

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA-EMESCAM
GRADUAÇÃO ENFERMAGEM

LORRAINY LOPES BERTI FRANÇA
LORRAN FERREIRA DO REGO
STEPHANIE OLIVEIRA DE ARAÚJO

**AVALIAÇÃO DA APLICABILIDADE DO INSTRUMENTO DE CHECKLIST NO
CUMPRIMENTO DO PROTOCOLO DE SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS, COMPARANDO DOIS MODELOS
ASSISTENCIAIS: INTEGRAL E FUNCIONAL**

Vitória – ES

2017

LORRAINY LOPES BERTI FRANÇA
LORRAN FERREIRA DO REGO
STEPHANIE OLIVEIRA DE ARAÚJO

**AVALIAÇÃO DA APLICABILIDADE DO INSTRUMENTO DE CHECKLIST NO
CUMPRIMENTO DO PROTOCOLO DE SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS, COMPARANDO DOIS MODELOS
ASSISTENCIAIS: INTEGRAL E FUNCIONAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Enfermagem da Escola Superior De Ciências Da Santa Casa De Misericórdia De Vitória – EMESCAM, como requisito à obtenção de grau de bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Ma. Cristina Ribeiro
Macedo

Vitória - ES

2017

LORRAINY LOPES BERTI FRANÇA
LORRAN FERREIRA DO REGO
STEPHANIE OLIVEIRA DE ARAÚJO

**AVALIAÇÃO DA APLICABILIDADE DO INSTRUMENTO DE CHECKLIST NO
CUMPRIMENTO DO PROTOCOLO DE SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS, COMPARANDO DOIS MODELOS
ASSISTENCIAIS: INTEGRAL E FUNCIONAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Enfermagem da Escola Superior De Ciências Da Santa Casa De Misericórdia De Vitória – EMESCAM, como requisito à obtenção de grau de bacharel em Enfermagem.

Data de aprovação: 29/06/2017

BANCA EXAMINADORA

Caroline Feitosa Dibai de Castro

Profª Ma. Caroline Feitosa Dibai de castro – EMESCAM

Rosa Maria de Souza Barbosa de Melo

Profª Ma Rosa Maria de Souza Barbosa de Melo.
Membro Externo

Cristina Ribeiro Macedo

Orientadora Profª Ma. Cristina Ribeiro Macedo
EMESCAM - Orientadora

Vitória - ES

2017

DEDICAMOS

Aos nossos pais e familiares, que foram grandes incentivadores e que sempre acreditaram nos nossos sonhos.

AGRADECIMENTOS

- À Deus, aos nossos pais e familiares que são as razões por termos chegado até aqui.
- Aos amigos e colegas de turma que nos apoiaram nessa trajetória da graduação.
- À nossa orientadora, Professora Cristina Ribeiro Macedo, pelo acompanhamento, orientação e amizade.
- Ao Curso de Enfermagem da Escola Superior De Ciências Da Santa Casa De Misericórdia De Vitória – EMESCAM, na pessoa de sua coordenadora Profa. Ítalla Maria Pinheiro Bezerra, que sempre se mostrou pronta a nos ajudar no que precisássemos.
- Aos amigos mais próximos que estiveram conosco, nos incentivando e acreditando em nós.
- Aos autores desse presente trabalho que estiveram sempre juntos acontecesse o que for, com as dificuldades e diferença, deram o melhor de si.

Ninguém dá tudo de si em uma batalha, a não ser que esteja lutando para vencer.

Faça o que puder, com o que se tem, onde estiver.

Theodore Roosevelt

RESUMO

Os erros de medicação, de forma geral, correspondem a 30% dos erros em hospitais, segundo o Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos, por essa razão o Programa de Segurança do Paciente da OMS lançou o Terceiro Desafio Global para a Segurança do Paciente, com foco na segurança de medicamentos. Diante da possibilidade de prevenção de práticas errôneas na medicação e do risco de dano em função da sua ocorrência, torna-se de extrema relevância identificar a natureza e determinantes dos erros, como forma de dirigir ações para a prevenção. O presente estudo tem por objetivo evidenciar a aplicabilidade do *Checklist* na avaliação da qualidade na assistência de enfermagem prestada em um Hospital Filantrópico de ensino, do município de Vitória/ES, no que tange à administração de medicamentos conforme recomendações do protocolo de Segurança, uso e administração de medicamentos do Ministério da Saúde (MS), de acordo com os cinco certos da medicação. Trata-se de um estudo quantitativo, retrospectivo partir de informações coletadas do banco de dados do Núcleo de Segurança do Paciente, da Qualidade do hospital, que objetiva avaliarmos a efetividade do instrumento. Conclui-se que a diferença no modelo assistencial de trabalho, seja integral ou funcional, demonstra determinada discrepância nos indicadores coletados, contribuindo como instrumento auxiliador da melhoria assistencial.

Palavras chave: Segurança do paciente; Cinco certos da medicação; Correta administração de medicação.

ABSTRACT

Medication errors, in general, correspond to 30% of errors in hospitals, according to the Institute for Safe Practice in Drug Use, which is why the WHO Patient Safety Program launched in the Third Global Patient Focusing on drug safety. Given the possibility of prevention of erroneous practices in medication and the risk of harm due to its occurrence, it is extremely relevant to identify the nature and determinants of errors, as a way of directing actions for prevention.

The present study has the purpose of evidencing the applicability of the Checklist in the evaluation of the quality of nursing care provided at a Philanthropic Hospital of education, in the city of Vitória / ES, regarding the administration of medications according to the recommendations of the Safety, Administration of medicines from the Ministry of Health (MS), according to the right fives of the medication. It is a quantitative, retrospective study based on information collected from the Patient Safety Nucleus database that aims to evaluate the effectiveness of the instrument. It is concluded that the difference in the care model, whether integral or functional, demonstrates a certain discrepancy in the indicators collected, contributing as a tool to assist care improvement.

Keyword: Patient safety. Certain flips of medication. Correct administration of medication.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Indicadores para acompanhamento da administração de medicação22

Gráfico 1: Aplicabilidade do *Checklist*.....25

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Avaliação de erros da administração de medicamentos relacionados ao paciente certo, segundo aplicação de *Checklist*, em um Hospital Filantrópico de Ensino, no município de Vitória/ES, entre março, abril e maio de 2017.....26

Tabela 2 – Avaliação de erros da administração de medicamentos relacionados à confirmação prévia do nome do medicamento e potenciais alergias do paciente, segundo aplicação de *Checklist*, em um Hospital Filantrópico de Ensino, no município de Vitória/ES, entre março, abril e maio de 2017.....27

Tabela 3 – Avaliação de erros da administração de medicamentos relacionados à identificação da via certa, verificação da recomendação de infusão da via prescrita e realização da antissepsia do local de aplicação, segundo aplicação de *Checklist*, em um hospital Filantrópico de ensino, no Município de Vitória/ES, entre março, abril e maio de 2017.....28

Tabela 4 – Avaliação de erros da administração de medicamentos relacionados ao horário correto e sua armazenagem em local adequado, segundo aplicação de *Checklist* em um Hospital Filantrópico de Ensino, no município de Vitória/es, entre março, abril e maio de 2017 29

Tabela 5 – Avaliação de erros da administração de medicamentos relacionados à verificação se a dose administrada é a mesma da prescrita e a confirmação da velocidade de infusão, em um Hospital Filantrópico de Ensino, no município de Vitória/ES, entre março, abril e maio de 2017..... 29

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 12 |
| 2 REFERENCIAL TEÓRICO | 14 |
| 2.1 PROTOCOLO DE SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS..... | 15 |
| 2.2 CAUSAS DOS ERROS DE MEDICAÇÃO..... | 15 |
| 2.3 LEGISLAÇÃO QUE REGULAMENTA A PRÁTICA DA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ENFERMAGEM..... | 17 |
| 2.3.1 Quanto à administração | 17 |
| 2.3.2 Quanto à responsabilidade jurídica | 17 |
| 2.4 MODELO ASSISTENCIAL INTEGRAL E FUNCIONAL..... | 18 |
| 3 OBJETIVOS | 19 |
| 3.1 GERAL..... | 19 |
| 3.2 ESPECÍFICOS..... | 19 |
| 4 METODOLOGIA DA PESQUISA | 20 |
| 4.1 TIPO DE ESTUDO..... | 20 |
| 4.2 CENÁRIO..... | 20 |
| 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA..... | 20 |
| 4.3.1 Enfermarias escolhidas | 21 |
| 4.4 COLETA DE DADOS..... | 21 |
| 4.4.1 Banco de dados | 21 |
| 4.4.2 O instrumento | 22 |
| 4.5 VARIÁVEIS DE ESTUDO..... | 23 |
| 4.5.1 Paciente certo | 23 |
| 4.5.2 Medicamento certo | 23 |
| 4.5.3 Via certa | 23 |
| 4.5.4 Hora certa | 23 |
| 4.5.5 Dose certa | 23 |
| 5 ANÁLISE DOS DADOS | 24 |
| 6 RESULTADOS | 25 |
| 7 DISCUSSÃO | 30 |
| 7.1 PACIENTE CERTO..... | 30 |
| 7.2 MEDICAMENTO CERTO..... | 31 |
| 7.3 VIA CERTA..... | 33 |
| 7.4 HORA CERTA..... | 34 |
| 7.5 DOSE CERTA..... | 35 |
| 8 CONCLUSÃO | 38 |
| REFERÊNCIAS | 39 |
| ANEXO A - CHECKLIST | 43 |

1 INTRODUÇÃO

Ao longo da década de 90, diante das evidências sobre os problemas relacionados à prestação de cuidados de saúde sem riscos, ligados a prática seguras, tornou-se pública a necessidade de se adotar medidas para garantir a segurança do paciente. A segurança do paciente é uma importante dimensão da qualidade do cuidado ao propor a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (TRAVASSOS, et al., 2015). Sobre esta questão, vale ressaltar que há variadas formas pelas quais o cuidado de saúde pode falhar ou levar dano aos pacientes, boa parte desse dano desenvolve-se de forma lenta e pode resultar em uma crise que leva uma internação ou outro tratamento urgente, senão abordada.

Um esforço sistemático para melhorar a segurança do paciente começou, impulsionado pela publicação do livro no ano 2000, contendo o relatório do Institute of Medicine dos Estados Unidos da América (IOM), intitulado "Errar é humano". Este relatório trouxe à tona a questão dos eventos adversos e da segurança do paciente, resultando em maior atenção da mídia e dos profissionais de saúde de todo o mundo. Destacava que cerca de 44 mil a 98 mil pessoas morriam todos os anos, nos Estados Unidos, vítimas de erros médicos e que 7 mil destes casos estavam relacionados aos erros com medicação (KOHN et al, 2000). A partir dessa, outras ações para melhoria da segurança do paciente vêm sendo desenvolvidas por diversos governos ou através de iniciativas independentes (MILAGRES, 2015).

Para que sejam garantidas boas práticas que previnam erros e promovam a segurança no sistema de medicação, são necessárias tanto políticas públicas que direcionem ações de aprimoramento nesse quesito, bem como um envolvimento de todas as áreas, setores, equipe multiprofissional e comunidade, trabalhando de forma conjunta na determinação de estruturas e processos que dêem o suporte para a prática segura em todas as etapas da medicação. (COREN-ES, 2011).

Diante da possibilidade de prevenção dos erros de medicação e do risco de dano em função da sua ocorrência, torna-se relevante identificar a natureza e determinantes dos erros, como forma de dirigir ações para a prevenção. As falhas no processo de utilização de medicamentos são consideradas importantes fatores contribuintes para a redução da segurança do paciente e as Instituições de saúde devem desenvolver uma cultura voltada para a promoção contínua de segurança do paciente, sendo que todo local em que a enfermagem realiza práticas relacionadas à *medicação deve dispor de infraestrutura e processos que garantam a realização segura da medicação*. (COREN-ES, 2011, “grifo nosso”).

No Brasil, a administração de medicamentos é atividade cotidiana e de responsabilidade legal da equipe de enfermagem, em todas as instituições de saúde e, portanto, reveste-se de grande importância tanto para essa categoria profissional quanto para os clientes. São evidentes, na prática, por parte dos profissionais de enfermagem, várias dúvidas durante o preparo e administração de medicamentos (SILVA, et al, 2007).

Não obstante a característica de complexidade da administração de medicamento na prática assistencial de enfermagem, tal atividade é, na maioria das vezes, desempenhada por profissionais de nível médio - auxiliares e técnicos de enfermagem, sob a supervisão e orientação dos enfermeiros. (COIMBRA, 2001). Dessa maneira é essencial um instrumento que avalie os procedimentos executados por esses profissionais, com essa missão foi criado o *Checklist* para acompanhamento da administração de medicamentos.

O presente estudo denota relevância para a qualidade da assistência de enfermagem, pois através da observação da atuação dos profissionais técnicos e auxiliares de enfermagem; por meio de dados registrados e arquivados, oriundos de auditorias da gerência de qualidade hospitalar, com o objetivo de revelar a eficácia do instrumento em qualificar os procedimentos de administração medicamentosa, tornando possível a identificação de erros ou acerto no processo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Com o intuito de instituir ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, foram elaborados seis protocolos considerados básicos, que devem ser implantados por todos os estabelecimentos de saúde do Brasil. Um deles é o de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos, instituído no Brasil pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente, através da portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, e criado em 25 de julho de 2013 pela resolução nº 36.

Uma vez que, são conhecidos os danos econômicos e à saúde que eventos adversos relacionados a erros de medicação podem causar, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou o Terceiro Desafio Global para a Segurança do Paciente, com enfoque na segurança de medicamentos. (WHO, 2013). Este desafio tem o intuito de propor soluções para enfrentar muitos dos obstáculos que o mundo enfrenta, hoje, para garantir a segurança das práticas de medicação. O objetivo da OMS é conseguir reduzir em 50% os danos severamente evitáveis relacionados à medicação, globalmente nos próximos cinco anos (WHO, 2017).

Os erros de medicação, de forma geral, correspondem a 30% dos erros em hospitais e na atenção primária são considerados o principal incidente que leva a eventos adversos, principalmente em crianças e idosos. Devido à importância dos eventos adversos relacionados a medicamentos, foi publicado um protocolo específico para a prevenção de erros de medicação relacionados à prescrição, uso e administração de medicamentos (ISPM, 2016).

O sistema de utilização de medicamentos em âmbito hospitalar constitui-se de um conjunto de processos inter-relacionados, cujo objetivo é a utilização dos medicamentos de forma segura, efetiva, adequada e eficiente. (OPITZ, 2006).

Os processos constituintes do sistema são: seleção e gestão; prescrição; validação; preparação e dispensação; administração; seguimento. Seus componentes são respectivamente: guia fármaco-terapêutico e provisão dos medicamentos; regime e resposta terapêuticos; revisão da receita; armazenamento e preparação dos medicamentos; os cinco certos da

enfermagem; monitoramento e notificação. Diante deste conjunto amplo, e sabendo-se que os erros são multidisciplinares, pois afetam os seis processos, faz-se necessário determinar os múltiplos fatores ou falhas de que resultam (OTERO et al., 2002).

2.1 PROTOCOLO DE SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

O protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos tem como finalidade promover práticas seguras no uso de medicamentos em estabelecimentos de saúde. Diante da possibilidade de prevenção dos erros de medicação e do risco de dano em função da sua ocorrência, torna-se relevante identificar a natureza e determinantes dos erros, como forma de dirigir ações para a prevenção. (BRASIL, 2013)

Entre as etapas das práticas seguras no uso de medicamentos a estudada nesse trabalho foi a última barreira para evitar um erro de medicação. De administração, derivado dos processos de prescrição e dispensação, aumentando, com isso, a responsabilidade do profissional que administra os medicamentos. (BRASIL, 2013). A equipe de enfermagem tem seguido tradicionalmente os cinco certos na administração de medicamentos. Sendo eles:

- I. Paciente certo;
- II. Medicamento certo;
- III. Via certa;
- IV. Hora certa;
- V. Dose certa;

2.2 CAUSAS DOS ERROS DE MEDICAÇÃO

As causas dos erros de medicação podem estar diretamente relacionadas aos pontos fracos e às falhas pontuadas em 10 elementos chave, segundo Anacleto et a, são eles:

1. Informação relacionada ao paciente: Idade, peso, alergias, gravidez, exames e sinais vitais.
2. Informação relacionada ao medicamento: Textos de referência, protocolos, sistemas informatizados com informação dos medicamentos.
3. Comunicação relacionada aos medicamentos: Prescrição e demais informações sobre medicamentos.
4. Rotulagem, embalagem e nome dos medicamentos: Rótulos claros, identificações diferenciadas.
5. Dispensação, armazenamento e padronização dos medicamentos: redução da disponibilidade e restrição do acesso.
6. Aquisição, uso e monitoramento de dispositivos para administração dos medicamentos: Bombas utilizadas para administração (infusão).
7. Fatores ambientais: baixa luminosidade, espaços de trabalho desorganizados, barulho, distrações e interrupções, carga de trabalho excessiva.
8. Educação e competência dos profissionais: Atividades educativas relacionadas aos novos medicamentos.
9. Educação do paciente: Pacientes que conhecem os nomes e as doses de seus medicamentos, a razão de estar usando cada um deles, e como devem ser tomados.
10. Gerenciamento de risco e processos de qualidade: Identificar, relatar, analisar e reduzir os riscos de erros de medicação. (ANACLETO et al, 2010)

De acordo com Westbrook comum no cotidiano da enfermagem erros como falhas de leitura da embalagem, identificação do paciente, parâmetros vitais antes da administração do medicamento, velocidade de infusão, diluição do medicamento e incompatibilidade entre drogas. (WESTBROOK, et al, 2011). Contudo Hugles ainda declara que uma parte significativa desses erros está relacionada à habilidade e conhecimento deficientes, falta de experiência profissional e a violação de regras. (HUGHES; BLEGEN, 2008).

2.3 LEGISLAÇÕES QUE REGULAMENTA A PRÁTICA DA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ENFERMAGEM

2.3.1 Quanto à administração

O Código de Ética do Profissional de Enfermagem destaca no artigo 12 que é de responsabilidade da classe assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência. Além disso, o artigo 18 declara que o profissional deve se responsabilizar por falta cometida em suas atividades profissionais, independentemente de ter sido praticada individualmente ou em equipe. Sendo proibido pelo artigo 30 o profissional de enfermagem administrar medicamentos sem conhecer a ação da droga e sem se certificar da possibilidade dos riscos. (COFEN, 2007).

Na execução das prescrições médicas pela equipe de enfermagem, especialmente a medicamentosa, é atribuído pelo o artigo 38 ao profissional o direito de se recusar a executar prescrição em caso de identificação de erro ou ilegibilidade, ou quando não constar a assinatura e o número de registro do prescritor, exceto em situações de urgência e emergência.

2.3.2 Quanto à responsabilidade jurídica

Através do Decreto Lei nº94. 406/87 em seu artigo oito é exposto sobre a incumbência privativa do enfermeiro:

- 1) Organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços.
- 2) Planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem.

O ato de delegar não faz refutar a responsabilidade que o enfermeiro tem no atendimento das necessidades assistenciais e de cuidados à saúde do paciente como indivíduo, da família e de outros entes significativos, mesmo sendo realizados por sua equipe. (COIMBRA, 2001)

2.4 MODELOS ASSISTENCIAIS: INTEGRAL E FUNCIONAL

Existem diferentes modos de organização da assistência de enfermagem. Entre eles o método funcional e Integral. Cada um com suas particularidades. A escolha do método deve-se considerar as necessidades da instituição.

Quando o modelo assistencial é integral a equipe de enfermagem se organiza para realizar o cuidado como um todo, em que cada profissional tem sua demanda de pacientes, sendo toda a equipe responsável pela atenção integral aos usuários do serviço de saúde.

O cuidado de enfermagem, executado de maneira integral por uma pessoa, passou a ser fragmentado em “técnicas” ou “tarefas”, a denominada prática de enfermagem funcional que consiste na divisão e distribuição de tarefas para a prestação da assistência, as várias categorias funcionais de enfermagem, visando economia de tempo e maior agilidade na execução do serviço (GRECO, 2014 apud BELLATO, et al 1997).

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Analisar a aplicabilidade do instrumento de *Checklist* no cumprimento das recomendações do protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, em duas enfermarias com modelos assistenciais distintos, integral e funcional.

3.2 ESPECÍFICOS

- Avaliar a aplicabilidade do instrumento de *Checklist*,
- Identificar se os cinco certos da medicação recomendados pelo Ministério da Saúde estão sendo executados;
- Descrever a diferença no modelo assistencial de trabalho, identificando se reflete no cumprimento das recomendações do protocolo.

4 METODOLOGIA DA PESQUISA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo, retrospectivo a partir de informações coletadas do banco de dados do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) que objetiva avaliar a efetividade do instrumento, relativo aos meses de março, abril e maio de 2017.

4.2 CENÁRIO

O estudo tem por cenário o banco de dados do Núcleo de Segurança do Paciente de um hospital filantrópico da capital Vitória do Espírito Santo, cuja missão é oferecer serviços de assistência à saúde, formar e qualificar recursos humanos, desenvolvendo ações integradas de saúde com ênfase nos objetivos da filantropia, ensino e pesquisa.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população da pesquisa foi composta por análises dos procedimentos de administração de medicação (cinco certos da medicação), realizados por técnicos e auxiliares de enfermagem, atuantes nas enfermarias, do serviço em questão. O critério de inclusão seleciona atividades desenvolvidas por profissionais que trabalham durante o dia, nos plantões pares e ímpares. Foram excluídas da pesquisa atividades desenvolvidas por profissionais que trabalham durante o período vespertino e noturno, uma vez que as auditorias são realizadas pela instituição apenas no período matutino.

A amostra foi integrada por informações das avaliações dos procedimentos de administração de medicação, referentes aos meses de março, abril e maio do ano de 2017, das equipes das enfermarias selecionadas pela pesquisa, de acordo com os critérios discutidos posteriormente, vide item 4.3.1 do presente trabalho.

4.3.1 Enfermarias escolhidas

O critério de escolha das enfermarias utilizado foi a divisão do trabalho de enfermagem. Na enfermaria “A” a assistência de enfermagem é realizada de forma funcional, sendo, uma equipe exclusiva para cuidados e outra para processos da medicação. Já na enfermaria “B” o cuidado de enfermagem é integral, ou seja, uma única equipe é responsável pelo cuidado e a medicação.

A enfermaria “A” possui perfil clínico, em geral, pacientes crônicos e, atualmente, com 30 leitos ativos com uma taxa de ocupação que varia de 46,45 a 68,06% e um tempo médio de internação de 5,67 dias. A equipe técnica é composta por cinco (05) técnicos em enfermagem, sendo quatro (04) plantonistas e um (01) diarista, durante o dia. Já nos plantões noturnos, a equipe conta com quatro (04) profissionais. A enfermaria “B”, onde a equipe está dividida de maneira integral, possui 34 leitos em funcionamento e as internações são de curto período: pacientes em pré e pós-operatório, geralmente. A taxa de ocupação anual varia entre 50,09 e

78,75%, com um tempo médio de permanência de 3,69 dias. Possui 05 técnicos em enfermagem plantonistas e um (01) diarista, nos plantões pares e ímpares.

Ambas as enfermarias contam com enfermeiros diaristas durante a semana e a supervisão do serviço aos finais de semana é feita por um único enfermeiro.

4.4 COLETA DOS DADOS

4.4.1 Banco de dados

O banco de dados foi alimentado através de *Checklist*, padronizado pelo setor Núcleo de Segurança do Paciente, da Qualidade do hospital, aplicado em duas enfermarias piloto, preenchendo planilhas que respeitam o anonimato dos profissionais e dos pacientes, sendo registrados apenas procedimentos numerados com números cardinais, sendo assegurado que os sujeitos não sejam

identificamos e tabulados em uma planilha de Microsoft Office Excel 2010. O presente estudo irá catalogar essas tabelas, analisando cada variável.

4.4.2 O instrumento

O *Checklist* foi aplicado em duas enfermarias deste hospital, escolhidas com base nos modelos de assistência, integral e funcional. É instrumento padronizado e qualificado pelo setor da Qualidade deste hospital que, em uma visão macro, é parte de um projeto de implantação de uma central única de preparo, diluição e administração de medicamentos.

O *Checklist* aplicado contempla o desempenho das atividades dos profissionais, respondendo os questionamentos, em auditoria, listados no quadro 1.

| | |
|--------------------|---|
| Paciente certo: | Realiza perguntas abertas (Interação profissional-paciente)? |
| | Realiza conferência dos indicadores preconizados? |
| Medicamento certo: | O nome do medicamento foi confirmado antes de sua administração? |
| | Conferiu se o paciente não é alérgico a medicação? |
| Via certa: | Identificou a via de administração prescrita? |
| | Verificou se a via de administração é recomendada para o medicamento prescrito? |
| | Realizou antisepsia do local de aplicação para administração do medicamento? |
| Hora certa | Armazenou a medicação em local adequado? |
| | Administrou no horário prescrito? |
| Dose certa | Verificou se a dose que será administrada é a mesma da prescrita? |
| | Conferiu a velocidade do gotejamento ou infusão por BIC? |

Quadro 1: Checklist para acompanhamento da administração de medicação.

4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Foram colhidas informações sobre as seguintes variáveis quantitativas:

4.5.1 Paciente certo

- Realização perguntas abertas: interação profissional-paciente;
- Realização da conferência dos indicadores preconizados.

4.5.2 Medicamento certo

- O nome do medicamento foi confirmado antes de sua administração;
- Realização conferência se paciente não é alérgico a medicação.

4.5.3 Via certa

- Identificação a via de administração prescrita;
- Verificação se a via de administração é recomendada para o medicamento prescrito;
- Realização antisepsia e assepsia do local da aplicação para administração do medicamento.

4.5.4 Hora certa

- Armazenamento da medicação em local adequado;
- Administração no horário prescrito.

4.5.5 Dose certa

- Verificação se dose que foi administrada é a mesma da prescrita;
- Conferência da velocidade do gotejamento ou infusão por BIC.

5 ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados coletados ocorreu através da avaliação do cumprimento das recomendações preconizados no protocolo de Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, do Ministério da Saúde (MS), em específico quanto ao processo de administração de medicamentos com base nos cinco certos da medicação, avaliando a aplicabilidade do instrumento, de maneira que seja possível recomendar soluções de melhorias no processo assistencial.

Os dados quantitativos foram tabulados no Microsoft Office Excel 2010, foram feitos cálculos percentuais e posteriormente analisados estatisticamente. A planilha de dados permanecerá em poder dos pesquisadores por cinco anos e após este período será descartada.

6 RESULTADOS

Dentro do contexto das campanhas de segurança do paciente, algumas medidas de intervenções vêm sido propostas e ganhando força mundialmente. Um excelente exemplo é a “campanha 5 milhões de vidas”, do Institute of Healthcare Improvement (IHI) que sugere que as intervenções sejam feitas em forma de *bundle*, em tradução livre, pacote.

Desta forma, ao analisar os dados coletados pelo *Checklist* observa-se a capacidade de avaliar o processo de administração de medicamentos de duas formas: em *bundle* ou fragmentado em 05 etapas conhecidas como “os cinco (05) certos da medicação”.

Os *Checklist's* coletados proporcionaram 95 oportunidades de observações, em 19 momentos de auditoria. Sabendo que para cada momento de aplicação, o auditor disponha de cinco oportunidades de avaliar o processo que, quando fragmentado, resulta em 11 indicadores, totalizando 55 chances de erros, acertos ou que, o auditor avaliou que o processo não foi possível de avaliar (NFPA), por motivos que não foram informados no instrumento estudado.

Portanto, das 95 oportunidades de avaliações, apenas 90 foram registradas pelo auditor, totalizando 990 indicadores preenchidos do processo de administração de medicamentos, conforme o gráfico 1.

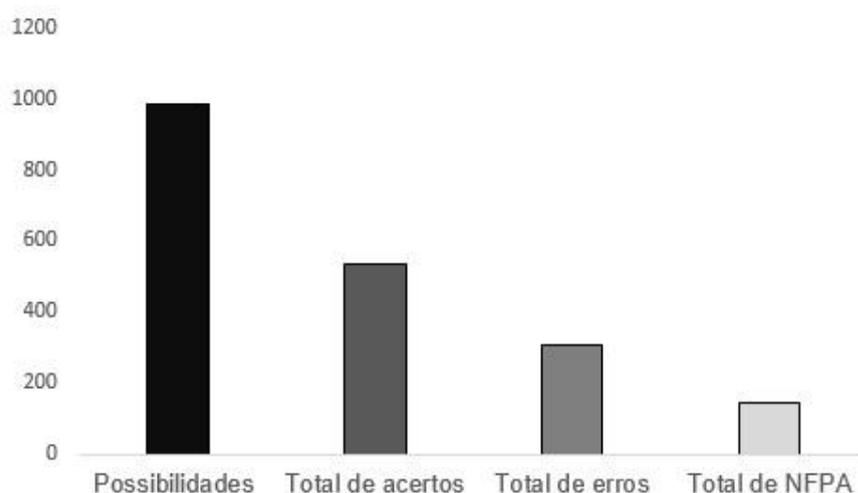


Gráfico 01: aplicabilidade do *Checklist*

Os resultados revelam que se o processo de administração de medicamentos fosse analisado em formato de *bundle* não seria encontrado resultado significativo, visto que em todas as auditorias estavam presentes erros e acertos. A análise escolhida, portanto, foi a do processo fragmentado, pois, desta forma, é possível avaliar onde o profissional demonstra maior dificuldade em cumprir o preconizado pela instituição e recomendado pelos órgãos nacionais e internacionais, como o MS e OMS, respectivamente.

Contemplando as recomendações do Ministério da Saúde (MS), e segundo aplicação do Checklist, de acordo com a Tabela 1, observa-se que na enfermaria “A”, durante o processo de administração de medicamentos, 13 foram às vezes em que houve interação do profissional-paciente, através de perguntas abertas, representando 27,1% de acertos neste requisito, diferenciando-se da enfermaria “B” que, das 41 oportunidades de acerto, obteve nove (09) avaliações corretas, representando 21,4%. Na conferência dos indicadores se observou 25% de acertos para a enfermaria “A”, onde 12 foram os acertos de um total de 48 oportunidades, contrapondo a enfermaria “B” em que foram encontrados 2,4% de acerto evidenciado em uma (01) auditoria positiva.

Dentre estas chances de acerto, 92,8% foram às vezes em que o auditor não identificou a correta conferência dos indicadores; na enfermaria “B”, número que demonstra diferença de 14,2% da enfermaria “A”, onde foram observadas 78,6% de erros.

Tabela 1 – Avaliação dos erros de administração de medicamentos relacionados à confirmação do paciente certo, segundo aplicação de *Checklist*, em um hospital filantrópico de ensino, no município de Vitória/ES, entre março, abril e maio de 2017.

| | Enfermaria “A” | | | Enfermaria “B” | | |
|--|----------------|-----|------|----------------|-----|------|
| | SIM | NÃO | NFPA | SIM | NÃO | NFPA |
| Realiza perguntas abertas (interação profissional-paciente)? | 13 | 35 | 0 | 09 | 33 | 0 |
| Realiza conferência dos indicadores preconizados? | 12 | 36 | 0 | 1 | 39 | 2 |
| Σ | 25 | 71 | 0 | 10 | 72 | 2 |

Fonte: Informações extraídas do setor do NSP de um hospital filantrópico de Vitória/ES, 2017.

Na tabela abaixo (Tabela 2) se observou na enfermaria “A” que das 48 oportunidades de confirmação do nome do medicamento, em cerca de 20,8% o

processo obteve avaliação negativa, portanto, em 10 oportunidades o nome do medicamento não foi informado antes de sua administração. Em contrapartida, nesta enfermaria por 37 vezes (77,1%) houve o cumprimento desta recomendação do protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.

Os números encontrados na enfermaria “A” vão de encontro à auditoria feita na enfermaria “B”, uma vez que, das 41 oportunidades de acerto, foram observadas a não confirmação em cerca de 22 vezes, portanto, configurando uma taxa de 53,7% de erros.

Tabela 2 – Avaliação de erros da administração de medicamentos relacionados à confirmação prévia do nome do medicamento e potenciais alergias do paciente, segundo aplicação de *Checklist*, em um hospital filantrópico de ensino, no município de Vitória/ES, entre março, abril e maio de 2017.

| | Enfermaria “A” | | | Enfermaria “B” | | |
|--|----------------|-----|------|----------------|-----|------|
| | SIM | NÃO | NFPA | SIM | NÃO | NFPA |
| O nome do medicamento foi confirmado antes de sua administração? | 37 | 10 | 1 | 19 | 22 | 0 |
| Conferiu se o paciente não é alérgico a medicação? | 14 | 32 | 02 | 05 | 37 | 0 |
| Σ | 51 | 42 | 03 | 24 | 59 | 0 |

Fonte: Informações extraídas do setor do NSP de um hospital filantrópico de Vitória/ES, 2017.

Os números relativos à confirmação das possíveis alergias do paciente assistido se assemelham em ambas as enfermarias. Foi encontrado um percentual de 29,2% e 10,4% para as enfermarias “A” e “B”, respectivamente, acerca de avaliação positiva referente ao questionamento ao cliente sobre suas potenciais alergias antes da infusão dos medicamentos. Tendo, portanto, uma diferença de 18,8% de acertos entre estas.

Inferre-se da Tabela 3 que a confirmação da via de administração prescrita, bem como sua recomendação para o medicamento prescrito possui 100% de acertos na enfermaria “B”, e para a enfermaria “A” em uma (01) oportunidade a via e a dose não foram verificados.

A realização da antissepsia/asepsia do local para aplicação do medicamento denota a maior discrepância entre os dados contemplados nesta

tabela: 17,1% de acertos para a enfermaria “B”, contra 47,9% para a enfermaria “A”. No entanto, das 41 possíveis chances de acerto na enfermaria “B”, em 73,2% não foi possível realizar a avaliação do processo, dado menos observado na enfermaria “A”, onde 29,2% do processo não foram possíveis realizar a observação.

Tabela 3 – Avaliação de erros da administração de medicamentos relacionados à identificação da via certa, verificação da recomendação de infusão da via prescrita e realização da antissepsia do local de aplicação, segundo aplicação de *Checklist*, em um hospital filantrópico de ensino, no município de Vitória/ES, entre março, abril e maio de 2017.

| | Enfermaria “A” | | | Enfermaria “B” | | |
|---|----------------|-----|------|----------------|-----|------|
| | SIM | NÃO | NFPA | SIM | NÃO | NFPA |
| Identificou a via de administração prescrita? | 47 | 1 | 0 | 42 | 0 | 0 |
| Verificou se a via de administração é recomendada para o medicamento prescrito? | 47 | 1 | 0 | 42 | 0 | 0 |
| Realizou antissepsia do local de aplicação para administração do medicamento? | 23 | 11 | 14 | 07 | 04 | 30 |
| Σ | 117 | 14 | 14 | 91 | 04 | 30 |

Fonte: Informações extraídas do setor do NSP de um hospital filantrópico de Vitória/ES, 2017.

A avaliação de erros da administração de medicamentos relacionados ao horário correto e sua armazenagem em local adequado (Tabela 4) revela que na enfermaria “A”, constatou-se que há 100% de acerto para o correto armazenamento das medicações, em oposição a 73,8% para a enfermaria “B”. Entretanto das oportunidades de se realizar a medicação em seu horário correto, 30 foram às vezes em que nas enfermarias “A” e “B” tal feito foi observado.

Tabela 4 – Avaliação de erros da administração de medicamentos relacionados ao horário correto e sua armazenagem em local adequado, segundo aplicação de *Checklist*, em um hospital Filantrópico de ensino, no município de Vitória/ES, entre março, abril e maio de 2017.

| | Enfermaria “A” | | | Enfermaria “B” | | |
|--|----------------|-----|------|----------------|-----|------|
| | SIM | NÃO | NFPA | SIM | NÃO | NFPA |
| Armazenou a medicação em local adequado? | 48 | 0 | 0 | 31 | 11 | 0 |
| Administrou no horário prescrito? | 30 | 18 | 0 | 30 | 12 | 0 |
| Σ | 78 | 18 | 0 | 61 | 23 | 0 |

Fonte: Informações extraídas do setor do NSP de um hospital filantrópico de Vitória/ES, 2017.

O presente estudo revelou, de acordo com a Tabela 5, que a confirmação da dose administrada e a prescrita, configurando 100% de acertos das observações entre as duas enfermarias. Contudo, a conferência da velocidade de gotejamento ou da administração por bomba de infusão contínua configura 29,2% de acertos para a enfermaria “A”, contrapondo 9,5% de acertos para a enfermaria “B”.

A quantidade de vezes em que não foi possível realizar observações é superior à metade das oportunidades observadas, em ambas as enfermarias, tendo 60,4% e 88,1% para a enfermaria “A” e “B”, respectivamente.

Tabela 5 – Avaliação de erros da administração de medicamentos relacionados à verificação se a dose administrada é a mesma da prescrita e a confirmação da velocidade de infusão, segundo aplicação de *Checklist*, em um hospital Filantrópico de ensino, no município de Vitória/ES, entre março, abril e maio de 2017.

| | Enfermaria “A” | | | Enfermaria “B” | | |
|---|----------------|-----|------|----------------|-----|------|
| | SIM | NÃO | NFPA | SIM | NÃO | NFPA |
| Verificou se a dose que será administrada é a mesma da prescrita? | 48 | 0 | 00 | 38 | 0 | 04 |
| Conferiu a velocidade do gotejamento ou infusão por BIC? | 14 | 5 | 29 | 4 | 1 | 37 |
| Σ | 62 | 5 | 29 | 42 | 1 | 41 |

Fonte: Informações extraídas do setor do NSP de um hospital filantrópico de Vitória/ES, 2017.

7 DISCUSSÃO

7.1 PACIENTE CERTO

A correta identificação do paciente é imprescindível para prática de segurança do processo assistencial, sendo uma ação crucial para a correta execução das diversas etapas de segurança, inclusive a administração de medicamentos, garantindo o atendimento certo para a pessoa correta. Nota-se uma preocupação mundial em relação a essa prática, intimamente relacionada a quaisquer procedimentos que são realizados nos pacientes, como administração de medicamentos, cirurgias, transfusões de sangue e hemoderivados, entre outros. (HOFFMEISTER, 2015).

Observa-se que os serviços de saúde adotam diferentes maneiras de identificar os pacientes. A partir do lançamento do Programa Nacional de segurança do Paciente (PNSP), as instituições necessitam compatibilizar os dispositivos preconizados pelo protocolo e o desejo dos pacientes. (HOFFMEISTER, 2015).

Segundo o Ministério da Saúde (MS) é indicado perguntar ao paciente seu nome completo antes de administrar o medicamento e utilizar no mínimo dois identificadores para confirmar o paciente correto, (BRASIL, 2013) conforme o *Checklist* que foi utilizado pela instituição cenário desta pesquisa, adotou os indicadores de nome completo do paciente e a data de nascimento. Além disso, é importante verificar se esse paciente corresponde ao: nome identificado na pulseira; nome identificado no leito; nome identificado no prontuário. (BRASIL, 2013). A identificação do paciente tem duplo propósito, primeiro, determinar com segurança a legitimidade do receptor do tratamento ou procedimento; segundo, assegurar que o procedimento a ser executado seja efetivamente o que o paciente necessita. (CBA, 2007).

Na categoria interação do profissional com o paciente, através de perguntas abertas a enfermagem de modelo assistencial funcional (A), teve um percentual de 5,7% de acertos neste requisito maior que a enfermagem em o

cuidado é feito de forma integral (B). Miasso mostra em sua pesquisa que a interação do profissional com o paciente é falha, ou seja, sem que haja uma orientação sobre o medicamento e nem mesmo o nome é informado. Acerca da relação entre o profissional e o paciente, alguns profissionais administram o medicamento sem falar com o paciente, quando o fazem no máximo é pelo nome, não explicam que tipo de medicamento e nem a sua finalidade, além de utilizarem palavras pueris, diminuindo a relevância da conduta. (MIASSO, 2006).

O Ministério da Saúde orienta que a verificação da identidade do paciente não deve ocorrer apenas no início de um episódio de cuidado, mas deve continuar a cada intervenção realizada no paciente ao longo de sua permanência no hospital, a fim de manter a sua segurança. (BRASIL, 2013). As avaliações pelos preenchimentos do *Checklist* evidenciaram que o maior número de não realização de conferência do paciente antes da administração medicamentosa foi encontrado na enfermaria “B”. Diante disso, deve-se ressaltar a importância de maior atenção à identificação dos pacientes internados nessa unidade, em todos os processos assistenciais.

7.2 MEDICAMENTO CERTO

A prática de administração de medicamentos realizada pela equipe de enfermagem deve ser vista como um sistema único e complexo, uma vez que requer atenção em todas as etapas, descritas nos resultados do presente trabalho, onde uma única falha pode causar danos leves, moderados e/ou graves ao paciente. Sendo essa etapa a última barreira para evitar um erro de medicação derivado dos processos de prescrição e dispensação, aumentando, com isso, a responsabilidade do profissional que administra os medicamentos, tornando-se imprescindível a confirmação do medicamento a ser administrado. (BRASIL, 2013).

A confirmação do nome do medicamento antes de sua administração traz consigo maior segurança para o paciente, uma vez que este terá conhecimento do medicamento a ser infundido e, ao profissional, que desde o momento em que

realizou o preparo de tal medicação iniciou as confirmações se, de fato, o medicamento em mãos, que será infundido, é o mesmo do prescrito. Esta prática se executa de forma menos “mecânica” atribui ao profissional o entendimento de que suas práticas são fundamentais para evitar ocorrências de eventos indesejáveis ao paciente, tornando-se uma barreira efetiva. (COREN-BA, 2013).

É evidente que a prática de enfermagem segue as recomendações das medidas de segurança do paciente, como observado na enfermaria “A”, que, por 37 vezes, o profissional realizou a confirmação do nome do medicamento, evitando, portanto, que erros possam acontecer e tornando de conhecimento do cliente qual medicamento será infundido, estimulando a participação ativa do usuário em seu processo de cuidar, proporcionando além de segurança um atendimento de qualidade e humanístico.

Ainda, segundo o protocolo divulgado pelo MS, faz-se necessário que todos os profissionais envolvidos no processo de administração de medicamento, desde a sua dispensação tenham pleno conhecimento sobre as alergias dos pacientes assistidos. As recomendações sugerem, inclusive, que em hospitais que utilizam prontuários e prescrições eletrônicas, as alergias do paciente devem ser registradas no sistema eletrônico e constar em todas as prescrições emitidas para o paciente. (BRASIL, 2013).

Os antecedentes de alergia medicamentosa devem ser perguntados a todos os doentes por todos os clínicos antes de uma prescrição; este aspecto é essencial do ponto de vista médico e médico-legal. (ICON, 2012). Sendo assim, as chances dos profissionais de enfermagem, responsáveis pela última etapa do processo, de receberem um medicamento ao qual o paciente é alérgico diminuem consideravelmente, mas não os isentam de interrogar o paciente sobre suas alergias, prática que não foi observada em 35 das auditorias da enfermaria “A” e 34 para a enfermaria “B”.

7.3 VIA CERTA

Igualmente importante é certificar-se da checagem do medicamento na prescrição médica e se não há alguma incoerência na prescrição como, por exemplo, via errada. (GALIZA, 2014)

Potter discute que existem várias apresentações de fármacos com formas de administração, podendo ser: por via oral (VO), via sublingual (SL), via retal (VR), via intravenosa (IV), via subcutânea (SC), via intramuscular (IM), intradérmica (ID). (POTTER, 2009). Dentre estas, faz-se necessário que o profissional confirme se a via prescrita pelo médico é recomendada para o medicamento que será administrado, e, ainda, no momento de sua administração se a via que será utilizada é congênere a prescrita, dado que, segundo o estudo apresentam aproximadamente 100% dos acertos em ambas as enfermarias.

Outra questão acerca da conferência da via certa, é que em alguns casos os fármacos não são utilizados apenas em sua forma original de administração, conforme sua apresentação, podendo ser utilizados e prescritos por vias de administração diferentes, um exemplo disso é o manitol cuja apresentação pode ser utilizada por via IV em casos de edema cerebral, e em VO, no preparo de intestino para exame de Colonoscopia. (FASSARELLA et al, 2013).

Cada via de administração é indicada para uma situação específica, e apresenta vantagens e desvantagens. Como proposto por Fassarella, o profissional deve atentar-se para as diferentes formas de absorção e vias de administração dos medicamentos, em caso de dúvidas procurem o profissional responsável pela prescrição, a fim de evitar eventos adversos. (CLAYTON, 2006, apud FASSARELLA et al, 2013).

A realização da antissepsia do local para aplicação do medicamento, entre os dados encontrados no estudo é o que mais possui diferenças entre as enfermarias. Na enfermaria “B” há menos acertos que na enfermaria “A”. No entanto, observando-se a tabela é possível analisar que muitas vezes na enfermaria “B”, não foi possível avaliar o processo, dado menos observado na

enfermaria “A”, onde houve mais índices de observações. Este dado pode ser consequência de vias de administração de medicamentos onde não existe a necessidade de realizar a antissepsia do local, como por exemplo, a medicação em apresentação de comprimidos, drágeas, cápsula ou via de medicação por sonda nasogástrica e nasoenterica.

Acerca dos erros da administração de medicamentos relacionados à realização da antissepsia do local de aplicação, Alba salienta é visível a necessidade de uma educação permanente com a equipe de enfermagem, pois existe uma ausência significativa de profissionais que realizam a assepsia de frascos e ampolas. E é imprescindível a utilização da técnica correta no preparo e administração medicamentosa, onde é possível promover a segurança do paciente na administração de medicamentos evitando assim possíveis eventos adversos. (ALBA et al, 2009)

7.4 HORA CERTA

Observou-se que os profissionais por vezes, não armazenaram a medicação em local errado, na modelo assistencial funcional, contudo houve uma margem de erro significativa na enfermaria B (vide tabela 4), em que a assistência é integral. Esses achados parecem confirmar o fato de que a organização do preparo de medicação nesses setores parece estar fortemente ligada às rotinas institucionais de divisão do trabalho.

As medicações podem perder seu efeito devido ao acondicionamento e/ou armazenamento inadequados, sendo um importante fator para melhorar a segurança da medicação. (RADUENZ et al, 2010) O estudo realizado por Raduenz et al sugere que:

A organização, distribuição e acondicionamento de medicações nos postos de enfermagem são fatores sistemáticos que podem contribuir para erros de medicação e danos aos pacientes. Por exemplo, erros de seleção podem ocorrer como consequência da falta de organização nos armários e gavetas, ou por distribuição de medicações diferentes, mas com embalagens similares, no mesmo local. (RADUENZ et al, 2010)

O presente estudo identificou uma margem de acertos de aproximadamente, em média, 67% de acertos na aplicação da medicação dos pacientes na hora certa, se destacando a enfermaria B, com 12 erros contra 30 acertos. Sabendo que é indicado preparar o medicamento de modo a garantir que a sua administração seja feita sempre no horário correto, para garantir adequada resposta terapêutica, de maneira que o medicamento seja preparado no horário oportuno e de acordo com as recomendações do fabricante, assegurando-lhe estabilidade. (Brasil, 2013).

O MS indica um sistema, em os medicamentos sejam dispensados por horário de administração, reduzindo a quantidade e variedade de medicamentos nas unidades de internação, inibindo um quantitativo maior de erros. Sendo assim, as unidades de internação estocariam apenas os medicamentos para atendimento de emergências e as doses necessárias para suprir às 24 horas de tratamento dos pacientes. (BRASIL, 2013).

7.5 DOSE CERTA

Estimular o paciente a ser parte do seu processo de cuidado para que este se sinta inserido nas decisões de sua terapêutica e tornam-se mais uma barreira contra os potenciais erros da infusão de medicamentos, como já explanado, configura um grande desafio para o profissional e pode ser a última barreira para que o erro seja evitável. No entanto, faz-se necessário que a posologia do medicamento seja mantida fiel à prescrita, durante o seu processo de preparo, e, durante sua administração, a velocidade de infusão da droga seja respeitada para que o paciente receba exatamente a dose a qual foi prescrita pelo médico, portanto, da maneira correta.

Um mesmo medicamento, em dose diferente da recomendada para o paciente pode oferecer danos a este de gravidade igual ou, até mesmo, superior a um medicamento errado, por exemplo, evidenciando que a prática de enfermagem das enfermarias avaliadas tem sido executada de maneira satisfatória, contribuindo positivamente para a diminuição dos erros relacionados

ao processo de infusão de medicamentos, uma vez que não foi registrado nenhum erro relacionado à infusão da droga com dose diferente da prescrita.

Em relação a conferência da velocidade do gotejamento ou infusão por BIC, no estudo não foi possível avaliar em todas as auditorias realizadas esse indicador. Contudo, vale ressaltar que a utilização de tecnologia para o apoio à assistência é sempre bem-vinda, contudo, se a mesma não for utilizada adequadamente pode contribuir para o aparecimento de ocorrências adversas. Para prevenir tais situações, há necessidade de manter os profissionais capacitados e treinados em sua manipulação, bem como estabelecer programas de controle e manutenção preventiva de equipamentos. (BAKKER, 1997 *apud* BOHOMOL E, Ramos LH, 2007).

Nesse contexto, da temática segurança na administração medicamentosa, considerando que a enfermagem é responsável por essa atividade, 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).

Quando analisado os indicadores coletados, verifica-se que há uma discrepância do número de erros e acertos nas enfermarias estudadas. Na enfermaria “A”, onde se configura o modelo de atenção funcional, observou-se uma taxa de acertos de 333 dos indicadores, configurando uma diferença superior a 100 acertos, se comparado a enfermaria “B”, onde 228 acertos foram tabulados.

Ficou evidente a importância da implantação de protocolos de segurança do paciente que busca agregar um valor inestimável na qualidade da assistência, o *Checklist* proposto mostrou-se eficaz e de aplicabilidade factível, na medida em que possibilitou avaliar e identificar falhas no processo de administração de medicação em várias etapas, portanto, podendo ser plenamente estendido para outras enfermarias do hospital onde ocorreu o estudo, tendo em vista, que essa é a proposta inicial.

Ressalta-se que um fator limitante para realização do trabalho foi à escassez de referencial teórico com o tema de estudo, no contexto da prática assistencial de enfermagem, englobando os cinco certos da medicação como um processo interligado, representando um limitador para uma efetiva e mais ampla discussão do mesmo.

Este estudo foi relevante para evidenciar que o instrumento Checklist é eficaz para avaliar assistência no cumprimento do protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, uma vez que, a ocorrência de vezes em que o profissional não foi avaliado representa pouca significância no estudo apresentado, dando margem ao serviço de saúde a ter conhecimento da assistência prestada por seus profissionais, pautado na ocorrência de erros e acertos encontrados, possibilitando este de realizar medidas de intervenções em seu processo de trabalho.

8 CONCLUSÃO

A relevância do instrumento ressalva que quando uma equipe concentra suas atividades em uma tarefa específica, o nível de atenção tende a aumentar conseqüentemente, diminuindo a margem de erro relacionado à assistência. Sendo possível concluir que a diferença no modelo assistencial de trabalho, seja integral ou funcional, demonstra determinada discrepância nos indicadores coletados, interferindo no cumprimento das recomendações do protocolo, uma vez que, a enfermaria “A”, onde há divisão do trabalho, possui uma taxa de acerto superior a enfermaria “B”, onde a execução das tarefas de enfermagem não é subdividida.

Desta forma, os dados apresentados revelam que a importância da avaliação deste instrumento está pautada nas ocorrências de erros e acertos, possibilitando ao serviço de saúde realizar um diagnóstico da assistência prestada, no âmbito da administração de medicamentos, contribuindo como instrumento auxiliador da melhoria assistencial.

REFERÊNCIAS

ALBA, A.M.; MATHIAS, M.M.; SASSO, G.T.M.D.; RADÜNZ, V. **Segurança do paciente e cuidado de enfermagem: uma avaliação do ambiente do preparo das medicações a partir do método fotográfico.** Trabalho de pesquisa para a conclusão de Curso de Enfermagem. Julho de 2009.

BAKER H.M. **RULES Outside The Rules for Administration of Medication: A Study in New South Wales, Australia.** Image: the Journal of Nursing Scholarship, 29: 155–158. doi:10.1111/j.1547-5069.1997.tb01549.x.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos.** Disponível em <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>. Acesso em: 10 fev. 2017, 16:30:30.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo de Identificação do Paciente.** Disponível em <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/identificacao-do-paciente> Acesso em: 14 fev. 2017, 09:20:08.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013.**

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013.**

INSTITUTO PARA PRÁTICAS SEGURAS NO USO DE MEDICAMENTOS. **“Uso Seguro de Medicamentos (Medication without harm)” é o tema do Desafio Global de Segurança do Paciente 2017 da OMS.** Disponível em: <http://www.ismp-brasil.org/site/noticia/uso-seguro-de-medicamentos-medication-without-harm-e-o-tema-do-desafio-global-de-seguranca-do-paciente-2017-da-oms/>. Acesso em 18 de abril de 2017 as 20 horas.

BOHOMOL, E., & RAMOS, L. H. **Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente.** Revista Brasileira de Enfermagem. 2007 jan-fev; 60(1):32-6.

CBA - CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais.** Rio de Janeiro: JCI; 2007.

CLAYTON BD. **Farmacologia na prática de Enfermagem.** 13ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

COHEN MR. **Medication errors.** Washington, AmPharm Assoc. 2006; 680 p.

COIMBRA JAH, CASSIANI SHB. **Responsabilidade da enfermagem na administração de medicamentos: algumas reflexões para uma prática segura com qualidade de assistência.** Rev Latino-am Enfermagem 2001; 9(2): 56-60.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. RESOLUÇÃO COFEN Nº 311/2007. **Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.** Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html> Acesso em 22 março de 2017. 13:40:45.

COREN-BA – Conselho Regional de Enfermagem do Estado da Bahia. **Dosagem de Medicamentos como Responsabilidade do Enfermeiro.** Parecer Nº 021/2013.

COREN-SP - Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. **Desenvolvimento de indicadores de segurança para monitoramento do cuidado em hospitais brasileiros de pacientes agudos.** Rede brasileira de enfermagem e segurança do paciente – REBRAENSP – POLO SÃO PAULO – 2011.

FASSARELLA, C.S.; BUENO, A.A.B.; SOUZA, E.C.C. **Patient safety in hospital environment: the advances in prevention of adverse events in the system of medication.** Revista Rede de Cuidados em Saúde 7.1 (2013).

PRADO, P.C.; FILHO, T. **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.

GALIZA.F.D.D;MOURA.F.O;BARROS.L.V et al. **Preparo e administração de medicamentos: erros cometidos pela equipe de enfermagem.** Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde São Paulo v.5 n.2 45-50 abr./jun. 2014.

GRECO, ROSANGELA MARIA. **Métodos de trabalho - ferramentas na organização do processo de trabalho da enfermagem.** 2014

HOFFMEISTER, L. V.; MOURA, G. M. S. S. **Uso de pulseiras de identificação em pacientes internados em um hospital universitário.** Rev. Latino-Am. Enfermagem; 23(1): 36-43; 2015. DOI: [10.1590/0104-1169.0144.2522](https://doi.org/10.1590/0104-1169.0144.2522).

HUGHES RG, BLEGEN MA. **Medication Administration Safety.** In: Hughes RG, editor. **Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses.** Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2656>> Acesso em 22 Maio de 2017.13:44:30.

ICON - CONSENSO INTERNACIONAL EM ALERGIA MEDICAMENTOSA. **Alergia Medicamentosa.** Allergy 2014; 69: 420–437.

MIASSO AI, SILVA AEBC, CASSIANI SHB, GROU CR, OLIVEIRA RC, FAKIH FT. **O processo de preparo e administração.** Rev Latino-am Enfermagem 2006 maio- junho; 14(3):354-63.

MILAGRES, L.M. **Gestão de riscos para segurança do paciente: o enfermeiro e a notificação dos eventos adversos.** 2015. 100 f. Dissertação mestrado. Universidade Federal de Juiz de Fora Faculdade de Enfermagem Programa de Pós- Graduação Mestrado em Enfermagem.

OPITZ, S. P. **Sistema de medicação: análise dos erros nos processos de preparo e administração de medicamentos em um hospital de ensino.** Ribeirão Preto: USP, 2006. 190 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós- Graduação em Enfermagem Fundamental, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

OTERO, M. J. et al. **Errores de medicación.** In: PLANAS, M. C. G (Coord). Libro de Farmacia Hospitalaria, 3. ed, Sociedade Espanhola de Farmácia Hospitalar: Espanha, 2002. P. 713-747.

RADUENZ, A. C., HOFFMANN, P., RADUNZ, V., DAL SASSO, G. T. M., MALISKA, I. C. A., & MARCK, P. B. (2010). **Cuidados de enfermagem e segurança do paciente: visualizando a organização, acondicionamento e distribuição de medicamentos com método de pesquisa fotográfica.** Rev Latino-Am Enfermagem, 18(6), 1045-54.

SILVA DO GROU CR, MIASSO AI, CASSIANISHB. **Preparo e administração de medicamentos.** Rev Latino-am Enfermagem. 2007.

TRAVASSOS, C.; GOUVÊA, C.; CAIXEIRO, F.; CARVALHO, L.S.; PONTES, B. **Desenvolvimento de indicadores de segurança para monitoramento do cuidado em hospitais brasileiros de pacientes agudos.** Relatório. Rio de Janeiro, 2015.

WESTBROOK, JI ET AL. **Errors in the administration of intravenous medications in hospital and the role of correct procedures and nurse experience.** *BMJ Qual Saf.* 2011 Dec;20(12):1027-34. doi: 10.1136/bmjqs-2011-000089. Epub 2011 Jun 20.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **66th World Health Assembly - Engaging patients in medication safety.** Geneva: World Health Organization, 2013c. Disponível em http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/WHA2013_briefing-note.pdf.> Acesso em 10 de abril de 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Medication Without Harm: WHO's Third Global Patient Safety Challenge.** Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/medication-safety/en/>.> Acesso em 10 de abril de 2017.14:00:32

WORLD HEALTH ORGANIZATION WHO. **Action on patient safety.High 5s.World aliance for patient safety.** Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/en.>> Acesso em 10 de abril de 2017. 14:39:44.

ANEXO A – Checklist

| CHECK LIST PARA ACOMPANHAMENTO DA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|------------------------|-----|------|----------------|-----|------|----------------|-----|------|----------------|-----|------|----------------|-----|------|
| | OPORTUNIDADE 1 | | | OPORTUNIDADE 2 | | | OPORTUNIDADE 3 | | | OPORTUNIDADE 4 | | | OPORTUNIDADE 5 | | |
| PACIENTE CERTO | SIM | NÃO | NFPA | SIM | NÃO | NFPA | SIM | NÃO | NFPA | SIM | NÃO | NFPA | SIM | NÃO | NFPA |
| Realiza perguntas abertas (interação profissional-paciente)? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Realiza a conferência dos indicadores preconizados? | | | | | | | | | | | | | | | |
| O processo de administração precisou ser interrompido? | S: [] N: [] Conduta: | | | | | | | | | | | | | | |
| MEDICAMENTO CERTO | SIM | NÃO | NFPA | SIM | NÃO | NFPA | SIM | NÃO | NFPA | SIM | NÃO | NFPA | SIM | NÃO | NFPA |
| O nome do medicamento foi confirmado antes de sua administração? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Conferiu se paciente não é alérgico a medicação? | | | | | | | | | | | | | | | |
| O processo de administração precisou ser interrompido? | S: [] N: [] Conduta: | | | | | | | | | | | | | | |
| VIA CERTA | SIM | NÃO | NFPA | SIM | NÃO | NFPA | SIM | NÃO | NFPA | SIM | NÃO | NFPA | SIM | NÃO | NFPA |
| Identificou a via de administração prescrita? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Verificou se a via de administração é recomendada para o medicamento prescrito? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Realizou antisepsia do local da aplicação para administração do medicamento? | | | | | | | | | | | | | | | |
| O processo de administração precisou ser interrompido? | S: [] N: [] Conduta: | | | | | | | | | | | | | | |
| HORA CERTA | SIM | NÃO | NFPA | SIM | NÃO | NFPA | SIM | NÃO | NFPA | SIM | NÃO | NFPA | SIM | NÃO | NFPA |
| Armazenou medicação em local adequado? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Administrou no horário prescrito? | | | | | | | | | | | | | | | |
| DOSE CERTA | SIM | NÃO | NFPA | SIM | NÃO | NFPA | SIM | NÃO | NFPA | SIM | NÃO | NFPA | SIM | NÃO | NFPA |
| Verificou se dose que será administrada é a mesma da prescrita? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Conferiu velocidade do gotejamento ou infusão por BIC? | | | | | | | | | | | | | | | |

Onde: NFPA: Não foi possível avaliar. BIC: Bomba de infusão contínua.

| Orientações gerais para coleta dos dados | |
|---|---|
| PACIENTE CERTO | |
| Realiza perguntas abertas (interação profissional-paciente)? | Realizar perguntas como, por exemplo: "Por favor, diga-me o seu nome completo?" |
| Realiza a conferência dos indicadores preconizados? | O nome completo e a data de nascimento deverão ser confirmados. |
| MEDICAMENTO CERTO | |
| O nome do medicamento foi confirmado antes de sua administração? | Observar se a conferência foi realizada com o medicamento em mãos, junto a prescrição médica. |
| Conferiu se paciente não é alérgico a medicação? | Verificar se o profissional questiona o paciente sobre potenciais alergias ou verificou a informação no prontuário (para pacientes com baixo nível de consciência). |
| VIA CERTA | |
| Identificou a via de administração prescrita? | Observar se o profissional conferiu a via prescrita com a prescrição médica |
| Verificou se a via de administração é recomendada para o medicamento prescrito? | Observar se caso tenha ocorrido dúvida quanto a prescrição, se o profissional buscou orientação com médico, enfermeiro ou farmacêutico. |
| Realizou antisepsia do local da aplicação para administração do medicamento? | Verificar se o profissional realiza antisepsia no local da aplicação (injetor lateral, membros etc). |
| HORA CERTA | |
| Armazenou medicação em local adequado? | Verificar o local de armazenamento desde o recebimento da medicação até o horário de sua administração. |
| Administrou no horário prescrito? | Conferir se o horário administrado confere com o horário prescrito ou aprazado. |
| DOSE CERTA | |
| Verificou se dose que será administrada é a mesma da prescrita? | A conferência do profissional deverá ser feita junto a prescrição médica. |
| Conferiu velocidade do gotejamento ou infusão por BIC? | Observar se após instalação do sistema (por BIC ou equipo gravitacional) o profissional se certificou da velocidade de infusão. |