Gráfico 4: Opiniões sobre o prontuário eletrônico pelos técnicos de enfermagem.....	60
Gráfico 5: Opiniões dos enfermeiros sobre a redução de erros com a implementação do prontuário eletrônico.....	62
Gráfico 6: Opiniões dos técnicos de enfermagem sobre a redução de erros com a implementação do prontuário eletrônico.....	63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
®	Marca do fabricante
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CRM	Conselho Regional de Medicina
DF	Distrito Federal
DCB	Denominação Comum Brasileira
DCI	Denominação Comum Internacional
EUA	Estados Unidos da América
HRC	Hospital Regional de Ceilândia
IC	Intervalo de Confiança
IMC	Índice de Massa Corporal
ISMP Brasil	Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos Brasil
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	Odds Ratio
SES-DF	Secretaria do Estado da Saúde do Distrito Federal
SPSS®	Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

Sumário

1 - Introdução.....	12
2 - Referencial Teórico.....	16
2.1 –Segurança do Paciente.....	16
2.2 - Condutas frente ao erro de medicação.....	20
2.3 - Erro de Medicação.....	22
3-Objetivo Geral.....	27
3.1-Objetivos Específicos.....	27
4 - Metodologia.....	28
4.1 - Tipo de estudo.....	28
4.2 - Local de Estudo.....	28
4.3 - População e Amostra.....	29
4.4 - Ética na Pesquisa.....	30
4.5 - Coleta de dados.....	30
4.5.1 - Procedimentos:	30
4.6 - Organização e análise dos dados.....	32
4.7 - Variáveis do estudo.....	33
5 - Resultados.....	34
6-Discussão.....	49
7 - Conclusão.....	63

RESUMO

ABREU, F.G.S. Erros de medicação: avaliação da prescrição e percepção dos profissionais de enfermagem, 2013.70p.Trabalho de conclusão de curso de graduação em enfermagem da Universidade de Brasília, Brasília,2013.

Introdução: A ocorrência de erros de medicação está crescendo nas instituições hospitalares, por isso fatores como: a promoção, segurança, qualidade e resolutividade do tratamento são cada vez mais almejados pelos serviços de saúde. Vários aspectos estão envolvidos no processo de medicação, varia desde registros até os profissionais, dentre estes, a enfermagem que além de promover o cuidado tem papel fundamental na terapêutica medicamentosa. **Objetivo:** O estudo tem como objetivo analisar o contexto de trabalho da enfermagem quanto à ocorrência de erros de medicação, comparando fatores de risco para eventos adversos no processo de medicação nos registros de prontuários eletrônicos e manuais, e identificar causas de erros de medicação a partir dos profissionais. **Materiais e métodos:** Trata-se de um estudo descritivo exploratório, realizado em uma instituição hospitalar pública do Distrito Federal. Foram analisados 160 prontuários manuais e eletrônicos que resultaram em 2027 prescrições manuscritas e 1605 prescrições eletrônicas para identificar as formas e os registros do evento adverso no processo de medicação, e se fatores que poderiam induzir o erro de medicação diminuíram no prontuário eletrônico. A fim de verificar a percepção dos profissionais que estão diretamente envolvido no processo de medicação, aplicou-se um questionário com os enfermeiros e técnicos da clínica médica, pediatria e maternidade. **Resultados e Discussões:** O problema de grafia ilegível foi extinto nos prontuários eletrônicos. Verificou-se que apenas 12,1% das prescrições eletrônicas e 98,8 das manuais possuíam o CRM do médico. Quanto a presença de informações sobre a diluição, 28,9% da prescrição manual e 93.6% das eletrônicas contavam com a informação. Em todas as prescrições analisadas, tanto manuais quanto eletrônicas, houveram presença de siglas e abreviaturas. Para os profissionais o principal fator que predispõe o erro é a falta de atenção, mostrando mais uma vez essa cultura da culpa de erro está na maioria das vezes apenas relacionada aos profissionais e não ao sistema de saúde com um todo. **Conclusão:** O erro de medicação é um fator que grande parte dos profissionais tentam esconder ou não assumem a sua responsabilidade. Em caso de erro, muitos profissionais relacionam o fato de sua ocorrência com fatores pessoais e não com o sistema de medicação que é complexo, amplo, com diversas etapas e que medidas que envolvam melhorias poderiam preservar os pacientes e profissionais envolvidos.

Palavras-chave: Erros de medicação, prontuário eletrônico, prontuário manual, profissionais de enfermagem.

ABSTRACT

ABREU, F.G.S. Medication errors: evaluation of prescription and perceptions of nursing professionals, 2013.70p. Essay in completion of the graduation in nursing at the University of Brasilia, Brasilia, 2013.

Introduction: The incidence of medication errors is growing in hospitals, therefore factors such as: promotion, safety, quality and resolutivity of treatment are increasingly sought by the health services. Many aspects are involved in the medication process, ranging from records to the professionals, among them, the nursing that besides promoting care, plays a key role in the drug therapy. **Objective:** The study aims to analyze the context of the nursing work on the incidence of medication errors, identifying risk factors for adverse drug events in the process of medication in the electronic and manual medical records, and identify causes of medication errors from the professionals. **Materials and methods:** This is a descriptive exploratory study conducted in a public hospital of the Federal District. The amount of 160 manual and electronic medical records were analyzed and resulted in 2027 handwritten prescriptions and in 1605 electronic prescriptions to identify the forms and records of the adverse event in the medication process, and if the factors that could cause the medication errors decreased with the electronic medical record. In order to verify the perception of professionals who are directly involved in the medication process, a questionnaire was applied to the nurses and nurse technicians from the medical clinic, pediatrics and maternity. **Results and Discussion:** The problem of illegible spelling was solved with the electronic health records. It was found that only 12.1% of electronic prescriptions and 98.8 of the manual had the doctor's identification. Concerning the presence of dilution information, 28.9% of manual prescriptions and 93.6% of electronic prescriptions had this information. In all prescriptions analyzed, both manual and electronic, there were presence of acronyms and abbreviations. For professionals the main factor that predisposes the error is lack of attention, showing once again that this blame culture of errors is most often only related to the professionals and not the health system as a whole. **Conclusion:** Medication error is a factor that most professionals try to hide or take their responsibility. As the error happens, many professionals relate the fact of its occurrence with personal factors and not to the medication system that is complex, broad, with several steps and that measures resulting in improvements could preserve patients and professionals involved.

Key-Words: Medication Errors, eletronic health records, manual prescription, nursing professionals

1-Introdução

Atualmente, notícias envolvendo erros de medicação em hospitais têm se tornado um assunto frequente nos meios de comunicação, demonstrando assim a falta de segurança a que os pacientes estão submetidos nas instituições hospitalares.

Com as abordagens as contendas judiciais também cresceram, tanto no valor das indenizações quanto no número de processos, agora o paciente tornou-se mais exigente e contestador, forçando os prestadores de serviço repensarem suas atitudes e a qualidade do seu serviço. A assistência à saúde passou a ser uma forma de prestação de serviços cada vez mais sujeita às leis contratuais e às suas consequências na área penal e cível. (ROSA, PERINI, 2003).

Os eventos adversos são considerados um problema de saúde pública nos EUA. Estudos conduzidos nos Estados Unidos estimam que aproximadamente 44.000 a 98.000 norte-americanos morreram no ano 1997 devido a erros médicos envolvendo a medicação em estabelecimentos hospitalares, o que representou a oitava causa de mortalidade naquele país. Outros estudos revelaram que cerca de um milhão de pacientes são vítimas de eventos adversos com fármacos a cada ano e destes, 140.000 são vítimas fatais. A probabilidade de morte causada por evento adverso com fármacos em pacientes internados em instituições hospitalares (390/dia) é cerca de três vezes maior do que as causadas por acidentes automobilísticos (125/dia) (KONH, CORRIGAN, DONALDSON, 2001; BERLIN et al. 2003).

Dessa situação conturbada frente ao erro de medicação, surgiram ações voltadas para a melhora do conhecimento da problemática para tratá-los e realizar medidas preventivas. Essas medidas são de extrema necessidade visto que o número de erros ocasionados são cada vez mais evidentes e inaceitáveis. (ROSA; PERINI, 2003).

Um estudo, também realizado nos Estados Unidos, em 36 hospitais e instalações de saúde, possibilitou a identificação dos erros mais frequentes na administração de medicamentos, tais como horário errado (43%), omissão (30%), dose errada (17%) e aplicação de medicamento

sem autorização (4%). Além disso, cerca de 30% dos danos durante a hospitalização estão associados a erros na medicação, que resultam em sérias consequências econômicas às instituições de saúde. Estima-se que o custo anual de morbidade e mortalidade referente a erros na medicação, nos EUA, é de aproximadamente US\$ 76,6 bilhões. (BERWICK, LEAPE, 1999; ANDERSON et al, 2002, BARKER et al, 2002)

No Brasil, foram realizados estudos que também apontam a incidência de erros com medicamentos. Dentre esses um estudo feito em uma farmácia de dispensação hospitalar, que analisou os erros mais recorrentes de dispensação que estavam relacionados à falha de comunicação, distração e interrupção, uso de informação incorreta e ultrapassada, falta de conhecimento do paciente sobre fármacos que lhe são prescritos, além de problemas ligados ao ambiente físico, à sobrecarga de trabalho e à embalagem similar de diferentes apresentações comerciais dos medicamentos. Já em um hospital universitário de Goiás, a pesquisa mostrou a ocorrência de 29,04% de erros de prescrição de medicamentos, causados por falhas individuais (47,37%) ou do sistema de medicação (26,98%) (SILVA, CASSIANI, 2004).

Segundo dados do Instituto para Práticas Seguras do Medicamento (ISMP Brasil, 2011), no Brasil, os erros de medicação são a causa de morte de no mínimo oito mil pessoas por ano. As falhas ou reações adversas ocasionadas pela administração de medicamentos correspondem a 7% das internações hospitalares, equivalente a oitocentos e quarenta mil casos por ano.

Neste contexto, está a enfermagem, que é responsável por promover o cuidado do paciente, ou seja, deve acompanhar o paciente em tempo integral, planejar e executar intervenções juntamente com a equipe médica a fim de promover a melhora do paciente. Nesse acompanhamento também se inclui a terapia medicamentosa, na qual o profissional fica responsável pelo acompanhamento, resultados e intervenções.

Segundo Bohomol (2002), ao enfermeiro cabe o planejamento das ações de enfermagem, seja disponibilizando recursos materiais seguros e adequados ou promovendo condições ambientais e de trabalho adequadas e suficientes para o desempenho das atividades, possibilitando assim a segurança do paciente.

A administração de medicamentos além de ser uma das atividades mais sérias e de grande responsabilidade para a equipe de enfermagem, é uma das etapas da terapia medicamentosa mais importante. Para a sua execução é necessário que vários princípios científicos associados a um sistema de medicação seguro sejam aplicados, juntamente com processos desenvolvidos para dificultar o surgimento de erros (MIASSO et al., 2006).

No Brasil, cada vez mais, esse exercício está sendo praticado por técnicos e auxiliares de enfermagem sob a supervisão do enfermeiro. O ato de delegar não retira a responsabilidade dos enfermeiros nos atendimentos, nas necessidades assistenciais e nos cuidados de saúde do paciente, pois as atividades de enfermagem estão intimamente relacionadas com a dignidade, respeito e consideração ao seu semelhante. A terapia medicamentosa deve ser realizada com bastante responsabilidade tanto por parte de técnicos quando pelos enfermeiros que devem acompanhar todo processo a fim de evitar falhas, já que isso pode ocasionar consequências irreparáveis ao paciente (COIMBRA, CASSIANI, 2001).

É importante que todo o cuidado prestado, toda a evolução do quadro clínico do paciente, ocorrência de erros sejam devidamente registrados, no entanto na prática ocorrem muitas omissões quanto a erros de medicação (MIASSO et al., 2006).

Segundo Carvalho e Cassiani (2002), na maioria das vezes, os erros de medicação somente são identificados quando as consequências são clinicamente manifestadas pelo paciente na forma de sintomas ou reações adversas depois de certo tempo em que foi administrada a medicação, alertando o profissional sobre o erro cometido. É dever do profissional de enfermagem estar alerta e, após administrada a medicação, essa deve ser registrada imediatamente no prontuário do paciente, facilitando a descoberta do erro pelo profissional e possibilitando a realização de intervenções que ajudem a minimizar ou prevenir possíveis complicações e consequências mais graves.

Os pacientes se dirigem ao hospital em busca de tratamento e esperam sair de lá em melhor condição do que entraram, por isso, a qualidade, a promoção contínua da segurança e a resolutividade do tratamento devem ser assegurados a todos os pacientes.

Verificar fatores de riscos, incidência e ocorrência dos erros são relevantes para a implementação de medidas mais resolutivas, além de ser necessário para a prevenção de problemas maiores. Por isso, é importante que toda instituição hospitalar procure trabalhar com prevenção a fim de evitar erros, que podem ter consequências extremamente graves para os pacientes e profissionais envolvidos.

2-Referencial Teórico

2.1-Segurança do Paciente

Devido ao aumento nas ocorrências de erros, principalmente envolvendo medicações nas instituições de saúde, a segurança do paciente vem sendo cada vez mais procurada pelos serviços de saúde. Este tipo de segurança é definido como a prevenção de erros e a eliminação de danos aos pacientes, causadas por estes erros (KOHN, CORRIGANN, DONALDON, 2001; SANTOS, PADILHA, 2005).

A equipe de enfermagem juntamente com outros profissionais de saúde, como médicos e farmacêuticos são responsáveis pela ligação da atividade terapêutica com a administração de medicamentos. É dever da equipe de enfermagem compreender os efeitos que a droga proporciona, administrar medicamentos corretamente e monitorar a resposta do paciente (ARCURI, 1991; ZANETTI et al., 2003).

A fim de garantir a segurança do paciente, é necessário que os profissionais de enfermagem saibam e utilizem os “7 certos”, os quais representam a base da educação no ensino da administração de medicamentos. Os “7 certos” advertem fatores que podem ocasionar os erros de medicação, ou seja, devem ser verificados: a administração de medicamentos certos, no paciente certo, na dose certa, pela via certa, no horário certo, com registro e ação certa, com o objetivo de aumentar a segurança dos pacientes nos ambientes hospitalares. Atualmente 2 categorias foram associadas: forma farmacêutica certa e monitoramento certo, tornando-se 9 certos. (ZANETTI et al, 2003).

Para Pepper (2004) esse princípio dos 5, 7 ou 9 certos enfoca apenas o papel individual do enfermeiro, ignorando os fatores que estão relacionados ao sistema na ocorrência de erro. Esse princípio apenas propõe objetivos sem definir as variáveis ou estratégias relevantes.

O sistema de medicação é considerado complexo, e devido a esta complexidade, é propenso a ocorrência de muitos erros, que vão desde a prescrição, distribuição e administração

dos medicamentos, além de contar com o envolvimento de vários profissionais em diferentes etapas. Essas etapas são constituídas: da prescrição que é de responsabilidade médica, da dispensação que é de responsabilidade do farmacêutico, e da administração e monitoramento do paciente, de responsabilidade da equipe de enfermagem (CASSIANI et al., 2005).

Para preencher os requisitos de segurança do medicamento, o que inevitavelmente também estaria promovendo a segurança dos pacientes, é preciso passar pelas seguintes etapas corretamente, ou seja, prescrições corretas (doses, horários, intervalos, duração), administração (diluições, aplicações, assepsia nas injeções, horários, alimentos concomitantes), aquisição (qualidade, boas práticas de fabricação), armazenamento (umidade, temperatura, tempo de validade) e dispensação (WANNMACHER, 2005).

A enfermagem atua na última etapa do processo de medicação, que é a administração, por isso, na maioria das vezes é responsabilizada pelos erros cometidos no início, ou no meio, que não foram corretamente identificados. O enfermeiro como atua na última etapa, pode executar e colocar em prática intervenções que detectem precocemente os eventos adversos, prevenindo erros e promovendo a segurança do paciente. (MIASSO et al., 2006; YAMANAKA et al., 2007)

A enfermagem é capaz de impedir até 86% dos erros de medicação, provenientes dos processos de prescrição, transcrição, e de dispensação, porém apenas 2% dos erros de administração conseguem ser impedidos. (LEAPE et al., 1995)

Além do sistema de medicação complexo, o excesso de trabalho que é imposto aos profissionais de enfermagem, o grande volume de tarefas, cargas horárias pesadas, um número muito alto de medicações que devem ser administradas, locais desprovidos de materiais, fatores ambientais como: interrupções no preparo da medicação ocasionada por outros profissionais, luminosidade precária encontrada em algumas instituições de saúde, presença de ruídos, e também subdimensionamento dos profissionais, ou seja, poucos profissionais para um grande número de pacientes têm relação direta com os erros. (MIASSO, et al, 2006; CARVALHO, CASSIANI, 2000)

Esses fatores deveriam ser analisados pelas instituições de saúde, pois a qualidade que o ambiente de trabalho oferece aos profissionais faz com que eles tenham melhor desempenho, e

realizem atividades com maior segurança. Isso implica, em se tratando de setores de saúde, um melhor cuidado fornecido ao paciente, menos suscetível a erros.

Na ocorrência de erros desencadeia-se uma pressão muito grande, principalmente quando o erro é grave, para descobrir quem foi o culpado, normalmente o culpado é representado por um indivíduo. Nos países ocidentais, o sistema jurídico está estruturado para penalizar, na maioria das vezes, apenas os profissionais, dando pouco valor às causas que contribuíram e estão diretamente relacionadas com a ocorrência do erro. Quando se fala em erro de medicação muitos paradigmas são desafiados, muitos profissionais atribuem o erro a falhas individuais, a perda de prestígio, vergonha, além do medo das ações punitivas a que estão expostos (KOHN, CORRIGANN, DONALDON, 2001; ROSA, PERINI, 2003).

O hospital deveria contar com uma comissão que promovesse uma investigação completa, documentando detalhadamente a natureza desse evento, como horário, pessoal envolvido, turno, tipo de erro, bem como, possíveis riscos nas fases anteriores à execução do erro e o que o causou, a fase do processo em que o erro ocorreu e possíveis falhas sistêmicas, a fim de amenizá-lo, evitando que a culpa seja atribuída somente ao indivíduo profissional. Não existe nenhuma instituição com um comitê formal que avalie os erros de medicação, limitando qualquer tipo de documentação (SILVA et al., 2007; CARVALHO, CASSIANI, 2000).

Nas instituições de saúde brasileiras, pouco é feito para verificar as causas do erro. Geralmente, a postura adotada pela chefia na ocorrência de um erro é promover ações punitivas e individuais de censura, advertências verbais, relatórios, transferência para outro setor e possíveis demissões da instituição. (CARVALHO, CASSIANI, 2000).

Esse tipo de atitude adotada pelas chefias faz com que os erros não sejam relatados com frequência pelos profissionais de enfermagem, pois muitos têm o receio das consequências e medidas administrativas que podem ser aplicadas ao profissional envolvido de acordo com a gravidade do erro cometido. Apurou-se que cerca de 29% dos erros de medicação ocorridos não foram relatados pelos enfermeiros por medo de consequências punitivas, o que acaba comprometendo o relato espontâneo do erro (ALLEN, BARKER, COHEN, 1998; CARVALHO, CASSIANI, 2002).

Como a punição é mais comum do que as medidas educativas, como citado anteriormente, isso faz com que menos relatos de erros aconteçam, levando a um desconhecimento dos fatores de riscos e à consequente reincidência dos erros. A subnotificação é um fato nos hospitais brasileiros, pois o relato é pouco realizado pela equipe de saúde, nos hospitais não existem dados estatísticos em publicações sobre acontecimentos de erros de medicação. Essa subnotificação dos erros pelos profissionais prejudica muito a implementação de medidas que irão contribuir para a diminuição de erros, pois para que elas possam ser eficazes é importante o acesso desses dados fidedignos de notificação para que a ação através da análise dos dados seja mais eficiente. Apesar dessas subnotificações por parte dos profissionais de enfermagem, as notificações existentes são formadas em grande parte pela equipe de enfermagem, pouquíssimos relatórios são realizados pela equipe médica e pelos profissionais da farmácia (SILVA et al, 2007).

Em um relatório divulgado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, (2011), observou-se apenas que 14 % dos profissionais de saúde notificam eventos adversos e queixas técnicas em todo o Brasil. Em se tratando do DF, essa notificação fica apenas em 2% a 3 % do total de erros.

Estudo realizado por Miasso et al.(2006) em hospitais universitários das cidades de Recife, Ribeirão Preto, Goiânia, e São Paulo, no qual identificam as providências administrativas na ocorrência de erro, mostrou que as providências mais citadas pelos profissionais de saúde são contato e decisões pessoais em primeiro lugar, depois, orientação, seguidos de nenhuma providência, advertência verbal ou escrita, comunicados em geral, relatório em geral, relatório e orientação, suspensão ou demissão, comunicados (memorandos, notificações), orientação e advertência, reuniões, relatórios e advertência, juntamente com relatórios e suspensões. Os relatórios de erros apresentados acima são documentos que permitem a análise da qualidade, evitando assim futuros erros, entretanto é comum a utilização desses relatórios como documentos de punição para o profissional envolvido no erro.

2.2-Conduitas frente ao erro de medicação

Dentre as situações sobre as condutas a serem tomadas frente ao erro, a educação continuada foi vista por muitos profissionais como uma das principais soluções (CARVALHO, CASSIANI, 2000).

Segundo Cassiani (1998, p.115) “a mais importante sem dúvida, é a educação, não se limitando somente à educação em serviço, função da instituição empregadora, mas também aquela relativa à formação profissional”.

Grande parte dos estudos apresentam a educação continuada como uma possível solução apresentada pelos profissionais de saúde, dando ênfase apenas no aprimoramento do conhecimento individual por parte dos profissionais. A adoção desse tipo de solução evidencia que as causas de erros são normalmente percebidas como falhas individuais, por isso a opção pelo aprimoramento do profissional mostra uma cultura organizacional bem estabelecida na qual a culpa é remetida apenas aos profissionais individualmente e não a outros fatores da instituição que favorecem a ocorrência de erros (MIASSO et al. 2006).

Estudo realizado por Miasso et al.(2006), mostrou a educação como sendo a segunda sugestão mais citada para evitar erro, ficando a sua frente mudanças nas atitudes individuais, seguidos de reestruturação do quadro de pessoal, informatização do sistema, melhora da comunicação e interação entre setores e pessoas, aumento da supervisão, vigilância e punições, melhores condições de trabalho e remuneração, realização de reuniões, reestruturação do sistema e reorganização clínica e medidas ou providências a serem tomadas pelos hospitais. Essas sugestões apresentadas pelos profissionais de saúde evidenciam estratégias individuais como as mais eficazes, mais uma vez o profissional de saúde é culpado pelo insucesso da terapia medicamentosa, e o pior a culpa é atribuída por eles mesmos. Eles próprios se sentem culpados

A implementação dos prontuários e prescrição eletrônicas também é visto por muitos profissionais como uma das medidas capazes de reduzir os erros de medicação. A prescrição médica eletrônica consiste na utilização de um computador pelo médico para prescrever um medicamento segundo um modelo pré-estabelecido ao invés de escrita manual em uma folha.

Essa medida é capaz de reduzir a quantidade de erros, já que se elimina a dificuldade na leitura e no entendimento ocasionados pela caligrafia ilegível do médico, e possibilitando que os erros de digitação sejam corrigidos no momento da elaboração da prescrição sem necessidade de rasuras ou rabiscos que prejudicam ainda mais o entendimento das informações. (CASSIANI, FREIRE, GIMENEZ, 2003)

Cassiani, Freire, Gimenes (2003) ao realizar uma entrevista de cunho investigativo com profissionais usuários do sistema eletrônico, no qual estes referiram identificar erros em 82% dessas prescrições sendo principalmente em relação à dose, via de administração, ou na frequência. Quanto a identificação dos erros houve aproximadamente as seguintes porcentagens 33% de referências a erros quanto a via de administração, 34% erros quanto a dose, 20% a erros referente à frequência que os medicamentos são administrados, 8% quanto ao nome do medicamento (quando as prescrições são feitas manualmente), e 5% referiram outros problemas.

Dentre as vantagens identificadas por estes mesmos profissionais, na utilização da prescrição eletrônica foram principalmente a rapidez com que a prescrição é feita e liberada, diminuição de erros nas prescrições eletrônicas comparadas com as manuscritas, além de outras vantagens, como maior organização, praticidade, agilidade com a farmácia, arquivamento de dados, ficha de antimicrobianos inclusa, padronização dos medicamentos, identificação do nome da pessoa que prescreve entre outros (CASSIANI, FREIRE, GIMENEZ, 2003).

Já as desvantagens quanto ao sistema mais mencionadas foram a repetição de prescrições sem revisão, informações digitadas incorretamente, falha do computador, dependência do sistema eletrônico, alterações nas prescrições realizadas manualmente. Além dessas, falta de receituário eletrônico feito eletronicamente, custo elevado, dificuldade para acrescentar novas informações, pequeno número de computadores disponíveis, e necessidade de inserir manualmente informações como os horários da administração do medicamento, também foram citados como desvantagens (CASSIANI, FREIRE, GIMENEZ, 2003).

Como citado anteriormente para muitos profissionais a prescrição eletrônica é vista como um dos métodos de solução para redução de erros, porém segundo Wannmacher (2005), a implementação de sistema de prescrição médica computadorizada não tem eliminado os erros com medicamentos, apesar da expectativa em contrário. A autora cita uma pesquisa norte-

americana que identificou 483 eventos adversos clinicamente significantes em 937 admissões em hospital com aquele sistema computadorizado. A incidência foi de 52 eventos por 100 admissões (70 eventos/1000 pacientes-dias). Em 25% das hospitalizações ocorreu ao menos um evento adverso. Em 9% deles houve consequências graves. No total de eventos, os erros com medicamentos corresponderam a 27%, ocorrendo durante prescrição (61%), monitoramento (25%), administração (13%) e dispensação (1%). Nenhum ocorreu por má transcrição. Devido ao estudo constatou-se que eventos adversos ainda ocorrem nos hospitais em que o sistema computadorizado foi implantado.

2.3 - Erros de Medicação

“Os erros de medicação são eventos evitáveis que, de fato ou potencialmente, podem levar ao uso inadequado de medicamento. Tal conceito implica que o uso inadequado pode ou não lesar o paciente, não importando se o medicamento se encontra sob o controle de profissionais de saúde, do paciente ou do consumidor. O erro pode ocorrer por diversos fatores como a prática profissional, produtos usados na área de saúde, procedimentos, problemas de comunicação, incluindo prescrição, rótulos, embalagens, nomes, preparação, dispensação, distribuição, administração, educação, monitoramento e uso de medicamentos” (ANACLETO et al.,2010).

Eventos adversos à medicação são definidos como incidentes que resultem em qualquer tipo de dano ao paciente, estando eles relacionados à administração de medicamentos. Esses eventos podem ser evitáveis, ou seja, decorrem da negligência dos profissionais de saúde ou não evitáveis, como alergia a determinado componente do fármaco. Os últimos também são chamados de reações adversas aos medicamentos. O conceito de “reação adversa” pela Organização Mundial da Saúde exclui, no entanto, as reações associadas aos erros. Os eventos adversos são indicadores importantes na qualidade da assistência (CASSIANI, FREIRE, GIMENEZ, 2003; GHANDI, SEGER, BATES, 2000).

Em busca de identificar erros mais frequentes nos ambientes hospitalares, pesquisas foram realizadas através da análise de prontuários, além de realizar entrevistas ao corpo de profissionais de saúde.

Ao analisar os prontuários manuais da ala pediátrica de um hospital universitário de São Paulo, Melo, Pedreira (2005) encontrou erros em 21% das soluções prescritas. Dentre esses 21% os tipos de erros encontrados foram: omissão da dose ou registro de execução da dose (75,7%), medicação prescrita pelo médico e registrada como suspensa pela enfermagem (10,5%), medicação não administrada por falta de medicamento na farmácia (6,9%), hora errada (2,4%), droga errada (2,4%), medicação preparada, mas não checada (0,5%), medicação prescrita e não administrada por via de acesso (0,3%), via não identificada (0,3%), velocidade errada (0,2%), administração de medicamento não autorizado (0,2%), via errada (0,2%), outros (0,3%). Os erros de omissão e dose foram os que apareceram em maior índice, esses erros correspondem: não administrar a dose prescrita ou não registrar a administração do medicamento, sendo um erro cometido pelos profissionais de enfermagem, os quais são responsáveis por mais de 50% das informações existentes nos prontuários, que representam um importante instrumento de assistência de enfermagem.

Pesquisa feita por Teixeira e Cassiani (2010) em um hospital universitário localizado em Ribeirão Preto, identificou os erros de dose (medicamentos administrados em uma dose menor ou maior do que solicitado na prescrição), como sendo os erros mais cometidos pelos profissionais tendo 24,3%, sendo seguidos pela seguinte ordem: 22,9% erros no horário (administração do medicamento em horário diferente do prescrito), 13,5% medicamentos não autorizados (medicamentos que não foram prescritos pelos médicos), 12,2% erros de técnica (técnicas incorretas, que prejudiquem a segurança do paciente), além de outros erros que envolviam erros de via, erros de prescrição, omissão, e paciente errado com 2,7%.

As consequências que os erros provocam foram relatadas em um estudo feito no estado de São Paulo no qual identificou 48 erros para os pacientes nas primeiras 24 horas, dentre estes, 28 pacientes não apresentaram reações adversas ao erro, 4 pacientes apresentaram alterações dos níveis glicêmicos (hipoglicemia), 3 alterações respiratórias (dispnéia), 2 alterações

cardiovasculares (taquicardia), 1 alterações renais (diminuição diurese), 1 alterações da rede venosa, 3 aumento da dor, 1 parada respiratória, 1 septicemia (CARVALHO, CASSIANI,2002).

Frente às consequências dos erros, as intervenções de enfermagem pelas prescrições médicas foram: verificações de sinais vitais; suspensão das infusões intravenosas; exames extras; atenção a sinais de hipoglicemia e ao local de infiltração pela quimioterapia, no qual deve-se aplicar gelo; administrar medicamentos a mais; realizar a troca da punção venosa na quimioterapia; irrigar a veia com soro fisiológico; realizar lavagem gástrica; oxigenoterapia; manter repouso no leito, fazer atendimento de urgência caso necessário. Cerca de 38% dos pacientes que sofreram erros de medicação tiveram uma boa evolução e logo estavam de alta, 23% apresentaram lesões e demoraram mais tempo para receber alta, outros 23% tiveram a sua hospitalização prolongada, 16% foram a óbito, no entanto a relação entre o erro e o óbito não pôde ser comprovada, pois havia a necessidade de se fazer uma investigação mais completa sobre o histórico, diagnóstico, exames laboratoriais e prognósticos para ter certeza de que o óbito teve como causa o erro da medicação. O que vai determinar o erro é o dano sofrido pelo paciente. A causa (ato) e o dano vão ser analisados para determinar o grau da pena, podendo ser simples advertências ou chegar a ações penais, civis e processos jurídicos com indenizações a serem cumpridas. (CARVALHO, CASSIANI, 2002)

Em outro estudo, as situações que conduzem aos erros de medicação, obtidas através dos relatos dos profissionais foram agrupadas em 4 categorias: 1) Falha no cumprimento de políticas e procedimentos, definida como as falhas que ocorrem na execução dos procedimentos de administração segura dos medicamentos. Tal categoria é ainda subdividida em falha na execução da técnica e falhas na identificação do paciente. Sendo seguida por 2) falha no sistema de distribuição e preparação de medicamento pela farmácia e 3) falha na comunicação, a qual foi subdividido em: ausência de notificação entre as equipes de enfermagem sobre mudanças no leito e entre médicos e equipe de enfermagem sobre medicação suspensa; alteração da prescrição médica e quanto à via de administração; e prescrição médica ilegível e/ou por telefone. 4) falha no conhecimento - ocasionadas por conhecimento deficiente, cálculo errado do padrão da infusão intravenosa, fatores ocasionados pelo deficiente conhecimento principalmente teórico, a conhecimentos farmacológicos, e elaboração de cálculos corretos, tornando insegura a implementação da terapia medicamentosa. (CARVALHO, CASSIANI, 2000)

Miasso et al. (2006), em um estudo realizado com os profissionais sobre a causa dos erros, também encontraram “ falha na comunicação” como sendo um dos motivos para a ocorrência de erro, sendo relatados pelos profissionais também: a falta de atenção, falhas individuais, falhas na administração e organização dos serviços, excesso de trabalho, e integração de pessoas e setores, devido às prescrições médicas (letras ilegíveis por parte dos médicos, abreviaturas não padronizadas), gestão de pessoal, diversidade de medicamentos existentes e suas identificações.

Os profissionais de saúde, na condição de seres humanos, são passíveis a erros, por isso é comum sua ocorrência na assistência aos pacientes. Não é possível eliminar esses erros totalmente, mas podem ser minimizados ou prevenidos. Isso pode ser alcançado através das medidas, já citadas anteriormente, propostas pelos profissionais que estão dentro dessa realidade, sempre visando à qualidade dos serviços de saúde oferecida aos pacientes (SILVA et al. 2007).

Apesar de o erro ser inevitável, e não ser possível elimina-lo completamente é necessário que seja prevenido. Isso só será possível através da cultura da vigilância do risco e de um gerenciamento de risco bem implementado que identifique fatores de riscos, e procure solucioná-los. Além disso, é essencial que toda a equipe esteja integrada, para implementações de medidas que visam principalmente a qualidade da assistência e a segurança do paciente. (CASSIANI, FREIRE, GIMENEZ, 2003).

Para Padilha (2002), segurança dos pacientes é a palavra chave para a incorporação de uma cultura de segurança dentro das instituições. A complexidade do processo de administrar medicamentos faz com que o erro de medicação seja visto como um fenômeno multicausal, de abordagem multidisciplinar, cujo seu enfrentamento não envolve apenas a instituição, mas seus profissionais, que usando seus conhecimentos específicos, partilham da responsabilidade de prevenir erros, corrigindo e identificando fatores que contribuem para sua ocorrência.

Para a obtenção do registro no Conselho Regional de Enfermagem (COREN) do Distrito Federal, os profissionais de enfermagem, agora são obrigados a participar de um curso com duração de 20 horas, que aborda temas como legislação de enfermagem, procedimentos básicos de enfermagem, cálculo de medicamentos, administração de medicamentos. Logo após o curso será realizado uma prova de qualificação do profissional. A participação é obrigatória, e os

profissionais devem ter 100% de frequência, o seu não cumprimento configura como infração ética (artigo 51 do código de ética). Essas medidas implantadas pelo COREN-DF, visam proporcionar a qualidade da assistência e aumentar a segurança dos pacientes, principalmente de fatores que levam ao erro de medicação. (COREN-DF, 2013)

De fato, no Brasil não se conhece a real magnitude do problema dos erros de medicação, apesar de ser o quinto país em consumo de medicamentos, o primeiro lugar na América Latina e o nono lugar em volume financeiro no mercado mundial farmacêutico. (MORAIS, 2001)

No Distrito Federal, como no restante do Brasil, os problemas envolvendo erros de medicação vem crescendo, entretanto pouco se conhece sobre esta problemática no DF.

3-Objetivos Gerais:

Analisar o contexto de trabalho da enfermagem quanto à ocorrência de erros de medicação, em hospital do DF.

3.1-Objetivos específicos:

Verificar as formas e os registros do processo de medicação na clínica médica do HRC.

Comparar fatores de risco para eventos adversos no processo de medicação nos registros de prontuários eletrônicos com os registros manuais

Identificar fatores de risco e causas de erros de medicação, a partir da opinião dos profissionais.

4-Metodologia

4.1-Tipo de estudo

Para a realização da pesquisa foi feito um estudo do tipo descritivo exploratório.

Segundo Polit, Beck, Hungler (2004) os pesquisadores que aplicam o estudo descritivo, têm o objetivo de observar, descrever, classificar e relatar a investigação descritiva. A pesquisa exploratória, além de observar e descrever o fenômeno, investiga a natureza complexa, e fatores que o evento estudado está relacionado.

4.2-Local de Estudo

A instituição escolhida foi um Hospital público que se localiza no Distrito Federal. O hospital é campo de estágio para várias instituições formadoras de profissionais de saúde.

O Hospital atende toda população residente nessa cidade-satélite e também de outras cidades do Distrito Federal, juntamente com o entorno, que abrange cidades fronteiriças do estado de Goiás, além de pacientes provenientes, principalmente, da região Nordeste. Na emergência, conta com cinco especialidades que, por mês, atendem cerca de 25.000 pacientes. O hospital realiza procedimentos de emergência nas especialidades pediatria, ginecologia e obstetrícia, cirurgia, ortopedia e clínica médica. Possui as unidades de internação clínica médica, UTI, pediatria, maternidade, clínica cirúrgica, berçário, centro obstétrico e centro cirúrgico. As unidades ambulatoriais atendem as especialidades de cardiologia geral e pediátrica, neurologia, psiquiatria, oftalmologia, climatério, ortopedia geral e pediátrica, reprodução humana, pneumologia, fisiologia, dermatologia, alto risco, pequena cirurgia, cirurgia geral, gastroenterologia, nutrição e endocrinologia. O HRC é um hospital que integra a rede de atenção do Distrito Federal contando com 337 leitos, 1.255 funcionários, e tem como a totalidade de seus serviços prestados ao Sistema Único de saúde.

O estudo contou com profissionais da clínica médica, maternidade e pediatria. A clínica médica conta com 20 técnicos em enfermagem, sendo que um desses está de licença por tempo indeterminado, 7 enfermeiros e 2 médicos. A pediatria possui 21 técnicas de enfermagem, 4 enfermeiros e 4 médicos. A maternidade conta com 25 técnicos de enfermagem e 6 enfermeiros.

Para a análise dos prontuários foi escolhida a clínica médica, devido ao variado e grande número de medicamentos utilizados no tratamento, o quantitativo e diversidade de usuários em internação, além da complexidade dos pacientes.

Na aplicação dos questionários, contou-se com enfermeiros e técnicos de enfermagem da clínica médica, pediatria e maternidade, visando o conhecimento desses profissionais atuantes nessas clínicas sobre a problemática do erro de medicação.

Desde agosto de 2011, foi implantada a prescrição eletrônica no HRC. Assim como a prescrição médica, o prontuário contendo informações como o diagnóstico, resultados de exames, evolução de enfermagem e dieta, também é obtido pelo sistema eletrônico.

Em todas as unidades onde os questionários foram aplicados, os técnicos de enfermagem ficavam responsáveis pelo cuidado dos pacientes, realizavam praticamente todos os cuidados, inclusive o preparo e administração dos medicamentos.

4.3-População e Amostra

A população escolhida para a realização do estudo constitui-se de enfermeiros e técnicos de enfermagem que pertenciam ao quadro da clínica médica, pediatria, e maternidade.

A amostra foi constituída dos profissionais envolvidos diretamente nas etapas do processo de medicação e que aceitaram participar da pesquisa. Sendo estes, 24 técnicos de enfermagem e 11 enfermeiros.

4.4-Ética na Pesquisa

Em cumprimento à Resolução nº 446/2013, do Ministério da Saúde, que trata da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, que concedeu sua aprovação para a realização dessa pesquisa em 12 de janeiro de 2012. (Anexo A)

Os participantes da pesquisa foram orientados quanto ao objetivo, justificativa e metodologia da pesquisa, além de serem assegurados quanto à confiabilidade, sigilo, privacidade e proteção da imagem, esclarecendo-se, ainda, que todas as informações adquiridas serão utilizadas com propósitos meramente acadêmicos.

Além disso, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

4.5-Coleta de dados

4.5.1-Procedimentos:

O estudo desenvolveu-se em três etapas distintas:

A Primeira Etapa teve como objetivo verificar as formas e os registros do processo de medicação na clínica médica. Para tanto foi visitado a unidade onde a pesquisa foi realizada, a fim de avaliar as formas e os registros adotados na unidade. Então identificou-se o prontuário como formas e registros do processo de medicação.

A Segunda Etapa consistiu na análise e comparação dos prontuários eletrônicos com os prontuários manuscritos quanto a fatores de risco para eventos adversos no processo de medicação.

No período que teve início a coleta de dados a presente instituição apresentava como forma de registro do processo de medicação, um sistema completamente informatizado implantado em agosto de 2011. O sistema em questão denominado *Trakcare*, ao qual somente

tem acesso, profissionais responsáveis pelo cuidado aos pacientes e com cadastro. É um sistema implantado na Secretaria de Saúde do Distrito Federal, que informatiza toda e qualquer informação de saúde do paciente, como um prontuário eletrônico. Então pelo sistema é realizada a prescrição do medicamento, a solicitação de exames, os resultados dos exames, o registro dos profissionais de enfermagem, evolução médica, solicitação de materiais e de medicamentos.

Foi realizada uma análise retrospectiva dos prontuários manuscritos, pelo período de um ano, julho de 2010 e julho de 2011, com o objetivo de encontrar aspectos que envolvam as formas e os registros do evento adverso no processo de medicação dos pacientes internados neste período. Para cálculo da amostra de prontuários foi realizado um levantamento do número de admissões pelo período de julho de 2010 a julho de 2011.

A média de admissões na unidade foi de 32 admissões por mês, totalizando um N de 382 admissões. Totalizando uma amostra calculada segundo Barbetta (2007) de um total de 195 prontuários a serem revisados.

$$n_0 = \frac{1}{E^2}; n_0 = \frac{1}{0,05^2}; n_0 = 400$$

E é o erro amostral. Adotou-se 0,05

$$n = \frac{N \times n_0}{N + n_0} \text{ nesta fórmula o N é a população total}$$

$$N = \frac{382 \times 400}{382 + 400} = 195,39$$

Devido à dificuldade de acesso aos prontuários manuscritos, pela implantação do eletrônico, conseguimos analisar 160 prontuários manuscritos totalizando 2.027 prescrições.

Os prontuários revisados até julho de 2011 foram na forma manuscritas, pois ainda nesse momento não estava implantado o registro eletrônico de saúde, após essa data os prontuários analisados foram na forma eletrônica, ou seja, diretamente no computador.

A fim de realizar a comparação entre prontuários manuscritos e eletrônicos, analisou a mesma quantidade de prontuários eletrônicos (160), entre os períodos de julho de 2012 a janeiro

de 2013, totalizando 1.605 prescrições. Para a análise de ambos os prontuários utilizou-se um instrumento na revisão dos prontuários relacionados ao processo de medicação (Apêndice B).

O instrumento utilizado na revisão dos prontuários relacionados ao processo de medicação (Apêndice B) é composto pelos seguintes itens: aspectos da prescrição médica tipo de prescrição, legibilidade da prescrição, presença de aspectos quanto a identificação do paciente na prescrição, presença de siglas, rasuras, alterações na prescrição, prescrição de medicamentos pelo nome genérico ou comercial etc).

A terceira e última etapa teve como objetivo identificar fatores de risco e causas de erros de medicação, a partir da opinião dos profissionais envolvidos nas etapas da prescrição, preparo e administração do medicamento, para isso aplicou-se um questionário para os profissionais de saúde envolvidos com as etapas descritas acima. O questionário é composto de questões de múltipla escolha e, também, questões abertas, abordando as principais causas dos erros de medicação, a percepção dos profissionais, os procedimentos adotados em caso de erro, as sugestões para redução da ocorrência de erros e experiências com a implantação do prontuário eletrônico (Apêndice C).

4.6-Organização e análise dos dados

Os dados foram revistos e organizados em planilhas Excell para análise. Os dados foram analisados conforme sua natureza, segundo a abordagem quantitativa e qualitativa. O programa estatístico específico software *Package for the Social Sciences (SPSS®)* versão 18.0. Os dados qualitativos foram agrupados por semelhança, dispostos em categorias e analisados a partir destas em particular.

Os dados estão apresentados de forma descritiva por meio de tabelas, e gráficos.

4.7- Variáveis do estudo

Variáveis dependentes:

Enfermeiros

Técnicos de enfermagem

Prescrições eletrônicas

Prescrições manuais

Variáveis independentes:

Informações da prescrição médica (grafia legível/ilegível, número do leito presente/ausente, número do registro presente/ausente, nome e CRM presente/ausente, data e hora atualizadas, registro de alergias presente/ausente, rasuras, suspensão/alterações de medicamentos, aprazamento completo/incompleto, aprazamento com rasuras, medicamento sem checar, justificativa da não checagem presente/ausente).

Informações do medicamento na prescrição (nome do medicamento legível/ilegível, apresentação presente/ausente, informações da via presente/ausente, diluição presente/ausente, frequência, medicamentos prescritos com: nome comercial, princípio ativo, ambos).

Informações sobre medicamentos nas evoluções (observações médica/enfermagem, suspensões médicas, prescrição na evolução médica, medicamento SOS).

Dados socioprofissionais (sexo: feminino /masculino, idade: 20 a 30 anos/ 31 a 40 anos/41 a 50/mais de 50 anos, tempo de atuação profissional, tempo de atuação no setor, jornada de trabalho: 20h/24h/ 40h, número de instituições que trabalham: uma instituição/ duas instituições, local de trabalho: maternidade, pediatria, clínica médica).

Fatores que predisõem o erro (dose incorreta, via incorreta, forma incorreta, ilegibilidade, prescrição incompleta, preparo incorreto, desconhecimento da terapêutica medicamentosa, excesso de confiança, falta de atenção, excesso de trabalho, falha na comunicação, estresse, falta de treinamento, volume de tarefas, falta de profissionais, pacientes críticos, não checagem do medicamento).

Procedimentos adotados em caso de erro (comunicar chefe do setor, comunicar o enfermeiro, registrar no livro de enfermagem, procedimentos para reverter o erro, comunicar o médico).

Sugestões para reduzir os erros (diminuição da carga horária e do número de pacientes, melhorar a comunicação entre a equipe, curso de atualização, atenção, realizar os 5 certos, outras sugestões).

Implementação do prontuário eletrônico (benefícios, dificuldades).

Dificuldades do prontuário eletrônico (poucos computadores, dificuldade de impressão, informações digitadas de forma incorretamente, dificuldade para acrescentar novas informações, dificuldades dos profissionais em utilizar o sistema eletrônico, computadores lentos, falta de receituário eletronicamente).

Redução dos erros com a implementação do prontuário eletrônico (sim, não, indiferente).

4.8 - Análise estatística

Os dados foram analisados pelo software *Package for the Social Sciences (SPSS®)* versão 18.0. As variáveis categóricas são relatados como frequências absolutas e relativas e variáveis numéricas são relatados como média e desvio padrão (mínimo e máximo). As taxas de erros foram calculadas com base nas oportunidades de erros observadas.

Todas as variáveis foram analisados na univariável e multivariável. O nível de significância considerado foi de 5%. O *Odds Ratio* (OR) foi calculado com intervalos de confiança (IC) de 95%. Para associações foram utilizados: Teste do qui-quadrado e Teste de *Man-Whitney*.

5 - Resultados

A análise dos prontuários permitiu a identificação das principais falhas presentes nas prescrições médicas manuais e eletrônicas. As informações sobre as prescrições manuais e eletrônicas analisadas estão classificadas na tabela 1.

Tabela 1 Distribuição das informações na prescrição da Clínica Médica. Ceilândia, 2012.

Informações da prescrição médica	Manual N (2027) %	Eletrônica N (1605) %	P
Grafia legível	1408 (69,5)		
Ilegível	88 (4,3)		
Em parte	531(26,2)		
Número do leito presente	281(13,9)	30 (1,9)	<0,000
Falta número do leito	1746(86,1)	1575 (98,1)	
Número registro presente	1515(74,7)	1549(96,5)	<0,000
Falta número do registro	512(25,3)	56(3,5)	
Nome e CRM do prescritor	2003(98,8)	194(12,1)	<0,000
Data	1985(97,9)	1601(99,8)	<0,000
Falta data	42(2,1)	4(0,2)	<0,000
Registro de alergias	18(0,9)	70(4,4)	0,002
Sem alergias	2009(99,1)	1535(95,6)	
Presença de rasuras	458(22,6)		
Sem rasuras	1569(77,4)		
Alterações/suspensões	685(33,8)	168(10,5)	<0,000
Sem alterações/suspensões	1342(66,2)	1437(89,5)	
Data e hora atualizadas	143(58,4)	1539(95,9)	<0,000
Sem data e hora atualizadas	102(41,6)	66(4,1)	
Aprazamento completo	1823(89,9)	1566(97,6)	<0,000
Incompleto	204(10,1)	39(2,4)	
Aprazamento sem rasuras	1734(85,5)	1602(99,8)	<0,000
Com rasuras	293(14,5)	3(0,2)	
Medicamentos sem checar	631(31,1)	1437(89,5)	<0,000
Sem alterações	1396(68,9)	168(10,5)	
Justificativas da não checagem	392(19,3)	75(4,7)	<0,000
Sem justificativas	1635(80,7)	1530(95,3)	

CRM: número de registro no Conselho Regional de Medicina. Checar: registro da realização do procedimento na prescrição médica.

Nesse estudo constatou-se que a não identificação do número do leito ocupado pelo paciente em 86,1% das prescrições, bem como a não justificativa da não checagem de medicamentos em 80,7% das prescrições manuais foram os itens mais relevantes no que se referem a fatores de risco na ocorrência de erros de medicação ($p < 0,000$). Nas prescrições

eletrônicas essas porcentagens aumentaram, a não identificação do número do leito foi encontrado em 98,1% tendo um aumento de 12% em relação a prescrição manuscrita e a não justificativa da não checagem foi encontrado em 95,3%.. O número do registro do paciente estava em 74,7% das prescrições manuais e 96,5% das prescrições eletrônicas.

Os medicamentos sem checagem também representam dados preocupantes, pois 31,1%, das prescrições manuais, aproximadamente um terço dos medicamentos administrados não foram checados. As prescrições eletrônicas apresentaram um índice maior com 89,5% sem checar.

Nas prescrições redigidas de forma manuscrita, a grafia ilegível ainda é um dos maiores problemas, onde 69,5% das prescrições analisadas apresentaram grafia ilegível e em 26,2% dos casos a grafia foi classificada como legível em parte. . Dentre os prontuários analisados, foram encontradas rasuras em 14,5%.

Com relação à data e hora atualizadas, observou-se que 41,6% das prescrições manuais estavam sem hora e data atualizadas, Como o próprio sistema atualiza a data e hora, apenas 4,1% das prescrições eletrônicas estavam sem data e hora atualizadas.

Alguns erros são ocasionados por falta de registro nas prescrições. Exemplos desse tipo de erro são: alterações/suspensões de medicamentos, que na tabela correspondem a 33,8% das prescrições manuais. As alterações e suspensões nos prontuários eletrônicos também teve um valor significativo com 10,5%, não obtendo assim uma redução muito grande quando comparado com o prontuário manual.

Apenas 0,9% dos prontuários manuais analisados encontraram-se registros sobre a existência de alergias. Nos prontuários eletrônicos apesar de existir o espaço para alergias, foram encontrados apenas 4,4% de registros de alergias.

O nome e CRM do prescritor estavam presentes em 98,8% das prescrições manuais, já nas prescrições eletrônicas esta porcentagem cai drasticamente, sendo apenas encontrada em 12,1% ($p < 0,000$). Em 89,9% das prescrições manuais e 97,6% das prescrições eletrônicas o aprazamento estava completo.

No que concerne às informações dos medicamentos, segundo a prescrição médica, muitos pontos são analisados na tabela 2.

Tabela 2- Informações dos medicamentos segundo prescrição médica. Clínica Médica. Ceilândia, 2012

Informações do medicamento na prescrição médica	Manual N(2027) %	Eletrônica N(1605) %	P
Nome do medicamento legível	1943 (95,9)		
Ilegível	84(4,1)		
Apresentação presente	1814(89,5)	1593(99,3)	<0,000
Falta dados da apresentação	213(10,5)	12 (0,7)	
Via	2008 (99,1)	1597 (99,5)	0,172
Falta via	19 (0,9)	8 (0,5)	
Diluição	585 (28,9)	1502 (93,6)	<0,000
Falta forma de diluição	1442 (71,1)	103 (6,4)	
Frequência	1976 (97,5)	1599 (99,6)	<0,000
Falta frequência	51(2,5)	6 (0,4)	
Medicamentos prescritos com nome comercial	2016(99,5)	221 (13,8)	<0,000
Princípio ativo	11(0,5)	1366 (85,1)	
Ambos	0	18 (1,1)	

A falta de dados da apresentação com 10,5% do total e a falta de informações da diluição em 71,1% das prescrições manuais foram os problemas mais frequentes. Na prescrição eletrônica houve acentuada queda, a falta de dados de apresentação estava em apenas 0,7% das prescrições e a falta da forma de diluição em 6,4% ($p < 0,000$). Nos prontuários manuais analisados 0,9% das prescrições não possuíam a via de administração e dos prontuários eletrônicos apenas 0,5%,

A presença da frequência em que os medicamentos deveriam ser administrados, foram relatadas em 97,5% das prescrições manuais e em 99,6% dos eletrônicos.

Cerca de 4,1% das prescrições manuais de medicamentos ocorreram de forma ilegível e no caso do eletrônico essa porcentagem chega à zero. Foram utilizados o nome comercial em 99,5% das prescrições manuais e 13, 8 das eletrônicas.

Ao contrário das prescrições manuais na qual se utilizou mais medicamentos comerciais, nas prescrições eletrônicas 85,1% foram feitas utilizando o princípio ativo contra 0,5% das prescrições manuais.

As informações dos medicamentos não estão apenas nas prescrições, mas também podem ser encontradas tanto nas evoluções médicas quanto nas evoluções de enfermagem. Como observados na Tabela 3

Tabela 3-Distribuição das informações sobre os medicamentos.Ceilândia, 2012

Informações sobre medicamentos nas evoluções	Manual N(2027) %	Eletrônica N(1605) %	P
Observações na evolução médica			
Sim	326 (16,1)	962 (59,9)	<0,000
Não	1701(83,9)	643 (40,1)	
Suspensões na evolução médica			
Sim	123 (6,1)	74 (4,6)	0,055
Não	1904 (93,9)	1531 (95,4)	
Prescrições na evolução médica			
Sim	448 (22,1)	295 (18,4)	0,006
Não	1579 (77,9)	1310 (81,6)	
Observações na evolução de enfermagem			
Sim	340 (16,8)	400 (24,9)	<0,000
Não	1687 (83,2)	1205 (75,1)	
Medicamentos SOS na evolução de enfermagem			
Sim	135 (6,7)	148 (9,2)	<0,005
Não	1892 (93,3)	1457 (90,8)	

Observação na evolução médica e de enfermagem tiveram aumento com o prontuário eletrônico. Anteriormente, com o prontuário manual, encontravam-se observações de medicamentos na evolução médicas em apenas 16,1% dos prontuários e observações dos medicamentos na evolução de enfermagem em 16,8%. Com a implantação do prontuário eletrônico as observações dos medicamentos nas evoluções médicas passaram a estar presentes em 59,9% e nas de enfermagem em 24,9%.

Houve aumento das observações dos medicamentos nas evoluções médicas do prontuário eletrônico, no entanto observou-se uma diminuição de informações como suspensões e prescrições na evolução médica do paciente. Com os prontuários manuscritos existia 22,1% de prescrições, e com o eletrônico passou a ter 18,4%. As suspensões estavam presentes em 6,1% nas eletrônicas e 4,6% para as manuais.

Nos prontuários analisados 6,7% dos prontuários manuais tinham observações de medicamentos SOS nas evoluções de enfermagem, e 9,2% nos prontuários eletrônicos, tendo um crescimento pouco significativo.

As siglas e abreviaturas foram encontradas em 100% das prescrições médicas tanto eletrônicas quanto manuais.

Análise da opinião dos técnicos e enfermeiros sobre a problemática do erro de medicação.

Um total de trinta e cinco profissionais de enfermagem responderam o questionário, dentre os técnicos de enfermagem 33,8% são da clínica médica, 41,7% da pediatria e 25% da maternidade e dentre os enfermeiros 18,2% são da clínica médica, 36,3% da pediatria e 45,5% da maternidade

As características analisadas na tabela 4 são: idade, tempo de atuação profissional, tempo de atuação no setor, jornada de trabalho, número de instituições que trabalham e o local de trabalho.

TABELA 4-Distribuição dos dados socioprofissionais segundo a equipe de enfermagem entrevistada nas unidades de clínica médica, maternidade e pediatria, Ceilândia, 2013.

	Enfermeiros		Técnicos	
	N	%	N	%
Sexo				
Masculino	2	18,2	1	4,2
Feminino	9	81,8	23	95,8
Idade				
≤ 30 anos	5	45,5	2	8,3
31 a 40 anos	2	18,2	6	25,0

41 a 50	2	18,2	10	41,7
≥ 51	2	18,2	6	25,0
Tempo de Atuação Profissional				
≤ 3anos	4	36,4	4	16,7
4 a 9 anos	3	27,2	2	8,3
≥ 10	4	36,4	18	75,0
Tempo de Atuação no Setor				
≤ 2 anos	6	54,5	11	45,8
3 a 5 anos	3	27,3	2	8,4
≥ 6	2	18,2	11	45,8
Jornada de Trabalho				
20h	1	9,1	3	12,5
40h	10	90,9	21	87,5
Número de Instituições em que trabalha				
1	10	90,9	21	87,5
2	1	9,1	3	12,5
Local de trabalho				
Clínica médica	2	18,2	8	33,3
Pediatria	4	36,3	10	41,7
Maternidade	5	45,5	6	25,00

A tabela 4 revela que há um número predominante de mulheres, sendo que dos técnicos de enfermagem 95,8% são do sexo feminino e dos enfermeiros esta porcentagem é de 81,8%. Dos técnicos de enfermagem 41,7% estão na faixa etária entre 41 a 50 anos, constituindo-se de profissionais experientes. Por outro lado, entre os enfermeiros a maioria, 45,5%, possui menos de 30 anos.

No tempo de atuação do setor os participantes técnicos de enfermagem se distribuíam em: 45,8% estavam atuando no setor por um período inferior ou igual a dois anos, 45,8% atuavam por períodos iguais ou maiores que 6 anos e apenas 8,4% atuava entre 3 a 5 anos.

Já a maioria dos enfermeiros, 54,4%, possuíam um tempo de atuação profissional igual ou maior a 2 anos; e apenas 18,2 % atuava por 6 anos ou mais no mesmo setor.

Quanto ao tempo de atuação profissional o contraste entre enfermeiros e técnicos fica mais evidente, pois 75% dos técnicos possuem mais de 10 anos de atuação profissional. Já com

os enfermeiros percebemos um empate em que 36,4% tem menos de 3 anos de atuação profissional e 36,4% tem menos de 10 anos.

Quando analisada a jornada de trabalho, 87,5% dos técnicos trabalham em jornada de 40 horas, já entre os enfermeiros, esse índice chega a 90,9% da categoria. Além disso, constatou-se que os mesmos 87,5% dos técnicos e 90,9% dos enfermeiros trabalham apenas em uma instituição.

Quando perguntado aos profissionais sobre quais fatores induziam mais ao erro de medicação, os profissionais emitiram opiniões que estão apresentadas na Tabela 5

TABELA 5- Distribuição das opiniões dos profissionais quanto aos fatores que predispõem ao erro.Ceilândia,2013

Fatores que levam a erros	Enfermeiro		Técnico	
	N	%	N	%
Prescrição de Dose Incorreta	3	27,3	2	8,3
Prescrição da Via de Administração Incorreta	0	0	2	8,3
Prescrição de Forma Incorreta	1	9,1	0	0
Prescrição Ilegível	1	9,1	1	4,2
Prescrição Incompleta	1	9,1	0	0
Erros no Preparo da Medicação	0	0	1	4,2
Falta de Conhecimento por parte dos Profissionais	1	9,1	8	33,3
Excesso de Confiança	0	0	1	4,2
Falta de Atenção	7	63,6	19	79,2
Excesso de Trabalho	3	27,3	7	29,2
Falha na Comunicação entre os Setores	2	18,2	0	0
Estresse	2	18,2	0	0
Falta de Treinamento	1	9,1	2	8,3
Volume de Tarefas	1	9,1	2	8,3
Falta de Profissionais	0	0	5	20,8
Pacientes com Grande Número de Medicamentos	1	9,1	1	4,2
Não Checagem do Medicamento Administrado	1	9,1	0	0

A falta de atenção foi o fator mais apontado pelos profissionais participantes do estudo, tanto pelos enfermeiros, com 63.6%, como pelos técnicos, com 79,2%, demonstrando que a causa do erro está associada aos profissionais e não ao sistema de saúde.

Outras causas que estão associadas ao profissional também foram citadas pelos participantes do estudo, dentre estes: falta de conhecimento por parte dos profissionais com 33.3% para os técnicos de enfermagem e 9,1% para os enfermeiros, falta de treinamento com 8,3% para os técnicos de enfermagem e 9,1% para os enfermeiros. O fator excesso de confiança foi apenas citado pelos técnicos com 4,2%, assim como erros no preparo da medicação. Por fim, o fator falha na comunicação entre os setores foi apontado apenas por 18,2% dos enfermeiros.

Os fatores acima também foram citados pelos profissionais participantes, sendo que o fator excesso de trabalho foi o mais citado: 29.2% pelos técnicos de enfermagem e 27,3% pelos enfermeiros. Em seguida, citada apenas pelos técnicos de enfermagem, o fator falta de profissionais foi apontado por 20,8%. Por outro lado, o estresse foi citado apenas por enfermeiros, com incidência de 18,2%. Outros fatores como volume de tarefas: 8,3% para os técnicos e 9,1% para os enfermeiros; e pacientes com grande número de medicamentos: com 4,2% para os técnicos e 9,1% para os enfermeiros; têm direta relação com o sistema hospitalar, mas foram pouco citados, comparando-se com os fatores pessoais.

Os erros de prescrição também foram fatores referidos pelos participantes. Os principais erros são: prescrição de dose incorreta com 27,3% pelos enfermeiros e 8,3% pelos técnicos, prescrição ilegível com 9,1% pelos enfermeiros e 4,2% pelos técnicos, prescrição da via de administração incorreta apenas referida pelos técnicos com 8,3% e prescrição de forma incorreta, incompleta e medicamentos sem checar todas referidas apenas pelos enfermeiros com 9,1% cada.

No gráfico 1 é possível verificar quais procedimentos adotados em caso de erro citados pelos participantes do estudo.

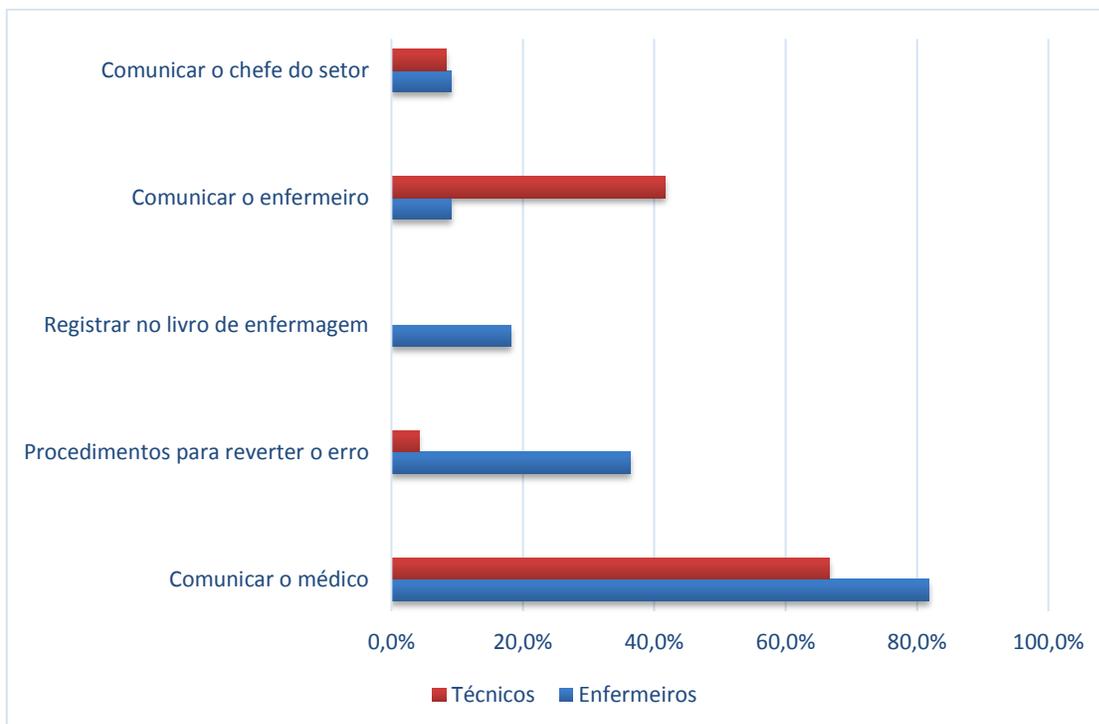


Gráfico 1 - Conduta dos profissionais de enfermagem frente ao erro de medicação. Ceilândia, 2013

Os procedimentos adotados em caso de erro pelos técnicos em enfermagem são: comunicar o médico com 66,7%, comunicar o enfermeiro com 41,7%, comunicar o chefe do setor com 8,3%, adotar procedimentos para reverter o erro com 4,2%. É importante ressaltar que nenhum técnico de enfermagem referiu registro no livro de enfermagem em caso de erro.

Os procedimentos referidos pelos enfermeiros foram os seguintes: comunicar o médico 81,8%, adotar procedimentos para reverter o erro 36,4%, registrar no livro de enfermagem 18,2%, comunicar o chefe do setor e o chefe de enfermagem, ambos com 9,1%. A única providência adotada pela grande maioria, tanto de enfermeiros com 81,8% e de técnicos de enfermagem com 66,7%, é chamar o médico plantonista.

Apenas 4,2% dos técnicos de enfermagem adotariam medidas, cabíveis ao exercício da sua profissão, para reverter o erro.

Como mostrado acima no gráfico 1, nenhum técnico de enfermagem citou o registro no livro de enfermagem como procedimento adotado em caso de erro. No entanto, 18,2% dos enfermeiros afirmou que faria o registro.

. As seguintes propostas foram relatadas por técnicos de enfermagem e enfermeiros: cursos de atualização sugerido por 45,5% de enfermeiros e 20,8% pelos técnicos; mais atenção ao realizar os procedimentos sugerido por 27,3% dos enfermeiros e 37,5% pelos técnicos; realizar os cinco certos da medicação sugerido por 27,3% dos enfermeiros e 29,2% pelos técnicos; diminuir a carga horária e o número de pacientes foi sugerido por 18,2% dos enfermeiros e 20,8% dos técnicos; e melhorar a comunicação entre equipe médica e enfermeiros foi apenas sugerida por 8,3% dos técnicos.

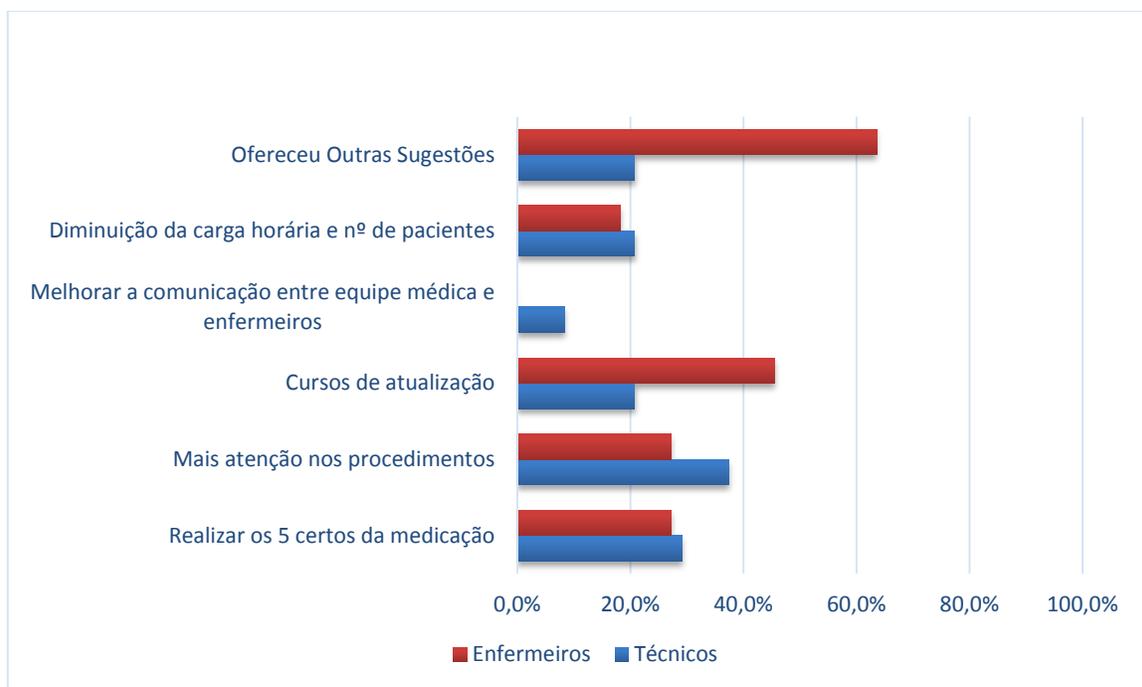


Gráfico 2 – Sugestões para reduzir a ocorrência de erros de medicação. Ceilândia, 2013.

Outra sugestão feita pelos profissionais a fim de diminuir o erro é a diminuição do número de pacientes e da carga horária: citada pelos enfermeiros com 18,2% e pelos técnicos de enfermagem com 20,8%.

Ao serem questionados sobre a implantação do prontuário eletrônico em agosto de 2011, os participantes do estudo emitiram as seguintes opiniões, que estão elucidadas na tabela 7.

Tabela 6- Opinião dos participantes, referente à implantação do prontuário eletrônico. Ceilândia, 2013

	Enfermeiros		Técnicos	
	N	%	N	%
O Prontuário Eletrônico resultou em:				
Benefícios	9	81,8	12	50
Dificuldades	2	18,2	8	33,3
Indiferente	0		4	16,7
Principais dificuldades na utilização do prontuário eletrônico				
Poucos Computadores	3	27,3	8	33,3
Dificuldades de Impressão	3	27,3	5	20,8
Informações Digitadas de Forma Incorreta			1	4,2
Dificuldades para acrescentar informações novas	1	9,1	2	8,3
Dificuldades Profissionais em utilizar o prontuário eletrônico	6	54,5	4	16,7
Computadores ou Sistemas Lentos	6	54,5	13	54,2
Falhas do Computador/Sistema	6	54,5	13	54,2
Falta de Receituário Feito Eletronicamente	0		0	
Com a implantação do prontuário eletrônico no HRC houve significativa redução dos erros mais comuns relacionados à medicação				
Sim	5	45,4	9	37,5
Não	3	27,3	11	45,8
Indiferente	3	27,3	4	16,7

Segundo os enfermeiros, o prontuário eletrônico trouxe benefícios para aproximadamente 82% desses profissionais, mas dificuldades para os outros 18%. Nenhum enfermeiro considerou o prontuário eletrônico como indiferente, ou seja, não resultou em benefícios, mas também não trouxe dificuldades.

Enfermeiros

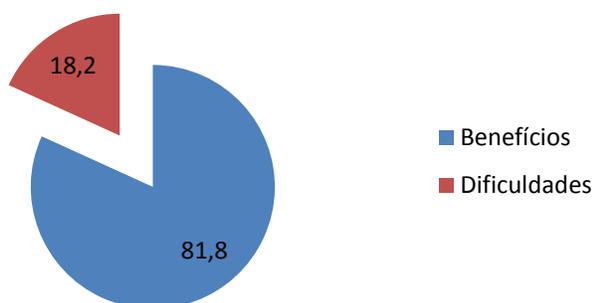


Gráfico 3 – Opiniões sobre o prontuário eletrônico pelos enfermeiros.Ceilândia,2013.

Quando a mesma pergunta foi feita aos técnicos de enfermagem a porcentagem que considerou o prontuário eletrônico como benefício caiu para aproximadamente 50%, e os que consideraram que a implantação trouxe dificuldades subiu para aproximadamente 33%. Para aproximadamente 17% dos técnicos de enfermagem a chegada do prontuário eletrônico foi indiferente para a sua rotina

Técnicos de Enfermagem

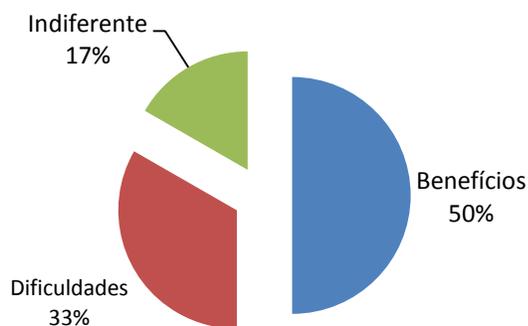


Gráfico 4 – Opiniões sobre o prontuário eletrônico pelos técnicos de enfermagem.Ceilândia,2013

As principais dificuldades na utilização do prontuário eletrônico para os enfermeiros foram: dificuldade de acessar o programa responsável, computadores ou sistemas lentos, dificuldades profissionais em utilizar o prontuário eletrônico todos com 54,5%, poucos computadores e dificuldade de impressão ambos com 27,3%, dificuldades para acrescentar

informações novas 9,1%. Informações digitadas de forma incorreta e falta de receituário feito eletronicamente não foram citadas pelos enfermeiros.

Para os técnicos de enfermagem falha do computador ou sistema e computadores ou sistemas lentos também foram os itens mais citados como desvantagens do prontuário eletrônico com a porcentagem igual de 54,5%. Outras dificuldades referidas por estes profissionais foram: poucos computadores com 33,3%; dificuldades de impressão com 20,8%; dificuldades profissionais em utilizar o prontuário eletrônico 16,7%; dificuldades para acrescentar informações novas com 8,3%; informações digitadas de forma incorreta com 4,2%; e assim como os enfermeiros, nenhum técnico de enfermagem fez referência a falta de receituário feito eletronicamente.

Quando questionados se houve significativa redução dos erros mais comuns da medicação, cerca de 46% dos enfermeiros responderam que sim, 27% responderam que não e 27% consideraram indiferente a implementação do prontuário.

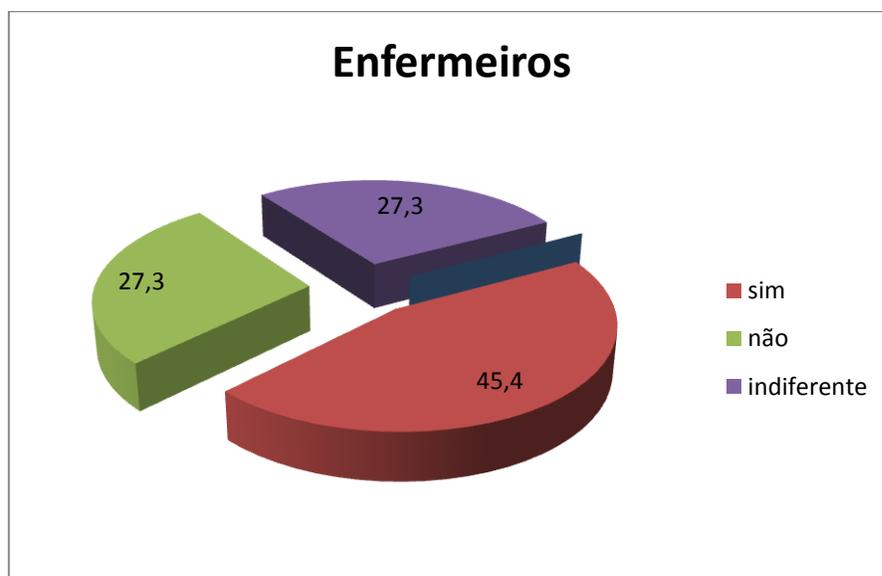


Gráfico 5 – Opiniões dos enfermeiros sobre a redução de erros com a implementação do prontuário eletrônico

Em relação aos técnicos de enfermagem 46% responderam que não houve significativa redução dos erros mais comuns de medicação, 37% responderam que sim, e 17% relataram indiferença.

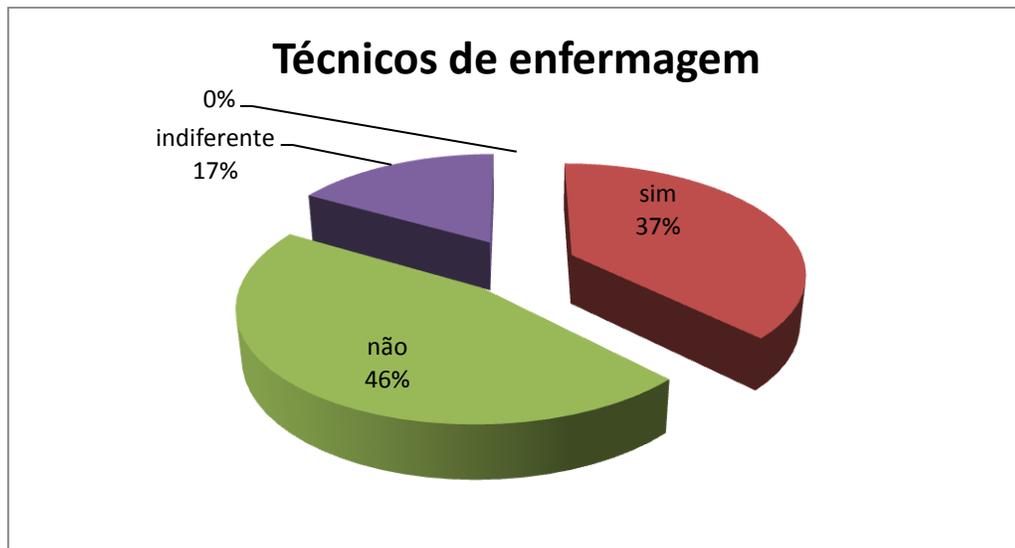


Gráfico 6 – Opiniões dos técnicos de enfermagem sobre a redução de erros com a implementação do prontuário eletrônico. Ceilândia, 2013

6-Discussão

Foram analisadas 2.027 prescrições manuscritas do período de julho de 2010 a julho de 2011 e 1.605 prescrições eletrônicas do período de julho de 2012 a janeiro de 2013.

A Prescrição eletrônica é considerada uma das principais medidas para a prevenção de erros de medicação. Segundo Bates et al. (2001) a adoção do sistema de prescrição eletrônica pode contribuir significativamente na redução de eventos adversos relacionados aos medicamentos, possibilitando a melhora da qualidade e eficiência do tratamento farmacológico.

Os sistemas de prescrição eletrônica contêm uma grande variedade de programas elaborados para a prescrição automatizada de medicamentos, possui um formato padrão, legível e com uma ampla totalidade de conteúdos. Grande parte dos sistemas de prescrições eletrônicas tem em sua interface um suporte para decisões clínicas, com maior ou menor grau de sofisticação. Estas interfaces consistem em sugestões quanto à via de administração, correção nos valores de dose dos fármacos, frequência. Existem ainda sistemas mais complexos que incluem checagens a alergias de medicamentos, resultados de exames laboratoriais, interações medicamentosas, e até a disponibilização de protocolos clínicos para a prescrição dos medicamentos enquanto o médico realiza a prescrição. (KAUSHAL; BATES, 2001).

Entre os pontos mais importantes dos sistemas de suporte que possuem a decisão clínica estão os que tem alerta de segurança notificando o médico sobre os danos à saúde do paciente provocados pela sua prescrição. (KAWANO, et al. 2006).

O TrakCare é um sistema novo implantado nas principais instituições de saúde em mais de 25 países. Como é conectada e baseada na web, isso permite que uma grande quantidade de informações possa ser adquirida, facilitando assim o processo de comunicação. Com esse sistema apenas profissionais responsáveis pelo cuidado aos pacientes e com cadastro tem acesso. É o sistema implantado na Secretaria de Saúde do Distrito Federal, que informatiza toda e qualquer informação de saúde do paciente, como um prontuário eletrônico. Então pelo sistema é realizada a prescrição do medicamento, a solicitação de exames, os resultados dos exames somente são disponíveis pelo sistema, o registro dos profissionais de enfermagem, evolução médica, solicitação de materiais e de medicamentos. O sistema fornece capacidades de suporte de

decisões para facilitar práticas de prescrições eficientes e seguras, dentre essas capacidades estão: alertas de alergias, alertas de verificação duplicada, alertas de interações medicamentosas, alerta de validação de quantidade de dose, verificação de informações de medicamento, verificação de substituição terapêutica, cálculo de dose e IMC. (GUIA DA SOLUÇÃO TRAKCARE, 2009)

Apesar de todas essas facilidades disponibilizadas pelo sistema, a maioria dos médicos da clínica médica desconhecem totalmente a utilização desse sistema e suas vantagens para uma prescrição segura, não programando os alertas e não utilizando o programa de cálculo de dose de acordo com IMC.

Com intuito de analisar se o prontuário eletrônico está realmente sendo eficiente, o estudo visa comparar se houve significativa redução dos erros de medicação pela prescrição eletrônica em relação à prescrição manuscrita.

O estudo mostrou diversos fatores de riscos associados aos prontuários eletrônicos e manuscritos que estavam em maior ou menor grau nesses tipos de prontuário. Dentre esses fatores foram analisados:

A identificação do leito que juntamente com o nome e números de registros são itens importantes para a identificação do paciente. Tal medida ajuda a prevenir as trocas de medicações ou troca de pacientes que, por exemplo, possuem o nome igual. Apesar de o sistema *TrakCare* apresentar o mapa da localidade de cada paciente, onde refere à enfermaria e o leito que o paciente está, é importante que esta informação também esteja nas prescrições eletrônicas a fim de garantir a seguridade e evitar trocas de pacientes e medicações.

A falta de justificativa da não checagem de medicamentos é um problema preocupante devido à alta recorrência nas prescrições manuais e eletrônicas analisadas. Esse fator também dificulta a evolução e o processo de medicação. Além disso, essa falta de justificativa compromete a comunicação entre a equipe sobre a evolução e a assistência ao paciente. A comunicação entre a equipe é um item importante para o processo de trabalho, sendo a enfermagem responsável pelas anotações e pelo acompanhamento do paciente. A equipe de enfermagem também deve se atentar às justificativas e anotações, pois isto é um elo de acompanhamento importante para a equipe de profissionais de saúde. (SILVA et al, 2007).

O grande número da falta de checagem demonstrou um risco principalmente nos prontuários eletrônicos, pois compromete todo o processo medicamentoso, gerando dúvidas e podendo resultar em um aumento significativo na ocorrência de erros, pois um mesmo paciente pode ser medicado duas vezes e sofrer até uma superdosagem, que poderá ocasionar danos à sua saúde.

A grafia legível estava em mais de 50% das prescrições manuscritas. A obrigação de prescrever com caligrafia legível está prevista no Artigo 39 do Código de Ética Médica, o qual estipula que é parte da responsabilidade profissional do médico fazer prescrições de forma legível.

O profissional de enfermagem pode recusar-se a executar prescrição medicamentosa e terapêutica em caso de identificação de erro ou ilegibilidade, estando previsto no parágrafo único do artigo 37 do código de ética de enfermagem.

Um estudo brasileiro detectou que 43,8 % dos profissionais de enfermagem apontaram a caligrafia ilegível ou difícil de ser compreendida como uma das quatro causas que mais contribuem para a ocorrência de erros de medicação. (COHEN, 2000).

A não compreensão da prescrição médica traz dificuldades desnecessárias e compromete o processo de trabalho de técnicos e enfermeiros, além de ser um fator de risco para ocorrência de erros tanto no preparo quanto na administração, comprometendo assim a segurança do paciente.

Outro fator que também compromete o entendimento do profissional sobre as prescrições manuais é a presença de rasuras. Nesse quesito a prescrição eletrônica trouxe grandes vantagens, pois além de eliminar as dificuldades de compreensão e leitura, ocasionada pela letra ilegível, permite que o erro seja corrigido no momento da digitação, não havendo mais rasuras ou rabiscos que dificultavam ainda mais o entendimento, possibilitando assim maior segurança das prescrições. (CASSIANI, FREIRE, GIMENEZ, 2003)

Isto é perceptível, comparando as prescrições manuais e eletrônicas analisadas, já que grafia ilegível foi inexistente, devido ao fato de todas as prescrições serem feitas direta no computador. O baixo índice de rasuras também pode estar relacionado a não impressão da

prescrição, pois como se tem uma grande dificuldade de impressão os funcionários acompanham a prescrição diretamente do computador ou fazem suas próprias anotações das prescrições, aumentando assim o fator de risco para erros de medicação, pois a chance do profissional se enganar com esta prática adotada é muito maior.

Alguns erros são ocasionados por falta de registro nas prescrições. Exemplos desse tipo de erro são: alterações/suspensões de medicamentos que houve redução com a implementação do prontuário eletrônico. É importante que a equipe fique atenta quanto às alterações e suspensões de medicamentos, pois esta prática está relacionada diretamente com os erros de medicação. Mostra-se assim o quanto é importante à comunicação entre a equipe, pois caso não haja uma comunicação das alterações, a equipe de enfermagem segue uma prescrição de um regime terapêutico desatualizado, causando prejuízos aos pacientes. (CASSIANI, FREIRE, GIMENEZ, 2003)

A prescrição médica é um importante meio de comunicação escrita entre os médicos e sua equipe, além disso é uma atividade sistematizada em etapas que são inter-relacionadas, que fornecem elementos importantes para uma correta prescrição. Por isso é importante que a prescrição tenha elementos mínimos, podendo assim chegar a um eficiente processo de assistência. Sendo a segurança medicamentosa do paciente almejada por todos, uma prescrição completa deve conter o nome do medicamento, concentração, dosagem, via de administração, posologia, forma farmacêutica, frequência, horário de administração, assinatura do médico, orientações, bem como registros de alergias. (NERI; VIANA; CAMPOS, 2008).

Tanto os prontuários eletrônicos como os manuscritos apresentaram porcentagens baixas em relação a registros de alergias. É importante que os médicos e enfermeiros procurem fazer uma anamnese completa questionando possíveis alergias, já que é um fator que interfere diretamente na segurança medicamentosa do paciente. Falta de registro de alergia pode estar relacionada à sua ausência, mas isso gera a dúvida se o paciente foi mesmo questionado sobre alguma alergia a medicamentos. Mesmo que não existam alergias, deve-se fazer um registro com a negativa.

Um fator em desvantagem para prescrição eletrônica é ocasionada pela falta do CRM nas prescrições, pois este deveria ser uma exigência do sistema, ou seja, quando o profissional acessa o sistema o CRM deveria ficar registrado automaticamente nas prescrições.

O nome do prescritor e o seu CRM, é considerado um dado extremamente importante, pois esse dado é que valida a prescrição e viabiliza a administração e dispensação do medicamento. Além disso, é uma questão ética, principalmente para os profissionais de enfermagem já que administram a medicação sem a autorização legal. (OLIVEIRA; CAMARGO; CASSIANI, 2005).

Fatores como: apresentação, diluição, frequência, e medicamentos prescritos com nome pelo princípio ativo, estiveram mais presente nas prescrições eletrônicas.

A falta da apresentação do medicamento, pode favorecer a administração do medicamento na apresentação diferente da prescrita. Para evitar esse tipo de erro, o médico deve prescrever a apresentação do medicamento a ser administrado, juntamente com a via, pois um erro pode levar ao outro, causando danos aos pacientes. Os erros de via correspondem à administração de medicamento diferente da via prescrita

A fim de evitar que erros de via aconteçam, é recomendado aos profissionais que fiquem atentos quanto à prescrição para assim assegurar uma correta administração. A presença da via é extremamente importante, pois sua ausência pode resultar em erros graves como os casos divulgados na mídia como a injeção de leite/sopa pela via endovenosa.

Outro causador de danos à integridade física do paciente é a falta de informações quanto à diluição, o que pode resultar em erros. Segundo Silva (2009), o erro pode acontecer na etapa do preparo do medicamento, com a diluição incorreta e falha ao agitar o medicamento. A não especificação da diluição pode representar um risco para o paciente, principalmente no processo de recebimento da medicação ($p < 0,000$).

Os profissionais de enfermagem como responsáveis pela administração do medicamento devem ter um conhecimento do medicamento que administra principalmente quanto à diluição,

pois assim maior será sua capacidade para a atividade de administrar medicamentos. (OPTIZ, 2002)

Entretanto, na prática o que vem se observando são profissionais completamente despreparados, possuindo conhecimento insuficiente para assumir essa responsabilidade. Não se encontra apenas desconhecimento quanto à diluição, mas em vários aspectos da terapêutica. (SANTANA, 2006).

Caso não seja detectado a tempo, o erro na diluição do medicamento pode ocasionar lesões no paciente ou ineficácia terapêutica, levando em consideração à farmacocinética e farmacodinâmica do medicamento.

No Brasil o uso da denominação contendo o princípio ativo é considerado de uso obrigatório tanto por lei nos serviços públicos de saúde, com isso visa reduzir as confusões que são provocadas por nomes de medicamentos semelhantes. (AGUIAR; SILVA; FERREIRA, 2006).

O uso do nome comercial foi encontrado em grande parte das prescrições manuais (Tabela 2), a utilização do nome comercial pode aumentar o potencial de induzir erros, pois nomes comerciais estão sujeitos a mudanças de um local para outro ou de um país para outro. (GONÇALVES, 2004).

Com a implantação do prontuário eletrônico este risco foi reduzido, já que grande parte das prescrições utilizava o princípio ativo, mostrando um fator de precaução. Ocorrendo uma padronização dos medicamentos prescritos e favorecendo o processo de administração do medicamento.

As evoluções médicas e de enfermagem são importantes meio de acompanhamento da terapia medicamentosa, do paciente, além de ser um meio de comunicação para os profissionais. Observação na evolução médica e de enfermagem tiveram aumento com o prontuário eletrônico.

Esse aumento nas observações dos medicamentos nas evoluções médicas pode ser devido à facilidade que o sistema eletrônico oferece, não só do paciente e seu histórico, mas como seus registros, e medicamentos utilizados.

Apesar de o sistema eletrônico permitir tanto médicos quanto enfermeiros acompanharem e analisarem a evolução do paciente e sua terapia medicamentosa, muitas dessas informações nas evoluções referem-se somente a suspensões, prescrições, e modificações de medicamentos.

Houve aumento das observações dos medicamentos nas evoluções médicas do prontuário eletrônico, no entanto observou-se uma diminuição de informações como suspensões e prescrições na evolução médica do paciente.

Essa diminuição de suspensão e prescrição nas observações médicas é um acontecimento favorável, já que essas alterações estão sendo feitas diretamente nas prescrições médicas e não nas observações médicas. Visto que grande parte dos profissionais olham apenas a prescrição, pois poucos têm a preocupação de ler as evoluções médicas, assim fica mais fácil o conhecimento desses profissionais sobre novas medicações prescritas e suspensas.

Todo cuidado, planejamento, acompanhamento, aspectos a terapia medicamentosa, intervenções junto ao paciente devem ser relatadas de modo sistematizado assim como o acompanhamento e resultados das intervenções propostas. Tudo isso deve estar descrito na evolução de enfermagem, se tornando o instrumento principal de avaliação do paciente por parte dos enfermeiros. (MELO, PEDREIRA, 2005).

Os profissionais de enfermagem não estão dando a devida importância às evoluções, pois grande parte das evoluções de enfermagem analisadas eram pobres em informações, com dados bem superficiais, e muitas vezes restritas a anotações de medicamentos SOS.

Com a falta de informações suficientes na evolução de enfermagem, deixamos de saber se o paciente está evoluindo para um quadro favorável, pois as informações contidas não nos permite saber do seu estado físico e mental, ficando assim entregue apenas aos cuidados médicos e não mais da enfermagem. (CUNHA, BARROS, 2005).

Quando o enfermeiro administra medicamentos SOS, deve-se ter um conhecimento do efeito obtido do medicamento e a razão pela qual está sendo administrado. É importante que se faça um registro na prescrição do paciente como no seu prontuário, identificando o nome, dose, via, diluição e horário. O registro de medicamentos é uma documentação importante, que traz

uma responsabilidade legal, por isso é necessário que medicamentos SOS sejam devidamente registrados, possibilitando assim uma maior segurança terapêutica. (MELO, PEDREIRA, 2005).

As siglas e abreviaturas foram encontradas em 100% das prescrições médicas tanto eletrônicas quanto manuais. As siglas são muito utilizadas nas prescrições pelo médico a fim de poupar tempo, porém se essas siglas ou abreviaturas estiverem mal escritas ou mal colocadas podem causar interpretação dúbia ou ser confundida com outra abreviatura pelos enfermeiros e técnicos que farão a administração do medicamento. As abreviaturas devem ser evitadas, já que é um fator que pode induzir ao erro, as únicas que devem ser utilizadas são aquelas aprovadas e padronizadas pelo hospital. No presente hospital não existe essa padronização, o que é mais um fator de risco.

A fim de evitar a ocorrência de erros não devem ser utilizados abreviaturas: para referir-se a formas farmacêuticas (exemplo: comp, cap), via de administração (exemplo: VO ou IV), quantidade (exemplo: 2 cx) e intervalo das doses (exemplo: SN-se necessário, 2/2h- a cada duas horas). (GONÇALVES, 2004).

Segundo Néri e Fonteles (2004) a ocorrência de erros severos ou fatais podem estar associados a abreviaturas de unidades internacionais, um exemplo disso é em prescrições manuscritas de insulina onde o U era constantemente confundido com o zero, podendo acarretar em uma administração de dose 10 vezes maior que a prescrita.

Pela Lei de n. 9.787/99 as prescrições médicas segundo o Sistema Único de Saúde (SUS) e seus cumprimentos de critérios legais devem adotar e seguir a Denominação Comum Brasileira (DCB) e caso a sua ausência, a Denominação Comum Internacional (DCI). (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, RESOLUÇÃO Nº 357/2004).

Análise da opinião dos técnicos e enfermeiros sobre a problemática do erro de medicação

O estudo com os profissionais revelou que há um número predominante de mulheres. Essa predominância de mulheres tem heranças diretas do surgimento da enfermagem como profissão no Brasil, pois a profissão foi institucionalizada, caracterizada e modelada pelo espírito religioso feminino, já que foram as irmãs de caridade que assumiram os serviços hospitalares e os cuidados de enfermagem. (PADILHA, KITARA, GONCALVES, SANCHES; 2002).

Segundo Brito (1998), a tendência das mulheres ocuparem posições em hospitais é consequência dos métodos e técnicas tayloristas implementadas no mundo capitalista, onde se preza pela organização da produção. Dessa forma, por meio da divisão do trabalho e especialização dos empregados, há predominância de mulheres nessa área de atuação.

Levando-se em consideração o tempo de atuação pode-se classificar a população de enfermeiros como metade de profissionais experientes e outra metade menos experiente. Segundo um estudo realizado por Wright (2005) enfermeiros experientes (considerando-se aquele profissional que já atua por mais de cinco anos) têm chances maiores de provocar erros, e um desses fatores seria ocasionado pelo excesso de confiança, já que consideram suas opiniões e decisões mais corretas, principalmente na administração de medicamentos, apesar de, às vezes, estarem realmente errados. A maioria dos técnicos participantes do estudo possuem mais de 10 anos de atuação profissional, este dado pode ser considerado um fator de risco para a instituição.

Grande parte dos enfermeiros e técnicos trabalhavam em apenas uma instituição com jornada de 40 horas semanais. A jornada de trabalho e o número de instituições em que trabalha influenciam diretamente na qualidade da assistência para o paciente, apesar de grande parte dos profissionais avaliados nesse estudo trabalharem em apenas uma instituição hospitalar e não excederem mais de 40 horas semanais, muitos referiram cansaço e estresse devido ao volume de tarefas executadas.

Para Silva (2009), os profissionais de enfermagem vêm sofrendo com modificações em seu processo de trabalho ao longo da história, vivenciando uma rotina de trabalho estressante, na maioria das vezes ocasionada por uma longa jornada de trabalho, o que causa a vulnerabilidade de muitos profissionais de enfermagem, levando a uma assistência fragmentada, falta de estímulos, baixa remuneração e acúmulo de serviços. Todos esses fatores podem contribuir para o erro.

Vários fatores podem predispor ao risco de erro de medicação em um ambiente hospitalar, por essa razão, os profissionais de saúde, habituados a contornar várias condições adversas para prestar o melhor atendimento possível aos pacientes, são os mais qualificados para identificar esses fatores.

A falta de atenção foi o fator mais apontado pelos profissionais participantes do estudo. Essa cultura, de sempre responsabilizar os profissionais e não o sistema como um todo, faz com que punições, relatórios e advertências cresçam no ambiente de trabalho, já que os profissionais, na maioria os de enfermagem, são sempre aqueles responsabilizados. A culpa que recai sobre os profissionais de enfermagem não é apenas atribuída por outros profissionais, mas inclusive pelos próprios enfermeiros. (MIASSO et al, 2005).

Alguns estudos demonstram que a maioria dos eventos adversos é ocasionada pelas deficiências apresentadas nos sistemas, e não devido a falhas individuais. (COOK, WOOD, MILLER,1998).

Apesar da falha na comunicação não ter sido um fator muito citado, essa pode ser uma importante causa para induzir erros de medicação. Falhas na comunicação podem interferir diretamente nas atividades desenvolvidas, desencadeando transtornos tanto para a equipe quanto para os pacientes, podendo configurar-se como uma das causas para o erro. Para uma assistência segura e de qualidade é necessário que os setores possuam um canal de comunicação eficaz, possibilitando as equipes de receber e transmitir informações de maneira clara, coesa e correta. (SILVA et al, 2007).

Excesso de trabalho, estresse, grande volume de tarefas, falta de profissionais e pacientes com grande número de medicamentos são problemas que as instituições enfrentam e que também devem ser levados em conta como determinantes para a ocorrência de erros. Esses fatores também foram citados pelos profissionais participantes.

Os erros de prescrição mais citados pelos profissionais foram o de erro de dose. Segundo Barber et al (2003), os erros de prescrição estão entre os erros mais sérios no que se refere à utilização de medicamentos. Considerando-se que a prescrição médica inaugura o sistema de

medicação do paciente, uma falha nesta fase inicial pode ocasionar falhas subsequentes, aumentando-se o risco de erro de medicação.

Como a enfermagem é responsável pela administração do medicamento, é necessário que esses profissionais conheçam os métodos e técnicas referentes à administração, tanto quanto a dose máxima e mínima, a ação, a via, a eliminação, assim como os efeitos terapêuticos, tóxicos, e colaterais, pois em casos de efeitos adversos deve promover medidas eficientes a fim de reverter o quadro. (FILHO, PRADO, 2001; SILVA et al, 2007)

A conduta profissional, diante da ocorrência de um erro de medicação, pode fazer uma diferença muito grande na prevenção de complicações, ou seja, a qualidade das ações tomadas pelos profissionais envolvidos resultará em benefícios ou complicações para o indivíduo. (SILVA et al, 2007).

Segundo os profissionais de enfermagem que participaram da pesquisa, o Hospital Regional da Ceilândia ainda não possui um protocolo validado com condutas ou procedimentos adotados em caso de erro de medicação. Essa falta de protocolo pré-estabelecido é um fator que compromete bastante a segurança do paciente. Nesse contexto, o procedimento mais citado em caso de erro pelos técnicos e enfermeiros foi comunicar o médico. O estudo mostrou um despreparo dos profissionais frente à ocorrência de erros, pois muitos não sabem o que fazer se uma complicação ocasionada pelo erro de medicação acontece. A única providência adotada pela grande maioria, foi comunicar os médicos. É claro que chamar o médico também é uma conduta certa, visto que em determinadas situações pode necessitar de procedimentos médicos específicos, como exemplos: a prescrição de outros medicamentos, solicitação de exames ou uma avaliação mais criteriosa e específica. (SANTOS, PADILHA, 2005)

Ações rápidas e eficientes podem determinar a manutenção da vida do paciente. É muito importante que os profissionais de enfermagem estejam preparados e tenham condutas eficazes, respeitando a limitação de cada profissão, para atuar em uma situação emergência ocasionada por eventuais erros. Sendo o enfermeiro responsável pela assistência, assim como pela coordenação e supervisão, é importante que se coloque em prática medidas a fim de evitar consequências mais graves. (SIQUEIRA, 1999)

Nenhum técnico referiu em caso de erro, a notificação no livro de enfermagem. O livro de enfermagem além de ser o meio de comunicação eficiente para os profissionais do setor é um documento de análise sobre os acontecimentos, desde admissão de pacientes quanto procedimentos, intercorrências, etc. É importante que todos os profissionais de enfermagem da unidade registrem a rotina do setor no livro de Enfermagem. Em se tratando de erro de medicação, esses relatos são obrigatórios.

O registro de erros de medicação no livro de enfermagem deve ser um exercício obrigatório, pois através desses registros é possível fazer uma análise da qualidade da assistência prestada, e ajuda na prevenção de erros futuros. Com os dados verificou-se quanta resistência ainda existe em notificar/comunicar os erros, trata-se de uma mudança necessária de comportamento, que exige tempo e insistência para que os erros sejam notificados e, assim, possamos aprender com os erros que ocorrerem.

Uma das medidas administrativas que devem ser enfatizadas é o relato correto de erros de medicação, que devem servir de registros para o hospital e proteção legal, caso haja um processo ético ou jurídico. (CARVALHO, CASSIANI, 2002.). Podemos acrescentar que esse relato, quando público, poderia não exigir a identificação do responsável, assim preservaria o autor e incentivaria a ocorrência de mais relatos.

As sugestões mais citadas pelo enfermeiro para reduzir a ocorrência de erros de medicação foi cursos de atualização e pelos técnicos de enfermagem mais atenção nos procedimentos.

A realização de cursos que está implicada na educação continuada tem grande importância para os profissionais que estão ligados diretamente com a administração de medicamentos possibilitando uma melhora no cuidado ao paciente. (SILVA et al; 2007).

O código de ética dos profissionais de Enfermagem preconiza que umas das responsabilidades dos enfermeiros descritas no artigo 18: “manter-se atualizado, ampliando seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais, em benefício da clientela, coletividade, e do desenvolvimento da profissão”. (COREN-SP, 1998)

A atenção, assim como a concentração no preparo e na administração de medicamentos, são requisitos essenciais para evitar erros de medicação. Muitos profissionais, principalmente aqueles mais experientes e com mais tempo de atuação, por estarem acostumados com a rotina não disponibilizam atenção suficiente ao preparo e administração de medicamentos, pois para muitos este procedimento é tido como simples, sem necessitar maior preparação. O que é considerada uma visão equivocada, já que um erro de medicação pode ocasionar consequências muito sérias para a vítima.

Poucas sugestões estavam relacionadas ao sistema da instituição, boa parte estavam relacionadas aos profissionais. Problemas como carga horária elevada e grande número de pacientes sob os cuidados de um profissional são consequências que podem deixar o profissional vulnerável e levar ao erro de medicação. Percebe-se que as falhas no sistema da instituição pode ter relação direta com o erro de medicação.

Segundo Medeiros et al. (2009) o excesso de trabalho, a desvalorização salarial e a falta de condições favoráveis no trabalho contribuem para o desgaste físico e emocional dos trabalhadores, acarretando estresse e desatenção no ambiente de trabalho, sendo fatores preponderantes para ocasionar erros de medicação.

O dimensionamento dos profissionais de enfermagem é um processo sistemático que envolve vários fatores, dentre estes: qualidade da assistência, carga de trabalho assistencial, segurança dos pacientes, e um número adequado de profissionais para promover uma assistência qualificada (FRANTZ, 2011).

Os erros podem ser ocasionados pelo sistema da instituição, ou seja, decorrem de suas falhas sistêmicas e não por falhas pessoais. Para tentar reduzir esses erros é necessário que haja uma reformulação no sistema, ou que estratégias de gestão sejam implementadas. (ELEPÊ, KABCENELL, GHANDI, 2000)

Uma das propostas para enfrentar as estatísticas de erros é a modificação dos sistemas de trabalho, com essa proposta os erros agora passam a ser consequências e não mais causa. Muitas vezes os erros podem se dar pelas condições não favoráveis no trabalho não podendo ser atribuídas somente aos profissionais. (SILVA et al; 2007)

Melhorar a comunicação entre médico e enfermeiros foi uma das medidas apresentadas apenas pelos técnicos de enfermagem a fim de reduzir a ocorrência de erros de medicação.

Facilitar a comunicação entre os profissionais do setor é muito importante para uma terapêutica eficiente, sabendo que em muitas situações técnicos de enfermagem e enfermeiros encontram-se sozinhos no setor, é essencial que esses profissionais consigam ter acesso aos médicos, para solicitar sua presença em possíveis emergências ou em casos de dúvidas quanto a medicação.

As principais dificuldades na utilização do prontuário eletrônico para os enfermeiros foram: dificuldade de acessar o programa responsável, computadores ou sistemas lentos, dificuldades profissionais em utilizar o prontuário eletrônico. Para os técnicos foram falha do computador ou sistema e computadores ou sistemas lentos.

Os participantes do estudo, ao apontarem as dificuldades ocasionadas pela implementação do prontuário eletrônico no HRC, muitos referiram o atraso na hora de checar o medicamento por conta das falhas do sistema, sua lentidão, e poucos computadores os quais são ocupados pelos médicos para prescrição, fazendo com que enfermeiros e técnicos tenham que esperar até que o computador esteja livre para assim realizar suas evoluções, checagem, encaminhamento, etc. Isso prejudica toda a terapia medicamentosa, pois os medicamentos não são administrados na hora estipulada.

Devido à falta de computadores, poucas impressoras, poucos papéis e tinta de impressora, grande parte dos profissionais relataram que não imprimem a prescrição, apenas anotam em uma folha, voltando ao computador e à prescrição apenas para checar os medicamentos. Essa prática aumenta muito o risco de erros de medicação, já que se essas anotações não forem feitas com bastante atenção podem ocorrer erros de via, dose, hora, e diluição.

. Essa dificuldade dos profissionais em utilizar o programa é intensificada pela falta de treinamento. Houve apenas dois dias de treinamento para os profissionais utilizarem o sistema de prontuário eletrônico (*TrakCare*), levando em conta que muitos profissionais, principalmente aqueles com idades mais avançadas não sabiam utilizar ou manusear corretamente os programas de computador.

7. - Conclusão

O sistema eletrônico é um grande avanço no sistema de medicação do Hospital Regional da Ceilândia (HRC). Quando comparado com a antiga prescrição manual o sistema eletrônico apresentou diferenças significativas nos fatores que poderiam levar ao erro.

No entanto, o sistema de prescrição eletrônica no HRC não conseguiu acabar com a possibilidade dos fatores que causam o erro. Essa é a conclusão que se faz da análise das opiniões dos profissionais de enfermagem, pois tanto técnicos como enfermeiros não representaram uma porcentagem expressiva quanto questionados se a implantação do sistema eletrônico resultou em uma diminuição significativa da ocorrência de erros de medicação.

O *TrakCare*, sistema eletrônico adotado pelo HRC, tem um sistema bastante qualificado para a realização de prescrições seguras, mas a falta de treinamento dos profissionais para esse sistema ser melhor utilizados, pois assim podem contribuir para a segurança do paciente e a melhoria da qualidade do serviço de saúde.

Não falta treinamento apenas para a utilização do sistema eletrônico, mas também há falta de treinamentos qualificados que permitam aos profissionais de saúde estarem preparados para emergências ocasionada por efeitos adversos a erros de medicação. Essa hipótese foi verificada na pesquisa, já que muitos profissionais questionados afirmaram não saber o que fazer frente a uma situação de erro de medicação.

O erro de medicação é um fato que grande parte dos profissionais tentam esconder ou não assumem a sua responsabilidade, isso é claramente constatado nas clínicas onde o questionário foi aplicado, pois todos os funcionários foram unânimes em relatar que nessas clínicas nunca ocorreram erros de medicação.

Em caso de erro, muitos profissionais relacionam o fato de sua ocorrência com fatores pessoais e não com o sistema de medicação em si, que é complexo, amplo e com diversas etapas. Esquecem-se, também, que as medidas que envolvam melhorias no sistema de medicação poderiam preservar os pacientes e os profissionais envolvidos.

A implantação do sistema eletrônico e os devidos treinamentos são medidas eficientes para que os fatores que levam aos erros de medicação possam ser reduzidos, mas isso tudo só será eficaz se essa cultura de não admitir o erro de medicação for abolida, para assim serem criadas estratégias eficientes para evitar os erros já conhecidos, garantindo, dessa forma, a segurança dos pacientes, familiares e os profissionais de saúde.

Referências Bibliográficas

AGUIAR,G.;SILVA,L.V.;FERREIRA,M.A.M. Ilegibilidade e ausência de informação nas prescrições médicas: Fatores de riscos relacionados a erros de medicação. **Rev.Bras.Promo da Saúde**, Fortaleza,v.19,n.2,p.84-91,2006.

ALLEN, E.L; BARKER, K.N; COHEN, M.R. *Draft guidelines on preventable medication errors*. **Am J Hosp pharm**. v.49, n.3,p.640-648, março 1998.

ANACLETO,T.A et al. *Medication errors and drug dispensing systems in a hospital pharmacy*. **Clinics**.v.60, n.4, p.325-332,2010.

ANDERSON, D. J; WEBSTER ,C. A. *Systems approach to reduction of medication error on the hospital ward*. **J Adv nurse**, v.35, n. 1, p.34-41, 2001.

ARCURI, E.A.M. Reflexões sobre a responsabilidade do enfermeiro na administração de medicamentos. **Revista da escola de enfermagem da USP**. São Paulo, v.25, n.2, p.229-237, agosto 1991.

BARBETTA, P. A. Estatística aplicada às ciências sociais. 7. ed. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2007.

BARBER, N.; RAWLINS ,M.; DEAN,F.;FRANKLIN, B. Reducing prescribing error: competence, control, and culture. **Qual Saf Health Care**,v.12,p.29-32, 2003

BERLIN, C. M. et al. *Prevention of medication errors in the pediatric inpatient setting*. **Pediatrics**. v .112, n.2, p.431-436, agosto 2003.

BATES, D.W.; COHEN, M.; LEAPE, L.L.; OVERHAGE, J.M.; SHABOT, M.M.; SHERIDAN, T. Reducing the frequency of errors in medicine using information technology. **J. Am. Med. Inform. Assoc.**, v. 8, n. 4, p. 299-308, 2001

BERWICK, D. M; LEAPE, L. L. *Reducing errors in medicine*. **Bmj**, v. 319, n.3, p. 136-137, 1999.

BOHOMOL, E. Erros de medicação : causas e fatores desencadeantes sob a ótica da equipe de enfermagem. 2002.143 f. Dissertação -Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2002

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Núcleo de Gestão do Sistema Nacional de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária. Relatório Geral - Dados agrupados de eventos adversos e queixas técnicas. Brasília, 2011.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução N° 357/2004.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica, 2010.

BRITO, M.J.M.O. enfermeiro na função gerencial: desafio e perspectivas na sociedade contemporânea. Dissertação-Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1998.

CARVALHO, V.T.; CASSIANI, S.H.B. Erros de medicação e consequências para os profissionais de enfermagem e clientes: um estudo exploratório. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.4, p.523-529, 2002

CARVALHO, V.T.; CASSIANI, S.H. Erros na medicação: Análise das situações relatadas pelos profissionais de enfermagem. **Medicina**. Ribeirão Preto, v.33, p.322-330, jul/set 2000.

Erros na medicação e consequências para profissionais de enfermagem e clientes: Um estudo exploratório. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. São Paulo, v.10, n.4, p.523-529, jul/ago 2002.

CASSIANI, S.H.B.; FREIRE, C.C.; GIMENES, F.R.E. A prescrição médica eletrônica em um hospital universitário: falhas de redação e opiniões de usuários. **Revista Escola Enfermagem USP**. São Paulo, v.37, n.4, p.51-60, 2003.

CASSIANI, S.H.B. et al. O sistema de medicação nos hospitais e sua avaliação por um grupo de profissionais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.39, n.3, p.280-287, 2005.

COIMBRA, J.A.H.; CASSIANI, S.H.B. Responsabilidade da enfermagem na administração de medicamentos: algumas reflexões para uma prática segura com qualidade de assistência. **Rev. Lat-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.2, 2001.

COHEN, M.R. Preventing medications errors related to prescribing. In: COHEN, M.R. **Medications erros: causes, prevention, and risk management**. Massachusetts : Jones e Bartlett Publishers, 2000.

COOK, R.I.; WOOD, D.D.; MILLER, C. A tale of two stories: contrasting views on patient safety. **National Patient Safety Foundation**, Chicago, 1998

CUNHA, S.M.B.; BARROS, A.L.B.L. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, segundo o Modelo Conceitual de Horta. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n. 5, p. 568-72, 2005

DISTRITO FEDERAL. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (COREN-DF). Primeiro curso de acolhimento e capacitação. Disponível em <http://www.coren-df.org.br/portal/index.php/noticias/1839-primeiro-curso-de-acolhimento-e-capacitacao>, Acesso em 17/06/2013.

ELEPÊ, L.L.; KABCENELL, A.I.; GHANDI, T.K.Reducing adverse drug events: lessons from a breakthroughs series collaborative. **J Qual improvement**, 2000.

FRANTZ, A.; Percepção de profissionais de enfermagem acerca dos erros cometidos na administração de medicamentos. 2012.

FILHO, T.; PRADO, P.C. Administração de medicamentos: necessidades educacionais de enfermeiros e proposição de um curso de atualização. Dissertação- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto,. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

GONÇALVES, L.V.L. A prescrição medicamentosa. In: FUCHS FD, WANNAMACHER L, FERREIRA M.B.C. Farmacologia Clínica: fundamentos da terapêutica racional. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan; 2004. p.86-85.

GHANDI, T.K; SEGUER, D.L; BATES, DW. *Identifying drug safety issues: from research to practice*. **Int. J. Health Care**. v.12, p.69-76, 2000.

INTER SYSTEMS. Guia da Solução TrakCare, São Paulo, 2009.

KAUSHAL, R.; BATES, D.W. Computerized Physician Order Entry (CPOE) with Clinical Decision Support Systems In: SHOJANIA, K.G.; DUNCAN, B.W.; McDONALD, K.M.; WACHTER, R.M. Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices. **Agency for Healthcare Research and Quality**, n.43, p.59-69, 2001.

KAWANO, D.F.; PEREIRA, L.R.L.; UETA, J.M.; FREITAS, O. Acidentes com os medicamentos: como minimizá-los. **Rev. Bras. Cienc. Farm.**, São Paulo, v.42, n.4, 2006)

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. To err is human: building a safer health system. **National Academy of Sciences**. Washigton, v. 2, p.287. 2001.

LEAPE, L.L.; BATES, D.W; CULEN, D.J; COOPER, J.; DEMONACO, H.G; GALLIVAN, T.; IVES, J.; LAIRD, N.; LAFFEL, G.; HALLISEY, R. Systems analysis of adverse drug events. **Jama**, v.274, n.1, p.35-43, 1995.

MEDEIROS, et al. Possibilidades e limites da recuperação do sono de trabalhadores noturnos de enfermagem. **Rev. Gaúcha de Enferm**. Porto Alegre, v. 30, n. 1. p. 92-98, 2009

MELO, L.R; PEDREIRA, M.L.G. Erros de medicação em pediatria: análise da documentação de enfermagem no prontuário do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**. São Paulo, v.58, n.2, p.180-185, mar/abr 2005.

MIASSO, A.I et al. Erros de medicação: tipos, fatores causais e providências tomadas em quatro hospitais brasileiros. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.40, n.4, p.524-532, 2006.

MORAIS, J. A medicina doente. **Isto É**, São Paulo, v.15, n.5, p.48-58, 2001

NÉRI,E.D.R.;FONTENELE,M.M. Determinação dos erros de prescrição de medicamentos em um hospital universitário. Dissertação, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza,2004.

OLIVEIRA, R.C.;CAMARGO,A.E.B.;CASSIANI,S.H.B.Estratégias para prevenção de erros na medicação no setor de emergência. **Rev.Bras.Enf**, São Paulo,v.58,n.4,p.399-404,2005.

OPTZ,S.P. Compreendendo o significado da administração de medicamentos para os estudantes de graduação de enfermagem.2002. 113f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

PADILHA, K.G; KITAHARA,P.H; GONÇALVES,C.C.S; SANCHES,A.L.C. Ocorrências iatrogênicas com medicação em unidades de terapia intensiva: condutas adotadas e sentimentos expressos pelos enfermeiros. **Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.36, n.1, 2002

PEPPER, G.A. Pesquisas em Segurança na Administração de Medicamentos. In: CASSIANI, S.H.B; UETA , J. A segurança de pacientes na utilização da medicação. **Artes Médicas**, São Paulo, p. 93-109, 2004

PESSINI,L.; BARCHIFONTAINE,C.P. **Problemas atuais de Bioética**.5. ed. São Paulo: Edições Loyola; 2000.

POLIT, D.F.; BECK,C.T.; HUNGLER,B.P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem:métodos, avaliação, e utilização. Artmed, Porto Alegre, 5.ed, 2004.

ROSA, M.B.; PERINI, E. Erros de medicação: quem foi. **Rev. Assoc. Med. Brasileira**, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 335-41, 2003.

SANTANA, A.R.C. Conhecimento de enfermeiros de clinica médica e unidade de terapia intensiva de hospitais escolas da região centro-oeste sobre medicamentos específicos. Dissertação, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

SANTOS, A. E; PADILHA,K. C. Eventos adversos com medicação em serviços de Emergência: condutas profissionais e sentimentos vivenciados por enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**. São Paulo, v.58, n.4, p.429-433, jul/ago 2005.

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Documentos básicos de Enfermagem, 1998.

SILVA,A.E.B.; CASSIANI,S.H.B.;MIASSO,A.I.;OPITIZ,S.P. Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. **ACTA. Paul.Enferm**, v.20, n.3,p.272-276,2007.

SILVA, A. E; CASSIANI, S. H. B. Erros de medicação em um hospital universitário: tipo, causa, sugestão e ação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.57, n.6, p.325-332, 2004.

SILVA, A.M.S. Erros de prescrição médica de pacientes hospitalizados. São Paulo,2009.

SILVA, B.K et al. Erros de medicação: condutas e propostas de prevenção na perspectiva da equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. São Paulo, v.9, n.3, p 712-723, 2007.

SIQUEIRA, I.L.C.P.; Cuidar em unidade de internação: o desvelar a partir da prática de enfermagem. Departamento de Enfermagem-UNIFESP, São Paulo, 1999.

TEIXEIRA, T.C.A; CASSIANI, S.H.B. Análise de causa raiz: avaliação de erros de medicação em um Hospital Universitário. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. São Paulo, v.44, n.1, p.139-146, 2010.

WANNMACHER,L. Erros: evitar o erro. **Rev. uso Racional de Medicamentos**. Brasília, v.2, n.7, p.791-810, 2005.

WRIGHT,K. Unsupervised medication administration by nursing students. **Nursing Standard**,v.10,n.30,p.49-54,2005.

WYNN, P. Get ready! Eletronic prescriptions are coming. **Managed Care Magazine**, 1996.

YAMANAKA, T. I; PEREIRA, D. G; PEDREIRA, M. L; PETERLINI, M. A. S. Redesenho das atividades de enfermagem para redução de erros de medicação em pediatria;. **Rev. Brasileira. Enfermagem**, São Paulo, v. 60, n.2, p. 190-196, 2007.

.ZANETTI, A. C. G.et al. A medicação prescrita na internação hospitalar: o conhecimento do cliente. **Revista científica para profissionais da saúde**. São Paulo, v.12, n.135, p.20-27, 2003.

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) Senhor(a) está sendo convidada a participar do Trabalho de Conclusão de Curso: **“Erros de medicação: Análise de prontuários e opinião dos profissionais de saúde em um hospital do Distrito Federal “**

O objetivo desse trabalho é identificar: as formas e os registros do processo de medicação na clínica médica do HRC, fatores de risco para eventos adversos no processo de medicação, e fatores de riscos e eventos adversos a partir dos profissionais.

A pesquisa propõe aplicação de instrumentos de coleta de dados (Questionário), da análise de prontuários, anotações de enfermagem e outros por serem as fontes de informações onde se efetua o registro do processo de medicação. Sua participação é muito importante, uma vez que contribuirá na identificação de fatores que concorrem para a ocorrência desses eventos e, assim, proporcionar uma assistência mais segura aos pacientes.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

Informamos que a sua participação ocorrerá através das informações oferecidas pela entrevista com o pesquisador, o qual utilizará um instrumento de coleta de dados, que você deverá responder no setor de clínica médica, com duração prevista de 20 minutos. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para responder o instrumento. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo.

Informamos que a Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhor(a). Garantimos que durante a sua participação, não haverá riscos, tampouco custos para o participante em qualquer fase do estudo.

. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura:

Cris Renata Grou Volpe/Fernanda Garzedim

Brasília, ___ / ___ / _____

APÊNDICE B

INTRUMENTO UTILIZADO NA REVISÃO DOS PRONTUÁRIOS RELACIONADOS AO PROCESSO DE MEDICAÇÃO (papeletas diárias, relatórios de enfermagem, livros de ocorrência, prontuários médicos)

Número do Formulário: _____

Data da coleta: ____/____/____ Hora: _____

Hospital: _____

Nome do observador: _____

Fonte(s) de informação: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA

A prescrição médica analisada é: () eletrônica () manual

Se eletrônica, a impressão é perfeitamente legível?

1.() sim 2.() não () em parte

Explique: _____

Se manual, a grafia é perfeitamente legível?

1.() sim 2.() não () em parte

Explique: _____

Existem cópias carbonadas da prescrição?

1.() sim 2.() não () em parte

Explique: _____

A grafia é legível?

1.() sim 2.() não () em parte

Explique: _____

Identificação do paciente na prescrição:

a) nome do paciente: () sim () não

b) leito: () sim () não

c) nº registro: () sim () não

d) data: () sim () não

e) nome e CRM do prescritor: () sim () não

f) registro sobre alergias: () sim () não

Identificação do medicamento na prescrição

a) Nome do medicamento legível: () sim () não, relate: _____

b) Apresentação: () sim () não, relate: _____

c) Dose: () sim () não, relate: _____

d) Via: () sim () não, relate: _____

e) diluição: () sim () não, relate: _____

f) frequência: () sim () não, relate: _____

Medicamentos prescritos utilizando-se nome:

() comercial () do princípio ativo () ambos

Há siglas e abreviaturas na prescrição do medicamento:

() sim () não Se sim, dê exemplos (o que significam): _____

Houve alteração ou suspensão do medicamento ao longo do dia?

() sim () não

Rasuras na prescrição do medicamento?

() sim () não Se sim, comente de que tipo: _____

Data e hora atualizadas (seja para prescrição do dia, seja para as alterações feitas)?

() sim () não Se, não comente: _____

O aprazamento para administração do medicamentos está

() correto () sim () não

() legível () sim () não

() completo () sim () não

() sem rasuras () sim () não

Comentários: _____

Padronização de horários na administração do medicamento?

() sim () não Se não, como é feita? _____

Foi detectado algum erro na prescrição do medicamento?

() sim () não Se sim qual? _____

Outros Comentários: _____

EVOLUÇÃO MÉDICA

Alguma observação relacionada a medicamentos:

() sim () não Quais e qual tipo? _____

Relatos ou anotações quanto a ocorrência de erros:

() sim () não Se sim, onde? Qual? _____

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Medicamento não administrados tem justificativa anotada (horário circulado e o motivo anotado)? () sim

() não Se não, comente _____

Alguma observação relacionada a medicamentos:

() sim () não Quais e qual tipo? _____

Relatos ou anotações quanto a ocorrência de erros:

() sim () não Se sim, onde? Qual? _____

REGISTROS DA OCORRÊNCIA

Fonte:

Relatado por:

Cargo/função:

Local:

Data e hora

Transcrição da ocorrência: _____

APÊNDICE C-QUESTIONÁRIO

Roteiro de Entrevista

Data: ____/____/____

Hora: _____

Hospital: _____

Idade: _____

Sexo: _____

Profissional: Médico () Enfermeiro () Técnico de Enfermagem ()

Tempo de Formado: _____

Tempo de atuação profissional: _____

Tempo de atuação na instituição: _____

Tempo no setor: _____

Jornada de Trabalho Diária: _____

Em quantas instituições trabalham? _____

1) Em sua opinião qual a principal causa que leva ao erro na medicação?

a) Prescrições incorretas

- () Prescrição de dose incorreta
- () Prescrição da via de administração incorreta
- () Prescrição incorreta da velocidade de infusão
- () Prescrição da forma incorreta

- Prescrição Ilegível
 - Prescrição Incompleta
 - Escolha incorreta do medicamento (erro na indicação, contraindicação, alergias, patologias, entre outros)
 - Erros de compreensão na prescrição médica, seja por rasura, abreviaturas não padronizadas
 - Erros de Aprazamento
- Outros:_____

b) Erros na Dispensação

- Impossibilidade de cumprir os horários prescritos, seja pela falta de medicamentos ou pela demora na liberação dos medicamentos
 - Erros de dispensação pela farmácia
 - Rótulos ou embalagens parecidas
 - Medicamentos não identificados
 - Medicamentos armazenados em locais próprios para outros medicamentos
- Outros:_____

c) Erros na administração de medicamentos:

- Preparo
 - Dosagem
 - Vias de administração
 - Medicamento administrado no horário errado
 - Velocidade de infusão do medicamento errado
- Outros:_____

d) Fatores pessoais:

() Falta de conhecimento por parte dos profissionais

() Excesso de confiança

() Falta de atenção

Outros:_____

e) Problemas no ambiente de trabalho como:

() Excesso de trabalho

() Falha na comunicação entre os setores

() Estresse

() Falta de treinamento

() Volume de tarefas

() Falta de profissionais

() Carga horária elevada

() Pacientes com grande numero de medicamentos

() Muitos medicamentos administrados no mesmo horário

Outros:_____.

f) Omissão:

() Não checagem do medicamento administrado

() Medicamentos suspensos, não comunicados à equipe de enfermagem

Outros:_____.

g) falhas na execução da técnica

() Falha na leitura da dose

() Não conferir a via de administração com a prescrição

() Falha em não conferir o medicamento com a prescrição

() Não identificar o medicamento

() Falha na identificação do paciente

Outros:_____.

h) Outros:

especifique_____

2) Qual o procedimento adotado em caso de erro de medicação? Descreva-o

3) Quais suas sugestões para reduzir a ocorrência de erros de medicação?

4) Em sua opinião o prontuário eletrônico traz mais benefícios ou dificuldades para evitar os erros de medicação no HRC?

5) Quais são as maiores dificuldades na utilização do prontuário eletrônico:

() Poucos Computadores

() Dificuldade de impressão

() Informações digitadas de forma incorreta

() Dificuldade para acrescentar informações novas

() Dificuldade dos profissionais em utilizar o programa do prontuário eletrônico, seja por dificuldade de manusear o computador ou pela difícil compreensão do programa adotado pelo prontuário

() Computadores ou sistemas lentos

() Falhas do computador ou sistema

() Falta de receituário feito eletronicamente

Outros: _____

6) Na sua opinião com a implantação do prontuário eletrônico no HRC houve significativa redução dos erros mais comuns relacionados à medicação?

ANEXO A- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER Nº 017/2012

PROTOCOLO Nº DO PROJETO: 591/2011 – EVENTOS ADVERSOS NO PROC
DE MEDICAÇÃO: A MAGNITUDE DO PROBLEMA.

Instituição Pesquisada: Secretaria de Saúde do Distrito Federal/SES-DF.

Área Temática Especial: Grupo III (não pertencente à área temática especial),
Ciências da Saúde.

Validade do Parecer: 12/01/2014

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela APROVAÇÃO DO PROJETO.

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto. Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item II.13 da Resolução 196/96 CNS/MS).

Brasília, 12 de janeiro de 2012.

Atenciosamente,

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF
Coordenadora

AL/CEP/SES-DF

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES
Comitê de Ética em Pesquisa
Fone/Fax: 3325-4955 – e-mail: cepesdf@saude.df.gov.br
SMHN – Q. 501 – Bloco "A" – Brasília – DF – CEP: 70.710-907
BRASÍLIA - PATRIMÔNIO CULTURAL DA HUMANIDADE

