

O PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM FRENTE AOS EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS À MEDICAÇÃO EM ÂMBITO HOSPITALAR

THE NURSING PROFESSIONAL FACING THE ADVERSE EVENTS RELATED TO MEDICATION IN THE HOSPITAL ENVIRONMENT

¹FERREIRA, Isabel Cristina de Lúcio; ²MARVULLE, Juliana Aparecida Silva

¹Discente do Curso de Enfermagem – Faculdades Integradas de Ourinhos - FIO/FEMM

²Professora Orientadora - Curso de Enfermagem – Faculdades Integradas de Ourinhos - FIO/FEMM

RESUMO

Segurança é a percepção de estar protegido de riscos, perigos ou perdas. A segurança tem que ser comparada e contrastada com outros conceitos relacionados: Segurança, Continuidade, Confiabilidade. A segurança, como bem comum, é divulgada e assegurada por meio de um conjunto de convenções sociais, denominadas medidas de segurança. O profissional de enfermagem assume grande responsabilidade sobre o paciente, pois diferente dos demais profissionais, este permanece longo período ao lado do paciente. Desta forma, configura-se como quem recebe, acomoda, ouve, orienta e administra os cuidados prescritos pelo médico. O termo segurança do paciente nunca foi tão discutido como tem sido nos tempos atuais, no entanto como falar em segurança do paciente em ambiente hospitalar, quando para o próprio paciente o fato de estar sob os cuidados de uma equipe multidisciplinar, já lhe proporciona a sensação de segurança. Porém, nem sempre o paciente está consciente de tudo o que acontece, com os erros que ocasionalmente possam ser acometidos no ambiente hospitalar. Muitas instituições têm criado sua comissão interna de segurança do paciente, com finalidade de avaliar os danos causados ao paciente devido aos eventos adversos. Segurança do paciente, não se refere apenas à eliminação de erros ou danos à saúde, mas trata-se de uma estratégia ampla, onde torna-se necessário trabalhar com a prevenção de erros nos Sistemas de Saúde. Tais erros não são intencionais e podem aparecer em função de falhas na realização do processo, executado por qualquer membro da equipe multidisciplinar. O presente estudo trata-se de uma revisão bibliográfica, realizada a partir de um levantamento obtido a partir de plataformas bibliográficas que foi conduzido nas bases da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Google Scholar. Para tanto foram utilizados os seguintes unitermos: erros de medicação, segurança do paciente, erros de enfermagem. Foram revistos e analisados 18 artigos, os quais foram separados os eventos e as descrições mais importantes, os quais após análise foram descritos em forma de texto analítico. E tem como objetivo identificar na literatura os avanços relacionados à segurança do paciente no sistema de medicação.

Palavras-chave: Erros de Medicação. Segurança do Paciente. Erros de Enfermagem.

ABSTRACT

Safety is the perception of being protected from risks, dangers or losses. Safety has to be compared and contrasted with other related concepts: Security, Continuity, Reliability. Security, as the common good, is disclosed and secured by a set of social conventions, called security measures. The nursing professional takes great responsibility on the patient, as different from other professionals, this remains long next to the patient. Thus, configured as the recipient, sleeps, listens, advises and administers the treatment prescribed by a doctor. The patient safety term has never been discussed as it has been in modern times, however as speaking in patient safety in the hospital, then to the patient himself the fact of being under the care of a multidisciplinary team, already it gives you the feeling of security. However, the patient is not always aware of everything that happens with errors that may occasionally be affected in the hospital. Many institutions have created their internal commission of patient safety, in order to assess the damage caused to patients due to adverse events. patient safety, not only refers to the elimination of errors or damage to health, but it is a comprehensive strategy, where it is necessary to work with the prevention of errors in health systems. Such errors are unintentional and may appear failures function in carrying out the process carried out by any member of the multidisciplinary team. This study deals with a literature review, carried out from a survey obtained from bibliographic platforms that was conducted on the basis of the Virtual Health Library (VHL), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Google Scholar. Therefore the following key words were used: medication errors, patient safety, nursing errors. 18 were reviewed and analyzed articles, which were separated and the events

most important descriptions, which, after analysis were described in analytical form of text. And it aims to identify the literature advances related to patient safety in the medication system.

Keywords: Medication Errors. Patient Safety. Nursing Errors.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é entendida como uma assistência livre de falhas, riscos e encontra-se na dependência da adequação e conformidade dos vários seguimentos interligados, que possibilitarão maior ou menor segurança ao paciente. (SILVA et al. 2009).

Atualmente, o movimento para a segurança do paciente substitui “a culpa e a vergonha” por uma nova abordagem, a de “repensar os processos assistenciais”, com o intuito de antecipar a ocorrência dos erros antes que causem danos aos pacientes em serviços de saúde. (BRASIL, 2011).

De acordo com Carvalho (2000), diversas instituições e pesquisadores, preocupados com a questão dos erros de medicação, têm desenvolvido estratégias para reduzir ou prevenir esses erros. O autor afirma ainda que, em cada 100 pacientes admitidos nos hospitais, 4,8% apresentam eventos adversos e os erros com a medicação ocorrem mais frequentemente nos estágios da prescrição médica (56%), transcrição da prescrição médica (6%), distribuição do medicamento (4%) e administração do medicamento (34%).

Conforme Teixeira (2010), o erro no cuidado ao paciente resulta de uma ação não intencional e deve ser avaliada com muito cuidado para que o processo possa ser melhorado e que o caráter preventivo possa sobressair.

Um método que tem sido utilizado pela Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), entidade que credencia as unidades hospitalares e consiste na análise da “causa raiz”, que avalia o sistema, ambiente e aspectos humanos dos erros.

Entende-se assim, que os gestores e as instituições precisam reavaliar seus conceitos, aceitar os erros de uma forma não punitiva e sim de uma forma avaliativa a fim de melhorar sistema, conhecer os pontos falhos e fracos no seu processo de trabalho, evitar novas possibilidades de erro e assim extinguir os facilitadores de erros de forma a evitar os eventos adversos. (SILVA, 2010).

A legislação para o exercício profissional da enfermagem, através do Decreto Lei nº 94.406/87 determina em seu artigo 8º, na alínea “a” que é privativo do profissional de enfermagem a organização e direção dos serviços de enfermagem e

de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços e na alínea “b” o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem. Em seu artigo 11, o decreto explicita as atribuições do auxiliar, no inciso III e em especial na alínea “a”, legaliza a ação de administrar medicamentos por via oral e parenteral, e juntamente com o artigo 13, determina que esta atividade somente possa ser exercida sob supervisão, orientação e direção do enfermeiro. (COFEN, 1987).

Estes e outros fatores podem implicar nos níveis de eventos adversos. Entre tantos a destacar, inclui-se a administração da medicação, uma vez que, ante a gravidade do quadro clínico normalmente apresentado pelos usuários, passa a ser imperativa a administração de vários e diferentes medicamentos, de forma que cada um exige cuidados específicos (PADILHA et al., 2002).

Mais ainda conforme Costa, Valli e Alvarenga, (2008), torna-se imprescindível que a equipe de enfermagem, durante o preparo e administração de medicamentos observe sistematicamente o usuário quanto às possíveis incompatibilidades farmacológicas, reações indesejadas, bem como interações medicamentosas, com o intuito de minimizar riscos.

Problemas relatados com a terapia de drogas podem ser evitados com a intervenção preventiva, dentre estas, destaca-se a educação da equipe de enfermagem envolvida na dispensação, preparo e administração de medicamentos como fator importante para a prevenção dos erros de medicação.

Em hospitais, essas condições podem se relacionar ao ambiente de trabalho, à supervisão inadequada, falta de treinamento ou formação deficiente, estresse, sobrecarga de trabalho e sistemas de comunicação inadequados. Ao ocorrer o alinhamento dos “buracos” dos “queijos suíços”, o evento adverso acometeu o paciente e a segurança do paciente foi quebrada. (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Conforme Reis (2002), “a ausência de condições para o desempenho profissional adequado também pode ser responsável por lesões iatrogênicas”. Sabe-se que a maioria dos profissionais da área de saúde acaba por ter mais de uma jornada de trabalho devido ao déficit no salário, o que resulta em um cansaço físico e mental.

Assim foram objetivos deste trabalho identificar os avanços dos eventos adversos relacionados a área de saúde no que envolve a enfermagem e a segurança do paciente, especificamente os erros com medicamentos.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão bibliográfica, realizada a partir de um levantamento obtido a partir de plataformas bibliográficas que foi conduzido nas bases da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Google Scholar. Para tanto foram utilizados os seguintes unitermos: erros de medicação, segurança do paciente, erros de enfermagem. Foram revistos e analisados 18 artigos, os quais foram separados os eventos e as descrições mais importantes, os quais após análise foram descritos em forma de texto analítico.

DESENVOLVIMENTO

No Brasil, a Constituição Federal apresenta que é dever do Estado garantir a saúde a toda a população, por meio da assistência universal, integral e equânime dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 1988).

Esse direito constitucional perpassa pela necessidade de formulação de políticas econômicas e sociais, as quais visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e o estabelecimento de condições que assegurem o acesso universal e igualitário as ações e aos serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos. (BRASIL, 1988).

O Brasil faz parte da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, criada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2004. O objetivo da aliança é adotar medidas de melhoria no atendimento ao paciente e aumentar a qualidade dos serviços de saúde. Ao lado dos outros países que aderiram à aliança, o Brasil está politicamente comprometido com esses propósitos da OMS. Para isso, o Ministério da Saúde instituiu em 1º de abril de 2013, por meio da Portaria nº 529, de 01/04/2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente. (ANVISA, 2013).

O Núcleo de Segurança do Paciente em conformidade com a Portaria 529/2013 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente e a RDC 36/2013, que institui as Ações para Segurança do Paciente, adota como escopo de atuação para os eventos associados à assistência à saúde, as Seis Metas da Organização Mundial

da Saúde. Estas metas estão traduzidas nos 6 Protocolos de Segurança do Paciente publicados nas Portarias 1377/2013 e 2095/2013.

1-Identificar os pacientes corretamente;

2-Melhorar a efetividade da comunicação entre os profissionais;

3-Melhorar a segurança de medicações de alta vigilância;

4-Assegurar cirurgia com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto;

5-Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde por meio da higienização das mãos;

6- Reduzir o risco de lesão aos pacientes decorrentes de quedas.

Além destas metas, princípios de segurança também são implementados:

1-Prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;

2-Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;

3-Comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;

4-Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada;

5-Promoção do ambiente seguro.

Outra proposta foi criar comitês de segurança do paciente, visto que esses comitês, quando instituídos, devem estar ligados a mais alta administração da instituição, onde muitos são liderados por enfermeiros. (BRASIL, 2004).

Na realização de qualquer procedimento da assistência de enfermagem é estabelecida uma relação implícita de confiabilidade entre a equipe de enfermagem e o cliente, pois se espera a execução das atividades em prol do bem-estar e benefício do paciente. Ao se defrontar com uma situação de erro, esta relação de confiança é rompida. (WOLF, 1989; GLADSTONE, 1995).

O relato de um erro é uma das responsabilidades profissionais que não pode ser negligenciado. A comunicação do erro possibilita evidenciar sua incidência e

colabora para a prevenção de futuros erros na mesma situação e proporção. (COIMBRA, 1999; COIMBRA, CASSIANI, 2001).

Pesquisadores como Wakefield et al. (1999), afirmam que para estimular e efetivar o relato é fundamental que as partes envolvidas na ocorrência de um erro aceitem e percorram quatro etapas:

1. Reconhecer a existência do erro na medicação;
2. Compreender que há necessidade de serem relatados todos os erros, inclusive aqueles acreditados como triviais e sem importância;
3. Elaborar alguns mecanismos para facilitar e estimular a notificação e;
4. Providenciar dispositivos receptores de informação de erros.

No caso do erro na medicação, o indivíduo raramente é a única causa. Desse modo, entende que deve-se mudar a cultura dos erros para que estes não sejam vistos como falhas humanas, mas como uma oportunidade de melhorar o sistema existente. (BERWICK et al., 1994; LEAPE, 1994; PEPPER, 1995).

A segurança de pacientes é, portanto, a palavra chave e a incorporação de uma cultura de segurança dentro das organizações, embora seja uma recente na saúde, não é em outras áreas. A complexidade inerente ao processo de administrar medicamentos exige que o erro de medicação seja visto como um fenômeno multicausal, de abordagem multidisciplinar cujo enfrentamento envolve vários profissionais e assim cada um desses, os quais usam conhecimentos específicos partilha da responsabilidade de prevenir erros, identificar e corrigir fatores que contribuam para sua ocorrência (PADILHA, 2002).

Conforme (Teixeira 2010), o erro no cuidado ao paciente resulta de uma ação não intencional e deve ser avaliada com muito cuidado para que o processo possa ser melhorado e que o caráter preventivo possa sobressair.

Porém, o relato de um erro consiste em uma das responsabilidades profissionais que não pode ser negligenciada. A comunicação do erro possibilita evidenciar sua incidência e colabora para a prevenção de futuros erros na mesma situação e proporção. (COIMBRA, 1999; COIMBRA, CASSANI, 2001)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem tem se tornado uma arte tensa, mal remunerada, insegura, cercada de medo e estresse, onde os profissionais preferem ocultar um erro mesmo que este cause danos ao paciente, que expor ao seu superior, e ser punido ou mesmo

perder seu emprego. A necessidade de educação profissional por meio da educação continuada, cursos de reciclagem, treinamentos periódicos na administração de medicamentos se faz necessária, pois, assim, os profissionais assumirão a parcela da responsabilidade que a profissão lhes confere, sem apresentar reações de medo perante o erro.

A administração de medicamentos configura-se como uma das maiores responsabilidades da prática de enfermagem, enquanto os erros podem causar efeitos prejudiciais ao paciente, que traz sérias consequências e configura-se de extrema importância, que os profissionais de enfermagem identifiquem tais fatores de riscos, os quais podem levar à ocorrência dos erros, à identificação e avaliação das condutas tomadas na ocorrência dos mesmos, assim como as possíveis medidas que minimizem a ocorrência e que assim possa contribuir para melhorar a qualidade de assistência prestada.

Torna-se de fundamental importância, que o profissional envolvido aja com honestidade, sem medo de punição, de forma a facilitar o relato do incidente, para que medidas sejam tomadas o mais rápido possível em relação ao paciente/família e ao profissional envolvido.

Dentre todos os assistentes envolvidos, o profissional de enfermagem é aquele que mais fica próximo ao paciente, durante o tratamento no período de sua internação. Este é o profissional que sempre encontra-se ao lado do leito do paciente, acompanha seus medos, conhece sua história, sua particularidades e cria um elo de confiabilidade, uma vez está confiabilidade rompida, todo o tratamento pode se colocado em dúvida, a insegurança do paciente o deixa com questionamentos, receoso com a equipe que o atende e gera um desconforto em ambas as partes.

A relação do paciente com o profissional de enfermagem deve ser sempre conduzida em um ambiente de confiabilidade recíproca.

Para a equipe de enfermagem, quando questionado sua conduta, gera um desconforto que se torna visível, mesmo para os profissionais mais experientes. Tal fato indica a necessidade de uma maior reflexão da equipe de enfermagem e cabe a esta, proporcionar uma oportunidade de interceptar em última instância o possível erro de medicação, pois segurança do paciente, nada mais é que a redução de atos inseguros nos processos assistenciais e o uso das melhores práticas descritas, de forma a alcançar os melhores resultados possíveis para o paciente.

REFERÊNCIAS

- BERWICK, D. M.; LEAPE. L. L. Reducing errors in medicine. *BMJ*, Londres, v. 319, p. 136 – 137, 1999.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da diretoria Colegiada - RDC Nº 36, de 25 de Julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim Informativo sobre a Segurança do Paciente e Qualidade Assistencial em Serviços de Saúde **Anvisa**, Brasília, v.1 n. 1, p.1-10, 2011.
- BRASIL. **Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. Padrões de acreditação da Joint Comission International para hospitais**. 3. ed. Rio de Janeiro: CBA; 2008.
- BRASIL. Gabinete do Ministro. **Portaria MS/GM nº 529**, de 1 de abril de 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt052901_04_2013.htm.
- BRASIL. **Lei nº 10.406**, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil Brasileiro. Disponível em: http://www.presidencia.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10406.
- CARVALHO VT, CASSIANI SHB. Erros na medicação: análise das situações relatadas pelos profissionais de enfermagem. **Rev.Facul.de Medicina**,Ribeirão Preto, v.33, p. 322-330, 2000.
- COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Decreto Lei nº94.406/87**. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências.
- COIMBRA, J. A. H.; CASSIANI, S. H. B. Erros humanos na assistência de enfermagem: o significado para os profissionais envolvidos. **Anais... do CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM**, 53. 2001.
- COIMBRA, J.A. H; CASSIANI, S.H.B. Segurança na utilização de medicamentos: Dificuldade de detecção dos erros de medicação e algumas propostas de prevenção. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.3, n.2, p.153-60, 2004.
- COSTA, Lindemberg Assunção; VALLI, Cleidenete; ALVARENGA, Angra Pimentel. Erros de dispensação de medicamentos em um hospital público pediátrico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 5, out. 2008.
- GLADSTONE, J. Drug administration errors: a study into the factors underlying the occurrence and reporting of drug errors in a district general hospital. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 22, no. 4, p. 628-637, 1995.
- PADILHA KG, et al. Ocorrências iatrogênicas com medicação em unidades de terapia intensiva: condutas adotadas e sentimentos expressos pelos enfermeiros. **Rev Esc Enf USP**, São Paulo, v. 36, p. 50-57, 2002.

REIS, C.T; MARTINS, M; LAGUARDIA, J; A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. **Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v.18, p. 29-36, 2013.

SILVA, A.E.B.C. Segurança do paciente: desafios para a prática em enfermagem. **Rev. Eletr.Enferm**, Goiânia, v.12, n.3, p. 422, 2010.

SILVA, L D. et al. Perfil do aprazamento da terapia medicamentosa em unidades intensivas, 2009. **Anais...** do 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem:

Transformação Social e sustentabilidade ambiental. Fortaleza: 2009.

TEIXEIRA TCA, CASSIANI SHB. Análise de causa raiz: avaliação de erros de medicação em um hospital universitário. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.44, n.1, p. 139-46, 2010.

WAKEFIELD, D. S.; WALKFIELD, B. J.; UDENHOLMAN, T.; BLEGEN, M. Understanding and comparing differences in reported medication administration error rates. **Am. J. Med. Qual.**, Middletown, v. 14, n. 2, p. 73-80, 1999.