

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Luciane Aparecida da Rosa Machado

**SEGURANÇA DO PACIENTE: ANÁLISE DE FATORES ASSOCIADOS À
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS**

Santa Cruz do Sul

2018

Luciane Aparecida da Rosa Machado

**SEGURANÇA DO PACIENTE: ANÁLISE DE FATORES ASSOCIADOS À
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina de Trabalho de Curso II, do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC com vistas à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Enf. Ms. Amélia Natália Marques Cerentini

Coorientadora: Prof.^a Enf. Ms. Janine Koepp

Santa Cruz do Sul

2018

Luciane Aparecida da Rosa Machado

**SEGURANÇA DO PACIENTE: ANÁLISE DE FATORES ASSOCIADOS À
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS**

Esta monografia foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora da Universidade de Santa Cruz do Sul como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Foi aprovada em sua versão final,
em:_____.

Prof.^a Enf. Ms. Amélia Natália Marques Cerentini
Professora Orientadora – UNISC

Prof.^a Enf. Ms. Janine Koepp
Professora Coorientadora – UNISC

Prof.^a Enf. Ms. Daiana Klein Weber Carissimi
Professora examinadora – UNISC

Prof.^a Enf. Ms. Micila Pires Chielle
Professora examinadora – UNISC

Santa Cruz do Sul

2018

In Memoriam à minha mãe, minha incentivadora e motivadora.

AGRADECIMENTOS

Neste momento em que a realização de uma aspiração se torna presente, penso ser necessário dedicar algumas palavras de reconhecimento às pessoas que me apoiaram neste momento, retribuindo em forma de agradecimento e carinho.

Primeiramente agradeço ao meu filho por ter compreendido todas as minhas ausências durante os cinco anos de graduação, pela paciência para esperar os poucos momentos livres para poder dar-lhe atenção.

À Deus por ter me tornado mais forte frente aos desafios fazendo com que eu conseguisse seguir em frente apesar das adversidades.

À minha mãe pelo exemplo de mulher batalhadora que foi, que sempre me incentivou a estudar e por todos os ensinamentos que me passou em vida.

À minha sogra que durante minhas ausências e horas de estudo esteve sempre presente e incansável me auxiliando e apoiando em todos os momentos, dando suporte nos cuidados com meu filho.

Aos meus irmãos por terem me apoiado e acreditado no meu potencial, às minhas cunhadas, sobrinhos, afilhados e demais familiares por entender as minhas ausências.

Agradeço aos colegas de trabalho pelo apoio e compreensão nos dias de cansaço, nos dias que tive que sair mais cedo e tiveram que assumir meu trabalho, meu muito obrigado, esta ajuda foi fundamental.

Também agradeço à instituição onde foi realizada a pesquisa por propiciar que este estudo fosse adiante, sem seu consentimento a pesquisa não poderia ter se efetivado. Aos profissionais das unidades onde foi realizada a pesquisa, agradeço o auxílio e acolhimento no período de coleta de dados.

Às professoras orientadora e coorientadora Amélia e Janine, agradeço pelo incentivo e orientação para a realização e construção desta pesquisa, a sabedoria, conhecimento e experiência de vocês foi de grande importância para a conclusão do estudo.

A todos os demais que contribuíram de alguma forma para a realização desse trabalho, meu muito obrigada.

“Algumas pessoas sonham com o sucesso, enquanto outras acordam e trabalham duro para isso.” (Mark Zuckerberg)

RESUMO

Os erros na prescrição e administração de medicamentos podem ocasionar consequências sérias ao paciente e sua família, portanto a assistência prestada à saúde do paciente deve ser efetiva, eficiente e segura. A equipe de saúde sendo assim, deve ter elevado conhecimento de todas as etapas do processo de medicação para que não ocorra erros em uma de suas fases que venham a desencadear eventos adversos no cuidado, buscando deste modo cada vez mais a minimização dos danos na assistência através de ações educativas. Este estudo tem como objetivo realizar um levantamento de dados referente aos incidentes e eventos adversos que cercam o processo de administração de medicamentos em uma Unidade de Terapia Intensiva e Clínica Cirúrgica de um hospital de médio porte do interior do Rio Grande do Sul (RS). Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, documental, com abordagem quantitativa. Teve-se como resultado que os erros podem ser gerados em princípio na prescrição médica bem como a falta de comunicação entre a equipe multiprofissional que faz parte do processo de medicação, onde identificou-se a falta de justificativas para medicações não checadas, sendo que a causa dos erros muitas vezes, pode ser decorrente de estresse, dupla jornada e sobrecarga de trabalho. Percebeu-se que o processo de medicamentos na instituição encontra-se estruturado de forma a alcançar cada vez mais segurança na assistência ao paciente com a implementação de medidas como pulseira de identificação, prescrição eletrônica, etiqueta eletrônica entre outros, comprovando que essas medidas são eficazes na prevenção do erro.

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

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Ocorrências encontradas nas prescrições médicas.	37
Quadro 2 – Ocorrências encontradas nas prescrições de medicamentos potencialmente perigosos.	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEP – Comitê de Ética e Pesquisa
CNS – Conselho Nacional de Saúde
COREN – Conselho Regional de Enfermagem
CRS – Coordenação regional de Saúde
EUA – Estados Unidos da América
HCB – Hospital de caridade e Beneficência
IRM – Incidentes Relacionados a Medicamentos
IOM – Institute Of Medicine
MPP – Medicamentos Potencialmente Perigosos
MS – Ministério da Saúde
NSP – Núcleo de Segurança do Paciente
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PE – Prescrição Eletrônica
PNSP – Programa Nacional de Segurança do Paciente
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada
REBRAENSP – Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
RS – Rio Grande do Sul
SNE – Sonda Nasoentérica
SP – São Paulo
TCC – Trabalho de conclusão de Curso
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNISC – Universidade de Santa Cruz do Sul
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS.....	15
2.1 Objetivo Geral:.....	15
2.2 Objetivos Específicos:	15
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	16
3.1 Segurança do Paciente.....	16
3.2 Segurança na administração de medicamentos	20
3.3 A Enfermagem e o cuidado seguro	27
4 METODOLOGIA	31
4.1 Tipo de pesquisa	31
4.2 Local da Pesquisa	32
4.2.1 Critérios de Inclusão e Exclusão	33
4.2.2 Benefícios e Riscos.....	33
4.3 Coleta de dados.....	34
4.3.1 Instrumento para coleta de dados	34
4.4 Procedimentos Técnicos e Éticos	35
5 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	36
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS.....	46
APENDICE A – Formulário para registro de dados para análise de erros na administração de medicamentos.....	52
APENDICE B – Formulário para registro de dados para análise de erros na administração de Medicamentos Potencialmente Perigosos	53
ANEXO A – Indicador do Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos	54

ANEXO B – Indicador do Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos	55
ANEXO C – Ofício de solicitação à Instituição	56
ANEXO D – Carta de Aceite da Instituição Parceira	57
ANEXO E – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	58

1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente no meio hospitalar tem suscitado discussões em âmbito global, e seguidamente a mídia vem abordando questões sobre este tema. Mesmo com os significativos avanços relacionados à segurança do paciente a falha humana é um fato que se destaca e frequentemente episódios relacionados a este, envolvendo profissionais da saúde em hospitais, tem sido notícia causando grande comoção (DUARTE et al. 2015).

Em todo o mundo pacientes estão sujeitos a falhas no cuidado em saúde, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) um em cada dez pacientes no mundo pode ser vítima de falhas e eventos adversos durante o período de assistência em saúde, havendo necessidade de se instituir medidas preventivas com a finalidade de se reverter esse problema (DIAS et al. 2014).

Um evento adverso pode causar consequências variadas para os pacientes, profissionais, instituições e ou meio ambiente. O dano causado por este, pode ser pessoal, material, moral e de prestígio ao serviço, podendo adicionar tempo de internação ao paciente bem como aumentar a exposição aos riscos e potencializar os gastos financeiros da instituição, acarretando em queda dos indicadores de qualidade e segurança na assistência. Quanto aos profissionais, pode advir punições e demissões, comprometer a competência, a atuação profissional, seu equilíbrio emocional e aparecer sentimentos de incapacidade, incompreensão e infelicidade procedentes do evento (SIQUEIRA et al. 2016).

Quando se fala em proporção financeira e tempo de internação relacionada aos eventos adversos associados à assistência em saúde, Duarte et al. (2015) identificaram que o gasto com as internações hospitalares é 200,5% maior na ocorrência dessas situações, bem como o aumento de 28,3 dias no tempo médio de internação hospitalar.

Segundo estudo de Forte; Machado; Pires (2016) os eventos adversos com medicação são os mais habituais na assistência à saúde, sendo que, a maioria destes poderia ser evitada em uma das etapas do processo de medicação. A prevenção dessas falhas somente é possível frente ao levantamento dos fatores envolvidos nesse processo, instituindo e implementando obstáculos, com a finalidade de diminuição dos riscos à saúde dos pacientes.

O uso de medicamentos consiste na principal terapêutica utilizada pelos profissionais de saúde e a prevenção de eventos relacionados a estes, envolve toda a equipe de saúde com destaque na enfermagem como responsável principal pelas etapas de preparo e administração de fármacos. Os incidentes com medicação são considerados eventos evitáveis, podendo ou não acarretar em dano ao paciente e estes danos podem ser físicos, sociais ou psicológicos, provocando agravo na estrutura ou função do corpo, doenças, lesões, incapacidade ou morte (VOLPATTO et al. 2017).

No Brasil um estudo multicêntrico feito em cinco cidades evidenciou que em relação ao processo de medicação, 39% dos erros ocorrem durante a prescrição, 12% na transcrição, 11% na dispensação e 38% durante a administração, os autores também verificaram que enfermeiros e farmacêuticos interceptaram 86% dos erros de medicação nas etapas de prescrição, transcrição e dispensação, enquanto apenas 2% são interceptados pelos pacientes. Referente à classe de medicamentos destacam-se os erros com os antimicrobianos, variando de 8,4% a 18,5%, ressaltando-se como mais comuns erros de horário 87,7% e de dose 6,9% (PEREIRA et al. 2016).

O enfermeiro, portanto, assume papel fundamental na segurança do paciente durante a prática assistencial, por estar presente durante toda a trajetória de permanência deste no hospital, evocando a indigência de capacitação científica, e o comprometimento ético relacionado às ações de avaliação e prevenção buscando a diminuição de eventos indesejáveis e análise do impacto na qualidade da assistência oferecida (BOGARIN et al. 2014).

A escolha deste tema se deu pelo interesse da pesquisadora, e após discussão com a Coordenadora de Enfermagem da instituição que foi favorável a pesquisa, de forma que esta traz questionamentos e benefícios melhorando a qualidade na assistência aos pacientes desta instituição.

Esta pesquisa justifica-se considerando que a enfermagem está diretamente envolvida no sistema de medicação, sendo que a avaliação da Segurança do Paciente pelos enfermeiros nas etapas deste processo ajuda a identificar possíveis riscos e contribui com os profissionais para que reconheçam e realizem uma crítica reflexiva de suas práticas habituais, torna-se assim essencial para a qualidade do cuidado o levantamento de dados referente à ocorrência de incidentes no período em que o paciente se encontra internado na instituição hospitalar, pois por meio destes dados

pode-se pensar em possíveis soluções para a melhoria da sua segurança (PEREIRA; TOURINHO; SANTOS, 2016).

Esse tema é importante para os profissionais de saúde e para os pacientes, que tem o direito como cidadãos de uma assistência com menor risco de incidentes, uma vez que, este tópico necessita ser elucidado para que a equipe de saúde perceba os fatores e características ligadas aos processos que induzem a ocorrência de eventos adversos, ficando alertas quanto aos possíveis riscos que os pacientes são submetidos ao serem assistidos. Ainda essas informações contribuem com a comunidade científica e subsidiam novas estratégias que atuem com eficácia sobre o problema (WEGNER et al. 2016).

Estudos ligados à segurança do paciente e ao envolvimento do enfermeiro, buscando a melhoraria na qualidade e segurança na assistência de enfermagem são fundamentais ao mesmo tempo que são atuais e inovadores, pois podem auxiliar os profissionais de enfermagem a conhecer as causas e os efeitos na saúde do paciente, além de permitir treinamentos adequados à prevenção de novas ocorrências de eventos (OLIVEIRA et al. 2014).

Nesta pesquisa a principal questão norteadora foi qual é a porcentagem e principais causas da ocorrência de erros de prescrição e omissão no processo de administração de medicamentos de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Clínica Cirúrgica?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

Realizar um levantamento de dados referente aos incidentes que cercam o processo de administração de medicamentos em uma UTI e Unidade de Clínica Cirúrgica de um hospital de médio porte do interior do Rio Grande do Sul (RS).

2.2 Objetivos Específicos:

Identificar em prontuários clínicos evidências de incidentes e eventos adversos de prescrição e de administração de medicamentos;

Verificar e quantificar os registros de prescrições e administração de medicamentos nos prontuários clínicos.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 Segurança do Paciente

A OMS se mobilizou em relação às questões de segurança do paciente e da qualidade do cuidado em saúde a partir de 2002, na Assembleia Mundial da Saúde. A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente em sua primeira edição (*World Alliance for Patient Safety*) foi criada em 2004, tendo como metas o desenvolvimento de programas e diretrizes com o intuito de mobilização, sensibilização e avaliação, procurando soluções que promovam a segurança do paciente, através da divulgação de conhecimentos e desenvolvimento de estratégias para todos os países membros da OMS (TOMAZ, 2014).

As discussões relativas à segurança do paciente tornaram-se uma tendência global em unidades hospitalares, sendo que repetidamente a mídia aborda questões relacionadas ao assunto. O relatório do *The Institute Of Medicine (IOM), To Err Is Human: Building a Safer Health Care System* (Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro) no final dos anos 90, evidenciou por meio de análise de estudos epidemiológicos uma grande incidência de eventos adversos nas instituições hospitalares, causados comumente pela falha humana, mostrando ser notória a necessidade de se repensar a atual prática de assistência utilizada a fim de que se garanta a segurança do paciente (DUARTE et al. 2015).

Este relatório de 15 anos atrás induziu profissionais da assistência à saúde assim como o público à focar na diminuição de danos em hospitais, inclusive eventos adversos à medicamentos, lesões cirúrgicas, mortes evitáveis, quedas, queimaduras, lesão por pressão e identidades erradas de pacientes, motivando profissionais e população a verem com maior seriedade os danos causados pela assistência (*The National Patient Safety Foundation, 2015*).

Duarte et al. (2015), nos traz que através dos eventos adversos é possível o reconhecimento do erro de forma qualitativa, pois ocasionam agravo sendo facilmente identificados e afetam em média 10% das internações hospitalares. A incidência destes eventos mostra a distância entre a realidade e o que é ideal no cuidado, fato evidenciado por meio do relatório do IOM, onde se identificou 44.000 a 98.000 mortes anuais de americanos em consequência de eventos adversos.

A OMS tendo com o objetivo principal a diminuição de infecções relacionadas à assistência em saúde e o risco relacionado às cirurgias lançou o Desafio Global de Segurança do Paciente com o objetivo de identificar áreas com riscos, promovendo ações e estratégias de prevenção de agravos, sendo que os primeiros dois desafios foram lançados em 2005 e 2008, com os temas “Higienização das Mãos” e “Cirurgia Segura” (BRASIL, 2017).

Com o reconhecimento do aumento de risco relacionado ao uso de medicamentos em 2017 a OMS lançou o terceiro Desafio Global de Segurança do paciente com a temática “Medicação sem Danos”, essa meta visa diminuir em 50% os agravos graves e evitáveis associados a medicamentos, no decorrer dos próximos cinco anos desenvolvendo ações de saúde mais seguras e eficientes em cada fase do sistema de medicação (BRASIL, 2018).

A segurança do paciente mesmo com o progresso dos últimos quinze anos, após o relatório do IOM, continua sendo um problema de saúde pública pontual, pois ainda são frequentes os danos evitáveis em todos os setores de assistência à saúde e entre todas as populações de pacientes, sendo que continua alto o custo geral por problemas de segurança, assim como os danos causados na assistência ocasionam mortalidade e morbidade significativas bem como implicações na qualidade de vida dos pacientes (*The National Patient Safety Foundation*, 2015).

Conforme Oliveira (2016), a Segurança do Paciente diz respeito ao gerenciamento de atividades na área da saúde que visam prevenir, diminuir e evitar danos relacionados ao cuidado, pois o paciente tem o direito de receber um atendimento de saúde com qualidade, com o mínimo de riscos, erros ou incidentes associados à assistência de saúde.

Em seus estudos Duarte et al. (2015), nos relata que o incidente ou erro pode ter por definição evento que poderia ou resultou em agravo desnecessário ao paciente, desta forma quando o evento não atinge o paciente ou é detectado com antecedência se denomina *near miss* (quase erro) quando atinge o paciente, mas não causa agravo discernível é denominado de incidente sem danos, e quando o resultado é um agravo discernível, é nomeado de incidente com dano ou evento adverso. Conforme a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 26 de julho de 2013 em seu artigo 3º, a Segurança do Paciente diz respeito à redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde (BRASIL, 2014).

Verificando a indigência de desenvolvimento de ações, estratégias e produtos direcionados aos profissionais, gestores e usuários de saúde sobre a segurança do paciente, que permitissem diminuir os eventos adversos na assistência à saúde, foi lançada em 1º de abril de 2013 a portaria de nº 529 que estabelece o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde incluídos em território Brasileiro. Em seu artigo 3º, esta portaria (BRASIL, 2013, p.2), define como objetivos específicos do PNSP:

Promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nos estabelecimentos de saúde; envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente; ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde (BRASIL, 2013, p. 2).

Tendo em vista o objetivo de estabelecer ações que promovam a segurança do paciente e a melhoria da assistência de saúde, foi adotada a publicação da RDC da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) nº 36, em julho de 2013, que se aplica aos serviços de saúde em geral. Inserido nas condições organizacionais está à criação do NSP. (BRASIL, 2013, p. 3) e em seu artigo 7º trata das competências específicas do NSP, são elas:

Promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde; desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde; promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas; elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde; acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde; implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores; estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde; desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde; analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde; compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde; notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde; manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de

eventos adversos; acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias (BRASIL, 2013, p. 3).

Com o intento de delinear tendências e prioridades no incremento da enfermagem em Segurança do Paciente, debater a cooperação e o intercâmbio de informações entre os países e a necessidade de fortalecer o cuidado de enfermagem por meio de evidências científicas a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em 2005 instituiu a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente, em Concepción, Chile (PEREIRA, SOUZA, FERRAZ, 2014).

No Brasil a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), criada em maio de 2008, tendo como o propósito de fortalecer a assistência de enfermagem segura e com qualidade, foi uma tática adotada pelos enfermeiros para o desenvolvimento, articulação e cooperativismo entre instituições de saúde e educação. A REBRAENSP é um exemplo de movimento social na enfermagem brasileira que deu certo, pois é reconhecida a ajuda que presta na assistência à saúde, buscando por cooperação, parceria e iniciativas de mudanças, implementando práticas cada vez mais seguras no cuidado de enfermagem (PEREIRA, SOUZA, FERRAZ, 2014).

Em se tratando do cuidado com a saúde do paciente, principalmente daquele em tratamento medicamentoso, é primordial promover sua segurança com vistas dos benefícios para a sua saúde e sucesso da assistência, esta condição é viabilizada por meio de adoção de medidas na prevenção de falhas no preparo e administração de medicamentos assim como táticas de vigilância em saúde e educação continuada (AZEVEDO et al. 2014).

Fortalecer e melhorar a segurança no sistema de medicação e assim contribuir para um serviço de qualidade e excelência nos serviços de saúde é uma prioridade mundial e exigência legal estabelecida pela ANVISA fortalecida pelo PNSP (REIS; et.al. 2017).

Desde 2013 o PNSP institui, orientado pelo Ministério da Saúde (MS) como tática para a implementação da assistência segura, protocolos básicos visando à segurança do paciente, entre eles está o de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, incentivando o uso de protocolos para que a segurança do paciente em sua prática seja fortalecida e se torne efetiva (BRASIL, 2013).

3.2 Segurança na administração de medicamentos

Entre os incidentes mais comuns nas instituições de saúde estão os Incidentes Relacionados a Medicamentos (IRM). Estes podem ocasionar prejuízos ao paciente e familiares ligados a saúde física, mental e social, afetar a imagem da instituição e ainda envolver os profissionais em processos e ações ético-moral-legais (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – SÃO PAULO, 2017).

Segundo o *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* citado em Brasil (2018, p.7) um erro de medicação é:

[...] qualquer evento evitável que possa causar ou levar ao uso inadequado de medicamentos ou danos ao paciente enquanto o medicamento está sob o controle do profissional de saúde, do paciente ou do consumidor. Tais eventos podem estar relacionados à prática profissional aos produtos para o cuidado de saúde, aos procedimentos e aos sistemas, incluindo prescrição, comunicação, nomenclatura, composição, dispensação, distribuição, administração, educação, monitoramento e uso [...] (BRASIL, 2018, p. 7).

Segundo o IOM, nos Estados Unidos da América (EUA), acontece um erro de medicação por paciente hospitalizado, por dia. No ano são 1,5 milhões de eventos adversos e 7.000 mortes, por causa de erros relacionados a medicamentos em pacientes hospitalizados, estatísticas envolvendo IRM são variáveis de acordo com os estudos (COREN – SP 2017).

As instituições de saúde têm o dever de identificar tipos e causas de erros de medicação, muito mais do que buscar identificar quem cometeu o erro, logo os profissionais de saúde precisam tomar a iniciativa, ou seja, estarem comprometidos participando das melhorias do sistema de saúde de forma significativa. Também não devem se acomodar neste processo, mesmo frente às adversidades identificadas em seu dia-a-dia de trabalho ou permanecer passivos perante as circunstâncias percebidas como inevitáveis ou decorrentes de deficiência de estrutura ou más condições de trabalho, sendo que estes fatos não devem servir de barreira para que atos transformadores não ocorram (HARADA et al. 2012).

Estudos referentes ao erro humano são recentes e o sistema de saúde se encontra ainda atrasado na aplicação desse saber que é novo. Conforme *James Reason*, citado em Couto; Pedrosa, Amaral, (2017) a análise e visão do erro humano pode ser realizada de duas formas: através da abordagem individual e da sistêmica, sendo as duas praticamente antagônicas, influenciando diretamente o entendimento

das causas e implicações dos erros humanos, pois a falha é apenas um dos fatores que devem ser levados em consideração. Sendo que a abordagem individual não dá possibilidade de informação detalhada da circunstância que ocasionou o erro, levando a conclusões superficiais em relação ao motivo do acidente.

Já a abordagem sistêmica do erro envolve a dita segunda história ou “história com *bluntend*”, que é o resultado de análise aprofundada da totalidade de fatores que interferiram no problema, sendo que é preciso se adotar o foco sistêmico na assistência à saúde, mediante a construção de segurança e planejamento de sistemas que levem em consideração as limitações do indivíduo (COUTO; PEDROSA, AMARAL, 2017).

Conforme o autor citado anteriormente, quando da ocorrência de um erro, na visão sistêmica, busca-se conhecer e estudar as causas em todos os seus detalhes e não apenas buscar o culpado e puni-lo. O modelo de queijo suíço, ilustrado abaixo, que foi proposta por *Reason*, mostra que um sistema de prevenção de erros efetivo, precisa ter várias barreiras para sua prevenção ou interpretação antes de chegar ao paciente.

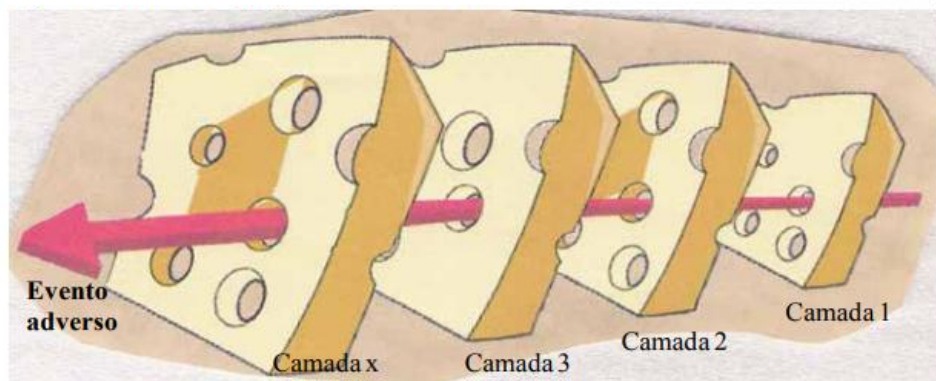


Figura 1 - Modelo de queijo suíço, de James Reason. (BRASIL, 2014).

A segurança em saúde como cultura é um modelo interligado de comportamento organizacional e individual fundamentado em valores e convicções compartilhadas que buscam a minimização contínua do dano que pode atingir o paciente, podendo resultar dos processos da assistência em saúde (COUTO; PEDROSA; AMARAL, 2017).

Cheregatti e Jeronimo (2010) em sua obra expõem que o processo de administração de medicamentos engloba várias fases dentre elas estão à prescrição

médica, a compreensão da prescrição, a dispensação da medicação pela farmácia, a conferência do fármaco, o cálculo de dosagem, o preparo e diluição, a administração do medicamento, entre outros. Em um sistema tão amplo e complexo a equipe de enfermagem exerce papel fundamental, pois erros com medicação podem ocorrer em qualquer fase deste sistema e afetar o paciente causando ou não um evento adverso, portanto a enfermagem precisa ter conhecimento sobre todas as etapas do processo de medicação para auxiliar na diminuição das falhas.

Conforme o COREN – SP (2017) as etapas do sistema de medicamentos são: prescrição – que consiste na escolha da medicação adequada para cada caso clínico, realizada pelo profissional da saúde, onde se ajusta aos fatores individuais de cada paciente; dispensação – onde ocorre à distribuição dos medicamentos pela farmácia para os setores solicitantes, sendo que há vários tipos de sistemas de dispensação de medicamentos, sendo que, o recomendado pelo MS e pela ANVISA é o sistema de dose unitária, consistindo na distribuição de medicamentos com doses prontas para se administrar conforme a prescrição médica do paciente e o preparo.

Esta técnica conforme o COREN – SP (2017) consiste na manipulação dos medicamentos para administração no paciente conforme a prescrição e dispensação, envolvendo previamente vasto conhecimento sobre o medicamento, conferência da prescrição com o medicamento a ser preparado, realização de cálculos, diluições, identificação completa e seleção de materiais e equipamentos adequados para a administração.

A prescrição é um documento e consiste no ponto de partida para a utilização do medicamento, onde a responsabilidade é de quem prescreve, sendo no âmbito hospitalar o médico, quem distribui o medicamento e quem o administra, ao paciente, os mesmos estando sujeitos a legislações de controle. Ela é um elo importante de comunicação escrita entre os profissionais de saúde, dentro do processo de medicação, pois dá início à uma série de eventos que poderá resultar em uma administração segura ou não, de uma dose ao paciente. Estão descritos, principalmente nas seguintes normas legais Lei nº 5.991/73, Decreto nº 20.931/32, resolução nº 357 e resolução nº 492/08, os requisitos e cuidados que devem ser adotados na elaboração de uma prescrição (JACOBSEN; MUSSI; SILVEIRA, 2015).

Dias et al, (2014) relata que um evento com medicação pode acontecer em qualquer etapa do processo na instituição, independente se houve ou não prejuízo para o paciente, o erro de medicação referente à etapa de prescrição acontece, em

consequência tanto de redação da prescrição, como da decisão terapêutica, sendo que este pode aparecer de um desvio não intencional de padrões de referência, como: conhecimento científico atual, práticas normalmente reconhecidas, especificações técnicas dos medicamentos e legislação sanitária (BRASIL, 2013).

O erro de prescrição é um erro de medicação que tem alto potencial de resultar em consequências maléficas para os pacientes, para se impedir esses erros é preciso que a prescrição seja apropriada, com doses adequadas e intervalos definidos durante o período da terapêutica, devendo garantir que os medicamentos sejam eficazes, seguros e com qualidade, sendo que é preciso ações como capacitações, treinamentos, seminários, entre outros, dando ênfase aos erros e danos provocados pelos mesmos, buscando reconhecê-los e interceptá-los antes que cheguem aos pacientes (JACOBSEN; MUSSI; SILVEIRA, 2015).

As falhas na etapa de dispensação, são definidas como um desvio na interpretação da prescrição, empreendido pela equipe da farmácia na realização da dispensação de medicamentos para as unidades de internação ou na farmácia ambulatorial, compreendendo também erros referentes às normas e à legislação, podendo ser classificados em: erros de conteúdo, de rotulagem e de documentação (BRASIL, 2013).

A administração é a etapa de aplicação da droga ao paciente, devendo o profissional sempre checar o modelo de sistema dos “certos” (COREN-SP, 2017) que é um dos métodos mais difundidos entre a enfermagem para garantir a segurança do paciente na administração de medicamentos. O profissional de enfermagem ao preparar uma medicação precisa estar atento, portanto aos cinco certos que são: I – Paciente certo; II – Medicamento certo; III – Via certa; IV – Hora certa; V – Dose certa. Na atualidade foram inseridos mais dois certos na administração de medicamentos, tornando-se então os sete certos: VI – Registro Certo e VII – Razão, os dois últimos (CHEREGATTI; JERONIMO 2010; BRASIL, 2013).

E mais recentemente através de um estudo foi identificado os nove certos na administração de medicamentos para maior segurança do paciente que são: I – Paciente certo; II – Medicamento Certo; III – Via Certa; IV – Hora Certa; V – Dose Certa; VI – Registro Certo; VII – Ação Certa; VIII – Forma Certa e IX – Resposta Certa. Estas intervenções não dão certeza de que não acontecerão incidentes na administração de medicação, mas o seu seguimento pode evitar significativamente a ocorrência desses incidentes, ocasionando melhoria na segurança e qualidade do

cuidado prestado ao paciente no processo de administração de medicamentos (BRASIL, 2013).

A administração é a etapa considerada como última barreira para se impedir um incidente com medicação, com isso é maior a responsabilidade do profissional que administra medicações, sendo que um erro pode ocasionar consequências graves ao paciente devendo-se estar atento com: a ação, as interações e efeitos colaterais (BRASIL, 2013).

Em um estudo realizado em 2006 foi apresentada a extensão de incidentes vinculados à administração de medicamentos em quatro hospitais do Brasil, foi evidenciado que 1,7% dos medicamentos administrados eram diferentes dos prescritos; 4,8% das doses administradas eram diferentes das prescritas; 1,5% dos medicamentos foram administrados em outra via que não a prescrita; 0,3% dos clientes receberam medicamentos que não estavam prescritos e/ou não autorizados; 2,2% quase foram administrados antes do previsto (60 min.) e 7,4% mais de 60 min. após o horário da prescrição (BRASIL, 2013).

Conforme Cheregatti e Jeronimo (2010) independente da via de administração prescrita os cuidados na técnica de administração de medicamentos são de suma importância, a via mais complexa é a parenteral sendo que envolve a administração pelas vias subcutânea, intradérmica, intramuscular e endovenosa. O profissional para boa execução desta técnica precisa vasto conhecimento e habilidades práticas, especialmente quando se faz necessário a colocação de cateter venoso para administração de medicamentos.

O sistema de administração de medicamentos é um processo multi e interdisciplinar, que demanda conhecimento técnico e prática, sendo que para ocorrer uma administração livre de riscos é preciso conhecimentos de Farmacologia, Anatomia, Fisiologia, Microbiologia e Bioquímica. A assistência segura quanto a medicamentos é tema central em discussões sobre segurança do paciente, devido ao grande potencial de risco, frequência, gravidade e recorrência de danos, enfatizando-se ainda que a maior parte das práticas assistenciais englobam o uso de medicação. (BRASIL, 2013; COREN – SP, 2017).

Azevedo et al. (2014), nos relata que a administração de medicamentos é um processo que possui muitas etapas complexas interligadas e interdependentes, e que pode ser realizada por diferentes profissionais da área da saúde. Ainda que a administração e preparo de medicamentos seja uma prática básica de enfermagem,

o aprimoramento do profissional é essencial, tanto no conhecimento científico quanto na técnica de aplicação priorizando formas de se prevenir os erros visando à segurança do paciente.

A maior parte dos eventos adversos com medicação é multifatorial, seguidamente ocorre a combinação de eventos que unidos acarretam danos ao paciente. É importante, portanto que a equipe de enfermagem para bom entendimento do porquê que os erros ocorrem olhe para todos os fatores que possam ser contribuintes e não apenas olhar para a causa mais evidente ou a fase final do processo, também é preciso realizar o monitoramento, que consiste na observação contínua do paciente tanto a curto quanto a médio e longo prazo, abrangendo aspectos técnicos (vias, acesso, características das infusões entre outros) e clínicos (resposta esperada ou inesperada da ação da droga), devendo ser registrada bem como todas as outras etapas do processo de medicação (COREN-SP, 2017).

Para analisar e monitorar resultados da assistência realizada nas instituições, são utilizados indicadores que são os dados ou informações em números que quantificam recursos, insumos, produtos, assim como o desempenho de processos e da organização, servindo como ferramenta fundamental na avaliação e monitoramento da qualidade do labor, da assistência prestada ao cliente e da gestão, eles admitem sinalizar situações expostas por meio da mensuração ou observação classificável, não sendo algo que acontece sem uma causa detectável. (BRASIL, 2016; BRASIL, 2017).

Conforme BRASIL (2016, p. 3) os indicadores de desempenho no setor da saúde têm sido amplamente utilizados para:

Diagnosticar a situação real de um processo; verificar a evolução dos programas e ações de saúde; criar parâmetros para o monitoramento do meio ambiente, da estrutura, dos processos e dos resultados; evidenciar resultados alcançados pela gestão; acompanhar e avaliar o cumprimento de metas; possibilitar análise de tendências e a comparação com referenciais internos e externos; desencadear ações de melhoria nos processos de interface entre áreas, frente às deficiências identificadas; monitorar o gerenciamento de risco e a melhoria da qualidade da assistência prestada e subsidiar tomada de decisões.(BRASIL, 2016, p. 3)

No Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos do PNSP, é proposto o uso de indicadores que auxiliam permitindo o monitoramento dos resultados e planejamento de melhorias continuamente na assistência prestada aos clientes nas instituições de saúde, sendo uma ferramenta de promoção e prevenção de erros. Foram usados neste protocolo três indicadores

quantitativos relativos, fundamentados em proporções simples e expressos por um número relativo que são: Indicador de Taxa de Erros na Prescrição de Medicamentos; Indicador de Taxa de Erros na Dispensação de Medicamentos e Indicador de Taxa de Erros na Administração de Medicamentos (BRASIL, 2013).

Os indicadores quantitativos são expressos em números e podem ser absolutos ou relativos – absolutos mais simples e pouco usados pois não captam adequadamente os eventos a serem mensurados; relativos – são mais adequados pois se expressam através de uma relação matemática calculada por meio de proporção (Brasil, 2016).

Conforme Brasil, (2013) em relação à prescrição é indicada a adoção de indicadores de taxa de erros na prescrição para a sua devida prevenção, sendo que esses erros podem ser de: dose, forma farmacêutica, via de administração, diluente, volume, velocidade de infusão, e uso de abreviaturas contraindicadas. Quanto a prevenção de erros de dispensação também se aplica o uso de indicadores sendo que nesta fase do processo os erros podem ser de: omissão, concentração, forma farmacêutica e medicamento errado. A periodicidade da aplicação desses indicadores deve ser mensal e quem deve aplicá-los é o farmacêutico (BRASIL, 2016).

O uso de indicadores para administração segura de medicamentos servem para monitorar e prevenir erros, sendo que estes podem ser de: paciente errado; medicamento errado; medicamento desnecessário; erro de omissão; dose errada; via de administração errada; forma farmacêutica errada; erro de preparo, manipulação e ou acondicionamento; diluição diferente da prescrita ou do estabelecido em protocolos institucionais; técnica de administração errada; horário errado de administração (incluindo medicamento administrado fora do intervalo de tempo definido em cada instituição; frequência de administração errada; medicamento vencido; medicamento deteriorado; medicamento com alergia referida; medicamento diferente do prescrito e registro incorreto. Sua periodicidade deve ser mensal e quem deve aplicá-lo é o enfermeiro (COUTO, PEDROSA, AMARAL, 2017).

Um dos erros muito preocupantes na administração de medicamentos é o de omissão pois refere-se a uma dose que não foi administrada e/ou omitida ou adiada, geralmente este problema ocorre devido a medicação não estar disponível na farmácia ou unidade, a prescrição estar inadequada, não haver via de administração disponível ou o paciente estar realizando algum procedimento entre outros (OLIVEIRA; CAMARGO; CASSIANI, 2005).

Conforme COREN – SP (2011), as estratégias para prevenção de erros de omissão são: Implementar a prática de averiguação dos certos da terapêutica medicamentosa, assegurar que as informações estejam registradas corretamente, dados dúbios ou incompletos devem ser elucidados antes da administração de medicamentos, adotar os protocolos da instituição para a administração de medicamentos, fazer registro correto da administração do medicamento imediatamente após sua realização e conforme regras da instituição, supervisão por enfermeiro do preparo e administração de medicamentos por auxiliares e técnicos de enfermagem, atentar para o preparo de pacientes para exames ou jejum que possam intervir na administração do medicamento, adiar ou não administrar medicação quando o quadro do paciente exigir devendo relatar e registrar corretamente a omissão, se for necessário buscar orientação com outro profissional, estabelecer formas para que haja comunicação efetiva entre a equipe multiprofissional e entre a equipe e o paciente e família, instituir verificação rotineira das prescrições médicas e de enfermagem na troca de plantão.

3.3 A Enfermagem e o cuidado seguro

A Enfermagem tem seu marco a partir dos ensinamentos de Florence que constituiu a figura dominante que impulsionou os fundamentos da enfermagem a partir de sua visão, habilidade prática e organização com princípios técnicos e educacionais e a elevada ética que impulsionaram a profissão (OGUISSO, 2014).

Em seus livros Florence enfatiza que a enfermagem é a arte de cuidar tanto de seres humanos sadios quanto doentes tendo por entendimento que as ações de enfermagem estão interligadas através do triângulo cuidar-educar-pesquisar. O conhecimento e práticas de enfermagem foram considerados diferentes das práticas e dos conhecimentos médicos, pois o interesse da enfermagem está focado no ser humano e não na patologia. Conforme a enfermeira Françoise Colliere desde o surgimento da vida existia o cuidado, uma vez que a humanidade dele necessita para manter sua sobrevivência (FERREIRA, 2016).

O status de uma profissão distinta é alcançado pela enfermagem com a formalização do seu ensino iniciada por *Florence Nightingale*. Antes a instrução desenvolvia-se por meio de “treinamento” de pessoas para realizar atividades de

conforto, de administração de medicamentos e de limpeza de unidade (WALDOW, 2012).

Em 1860, Florence Nightingale abriu sua escola de enfermagem, uma instituição independente, mantida pela Fundação Nightingale. Sua escola serviu de modelo para a enfermagem em vários países do mundo. O modelo *nightingaleano* adota muito o espírito religioso que sempre norteou tanto as práticas de cuidado quanto as atividades específicas de enfermagem e de tratamento e cura da medicina (WALDOW, 2012, p. 66).

Conforme Cheregatti e Jeronimo (2010) os profissionais de enfermagem fazendo uso de conhecimentos técnicos científicos assistem o paciente em suas necessidades biológicas, psicológicas e espirituais, assim como a comunidade onde ele se insere, podendo se definir a enfermagem como a ciência do cuidar. Faz parte também das competências de enfermagem participar da educação de pacientes e comunidade, tendo em vista a promoção da saúde.

Dias et al. (2014) reforça que a enfermagem tem a obrigação de proporcionar um cuidado seguro, livre de agravos, identificando na instituição de saúde possíveis falhas, tendo em vista a busca contínua de recursos visando uma assistência efetiva e segura, sendo que o enfermeiro tem o dever de planejar ações no tocante à disponibilização de recursos materiais seguros e adequados, assim como em capacitação da equipe promovendo condições adequadas tanto de labor quanto ambientais para a realização da assistência garantindo a segurança do paciente.

A enfermagem vem assumindo papel de pioneira nas discussões sobre segurança do paciente no Brasil, com destaque em estudos que envolvem incidentes com medicação, mesmo que seja da área de enfermagem essas pesquisas, englobam fases variadas no processo de tratamento medicamentoso, incluindo nos resultados outros profissionais como: farmacêuticos, médicos, técnicos de farmácia entre outros (WEGNER et al., 2016).

É preciso que os profissionais da equipe de enfermagem tenham ampla visão quanto ao uso seguro de medicamentos, para além das técnicas de administração tendo atenção também quanto a questões que envolvem comunicação entre profissionais da equipe multidisciplinar assim como interações medicamentosas (COREN – SP, 2017).

O enfermeiro, no Brasil, é o profissional que tem a responsabilidade pela prática de administração de medicamentos, sendo o líder da equipe de enfermagem com

papel fundamental tanto na assistência ao paciente em tratamento medicamentoso quanto na disseminação de conhecimentos desta prática à equipe. A enfermagem, portanto, se torna o responsável por evidenciar e barrar falhas, pois o ato de administração é a última etapa e oportunidade de interrupção no sistema, impedindo falhas que possam ter iniciado nas primeiras etapas (AZEVEDO et al., 2012).

A assistência de saúde em qualquer nível de atendimento pode envolver algum risco e eventualmente pode causar eventos adversos que podem comprometer a integridade física, psíquica, social, e até espiritual dos pacientes e seus familiares por poder ocasionar sequelas transitórias ou permanentes e também pôr em risco a vida do paciente e acarretar impacto econômico para governo, instituições e população, pois pode suscitar a necessidade de internação hospitalar ou ampliar a permanência nos serviços de saúde (OLIVEIRA, 2016).

Em obra de Harada, (2007) é mencionado que por mais dedicada e preparada que seja a força de trabalho pode-se cometer erros, pois é elemento imutável da natureza humana. No entanto, podem ocorrer agravos quando práticas, procedimentos, protocolos, rotinas, técnicas e equipamentos utilizados pelos colaboradores forem complexos, impróprios, e inseguros, por terem sido elaborados, escolhidos e mantidos por outros seres humanos capazes de cometer erros, portanto, é aspecto fundamental para se promover a segurança do paciente um ambiente que encoraje a identificação dos erros, analise suas causas, e implemente a iniciativa adequada para prevenção e para melhoria do desempenho.

A primeira etapa para se prevenir os incidentes na saúde é aceitar que são possíveis e estão presentes na assistência, partindo daí a equipe de saúde precisa entender quais os tipos de eventos adversos, causas, consequências, assim como fatores contribuintes, sendo que a notificação e registros destes eventos servem como subsídios para a avaliação crítica e a tomada de decisão, o que visa extinguir, evitar e diminuir essa circunstância da assistência em saúde (WEGNER et al., 2016).

Harada, (2007), diz que a enfermagem por estar em contato direto com o paciente, 24 horas por dia realizando o seu cuidado é um dos principais responsáveis pelo seu bem-estar e cuidado integral, sendo peça fundamental quando se fala em segurança do paciente. Cada vez mais a assistência de enfermagem vem tornando-se especializada, complexa e dinâmica, exigindo na prática que enfermeiros desenvolvam liderança e integrem conhecimentos científicos e tecnológicos de forma proativa ao exercício da enfermagem, participando das decisões e promovendo melhoria na busca da segurança do paciente.

4 METODOLOGIA

A metodologia refere-se à sistemática utilizada para o estudo e organização da pesquisa, indicando o caminho que será seguido para a sua realização, estando vinculada ao caminho proposto para se chegar ao objetivo final, mas, além disso, trata-se da preferência teórica feita pelo pesquisador para organizar o objeto de estudo. A condução da pesquisa deve ser realizada através de certezas e declarações relevantes, para que se possa elucidar, descrever ou instituir relações (LACERDA, 2016).

Conforme Minayo (2014, p. 44) “a metodologia ocupa lugar central no interior da sociologia do conhecimento, uma vez que ela faz parte intrínseca da visão social do mundo, vinculada na teoria”. A metodologia, portanto, é a ação de desenvolvimento dos acontecimentos.

Em um sentido geral, metodologia é a ordem que se deve dar aos diversos processos necessários para se alcançar o resultado desejado, sendo entendida nas ciências como um conjunto de procedimentos utilizados na investigação e demonstração da verdade (CERVO, BERVIAN, SILVA, 2007).

4.1 Tipo de pesquisa

Para a realização desta pesquisa, foi utilizada a metodologia descritiva, exploratória, documental, com abordagem quantitativa ao qual buscou investigar em prontuários clínicos erros de prescrição, omissão e registros da administração de medicamentos pela equipe de enfermagem em UTI e Unidade de Clínica Cirúrgica de um hospital de médio porte do interior do Rio Grande do Sul, sendo considerados erros de omissão na administração de medicamentos aqueles que dizem respeito a não administração do medicamento prescrito ao paciente e/ou ausência de registro da administração da medicação prescrita.

A descrição em principio se constitui na capacidade de fazer com que o outro visualize mentalmente aquilo que o pesquisador observou, ou seja, ela deve ser precisa suficientemente para que o leitor tenha capacidade de visualizar com exatidão aquilo que foi observado pelo pesquisador (CERVO, BERVIAN, SILVA, 2007).

Lacerda (2016) nos traz que a questão descritiva tem como finalidade fundamental descrever uma experiência e um fato, sendo basicamente o que será feito no decorrer deste estudo. Na maioria das vezes neste tipo de pesquisa ocorre a observação dos fatos havendo registro, análise, classificação e interpretação dos mesmos. Quanto à pesquisa exploratória, é possível aplicá-la quando o assunto ainda não é muito explorado, pois tem por objetivo ampliar, esclarecer e modificar conceitos e ideias.

A pesquisa documental relacionada à saúde abrange a utilização de qualquer registro gerado no dia a dia do indivíduo no decorrer de sua vida, podendo ser criado por terceiros, como os hospitais (registros hospitalares), ou ser registros pessoais como (cartas ou diários) criados por pessoas em seu cotidiano. O texto escrito, como registros hospitalares, é uma das formas de evidência documental tradicional mais utilizada em pesquisa. A característica que define a pesquisa documental é que o pesquisador pode tirar conclusões a partir de documentos criados por terceiros, sendo que proporciona um meio de coleta de informações que diminui a intrusão ligada a muitas pesquisas sociais. É a exposição de fontes, que ainda não foram analisadas e tratadas, como vários documentos arquivados, constituindo-se em uma fonte rica e estável de dados (SAKS; ALLSOP, 2011).

Segundo Creswell (2010) a pesquisa quantitativa é tida como uma forma de examinar teorias objetivas analisando a relação entre as variáveis. Por sua vez essas variáveis podem ser medidas por instrumentos, para que se possibilite que dados numéricos sejam analisados por fórmulas estatísticas.

Gray (2012) nos relata que na organização de seu contexto, a pesquisa pode se originar não de questionamentos gerados por uma bibliografia e sim de um problema real e vivo que o pesquisador deve elucidar. O problema se torna o foco inicial, sendo que provavelmente se deverá acessar a literatura científica e mais específica, como documentos e relatórios internos da instituição.

4.2 Local da Pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida na UTI e Unidade de Clínica Cirúrgica, de uma instituição hospitalar, a mesma está presente na comunidade desde 1903, com um trabalho voltado à melhoria da saúde, sendo uma instituição filantrópica, sem fins lucrativos e que se situa na região central do Rio grande do Sul – RS.

A UTI é estruturada e equipada para atender pacientes em todas as especialidades, possuindo dez leitos para clientes conveniados, particulares e do Sistema Único de Saúde.

Quanto à Unidade de Clínica Cirúrgica, está apta a atender pacientes em várias especialidades cirúrgicas dispendo de cinco quartos e um total de dezoito leitos, para a assistência de pacientes do Sistema Único de Saúde.

Na pesquisa foi preservado o nome da instituição, dos profissionais e pacientes que apareceram nos prontuários clínicos, assegurando que não houve riscos e nem prejuízos físicos, psicológicos e sociais aos mesmos.

4.2.1 Critérios de Inclusão e Exclusão

Os critérios de inclusão para a pesquisa foram:

- Prontuários com prescrição das últimas 24 horas;

Os critérios de exclusão foram:

- Prontuários com prescrição com menos de 24 horas;
- Prontuários de pacientes em exames, cirurgias ou com alta da UTI e/ou Unidade de Clínica Cirúrgica;

No primeiro momento foram verificados os prontuários disponíveis nas unidades da instituição, identificando-se os que se encaixam nos critérios de inclusão, após a seleção dos prontuários o próximo passo foi o início da coleta de dados.

4.2.2 Benefícios e Riscos

Como benefício, a pesquisa visa permitir à equipe multiprofissional buscar ações efetivas de prevenção da ocorrência de erros na administração de medicamentos, acarretando maior segurança na assistência ao paciente, garantindo dessa forma melhor qualidade no cuidado. Quanto aos riscos pode haver o desconforto da instituição quanto a identificação de erros e de registros insuficientes.

4.3 Coleta de dados

O estudo se deu pelo levantamento de dados obtidos por meio do acesso aos registros de prontuários clínicos, por este motivo não foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A técnica de coleta de dados utilizada nesta pesquisa foi a revisão de registro estruturada. Conforme nos relata Saks; Allsop (2011) a metodologia para coleta de dados pode utilizar uma ampla gama de técnicas. Uma delas é a revisão de registro estruturada, onde é utilizado pelo pesquisador um formulário feito especialmente para obter informações, por exemplo de registros médicos dos pacientes.

A coleta de dados ocorreu na UTI e Clínica Cirúrgica da Instituição de Saúde através dos prontuários clínicos disponíveis na forma eletrônica e física, no período da tarde, de segunda a sexta das 14h às 17h, no mês de setembro e outubro, acessados conforme disponibilidade da pesquisadora. A coleta de dados se deu por encerrada quando do término do período estipulado.

Os dados coletados serão utilizados exclusivamente para fins de pesquisa, Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) e apresentados em eventos científicos.

4.3.1 Instrumento para coleta de dados

O instrumento de coleta de dados é o material que nos permite atender os objetivos traçados no estudo científico. Foi realizada pesquisa documental de fontes secundárias, que é no prontuário clínico do paciente, sendo que o registro dos dados levantados foi realizado por meio de formulário fechado (APÊNDICE A e B) e para posterior cálculo utilizada a ferramenta para indicador de erros de prescrição e omissão na administração de medicamentos baseado no protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos da ANVISA (ANEXO A e B), para interpretação e análise dos dados.

O monitoramento e análise crítica de indicadores por meio de formulário auxilia a direcionar ações de educação, focando nos problemas identificados e, conseqüentemente, maior capacidade de correções e diminuição de falhas nas práticas diárias (BRASIL, 2016).

Os registros serão armazenados por cinco anos para uso em pesquisas e após destruídos conforme protocolo. Após defesa da monografia frente a banca

examinadora e posteriores correções a instituição receberá do pesquisador um retorno com uma cópia.

4.4 Procedimentos Técnicos e Éticos

A pesquisa se fundamentou nos princípios éticos conforme a Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde (CNS), ao qual orienta e regulamenta estes estudos (UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL – UNISC, 2018).

O início da pesquisa se deu no segundo semestre de 2018, após o projeto ser aprovado pela Direção da Instituição e em seguida pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UNISC com o Parecer Consubstanciado do CEP sob número 2.861.104. Após aprovação foram iniciadas as coletas em formulários previamente elaborados pela pesquisadora (APENDICE A e B). Foram feitos os levantamentos de dados entre os meses de setembro e outubro de 2018 na UTI e Clínica Cirúrgica. Com os dados devidamente coletados iniciou-se sua análise nos meses de outubro e novembro de 2018.

5 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

A análise de dados tem por objetivo organizar e sintetizar os dados de forma que se possibilite e forneça respostas ao problema proposto para investigação, enquanto a interpretação busca o sentido mais amplo das respostas. (GIL, 2010).

No presente capítulo faremos a análise e interpretação dos dados coletados, correlacionando-os com referencial bibliográfico. Os dados quantitativos levantados foram expressos por meio de tabelas e porcentagens calculadas com a fórmula dos Indicadores de Taxa de erros na prescrição de medicamentos e de Taxa de erros na administração de medicamentos (ANEXO A e B).

Para realização deste estudo foram utilizadas 30 prescrições da Unidade de Terapia intensiva e 30 prescrições da Unidade de Clínica Cirúrgica, totalizando 60 prescrições de medicamentos para o levantamento dos dados.

Nesta instituição é utilizado o sistema de prescrição eletrônica em todos os setores, observando-se que a prescrição eletrônica elimina a ocorrência de prescrições ilegíveis e com rasuras, configurando um importante benefício do sistema na assistência.

Na literatura verifica-se que o sistema de Prescrição Eletrônica (PE) de medicamentos vem possibilitando melhor qualidade na assistência aos pacientes internados e demais envolvidos, sendo que a opção por este modelo pode contribuir para diminuição de erros relacionados a medicações em até 50%, demonstrando também melhorias nas prescrições de antibióticos e diminuição de custo e de tempo das internações (VOLPE, et al., 2016).

Os dados levantados foram agrupados em duas categorias, para que a apresentação dos resultados seja melhor compreendida. No quadro 1 são apresentados os dados referentes às prescrições de todos os medicamentos e no quadro 2 os dados referentes às prescrições de medicamentos potencialmente perigosos.

Os medicamentos que apresentam risco aumentado de acarretar danos significativos aos pacientes decorrentes de falha durante sua utilização são denominados Medicamentos Potencialmente Perigosos (MPP) ou medicamentos de alta vigilância ou ainda medicamentos de alto risco, sendo que os erros ocorridos com os mesmos podem não ser frequentes, mas suas consequências geralmente são mais graves podendo causar lesões permanentes ou a morte (BRASIL, 2015).

Quadro 1 – Ocorrências encontradas nas prescrições de medicamentos.

MEDICAÇÕES PRESCRITAS	UTI	CLÍNICA CIRÚRGICA
Total de medicações prescritas	355 (100%)	288 (100%)
Erro de Dose	18 (5%)	32 (11,1%)
Erro de via de administração	52 (14,6%)	4 (1,4%)
Erro de apresentação	0	0
Erro de diluição	0	0
Erro de horário (3 turnos)	38 (10,7%)	36 (12,5%)
Erro de horário sem justificativa (3 turnos)	32 (9%)	35 (12,1%)
Medicamentos não checados	29 (8,2%)	5 (1,7%)
Medicamentos circulados sem justificativa (3 turnos)	11 (3,1%)	32 (11,1%)

Fonte: Dados da pesquisa (2018/2)

Pode-se verificar no quadro um que os erros de dose são mais frequentes na Unidade de Clínica Cirúrgica 11%; comparados à UTI, podendo este ser atribuído muitas vezes pela falta de atenção e a demanda de trabalho dos profissionais médicos, já os erros de via de administração são mais comuns na UTI 14,6%, esse podendo ser atribuído ao fato de os pacientes deste setor utilizarem em sua maioria Sonda Nasoentérica (SNE), e muitas vezes a medicação estar prescrita na via oral.

Quanto a apresentação e dose percebe-se que esse tipo de erro foi de 0%, demonstrando os benefícios da prescrição eletrônica nos serviços de saúde, evidenciando ser um fator contribuinte para a prevenção dos erros.

É importante segundo Gomes et al. (2016) que a equipe de enfermagem administre a dosagem correta, para isso se torna necessário que o profissional conheça o medicamento, as unidades que o compõem e certifique-se se a droga que foi prescrita está dentro do intervalo e dose conhecida, sendo imprescindível também que os profissionais de enfermagem tenham ciência sobre cálculo de medicação, o qual deve ser cuidadosamente realizado para não ocasionar em administração de doses equivocadas.

Jacobsen; Mussi; Silveira (2015), em seus estudos descrevem que a redução de alguns erros ocorre com o uso de prescrições eletrônicas onde há a obrigatoriedade de preenchimentos de campos como doses. Ao se comparar às prescrições eletrônicas e escritas a mão, se encontra uma taxa de erro de 2,0 a 7,9% respectivamente. Em uma pesquisa realizada em Porto Alegre – RS, foram avaliadas 3.701 prescrições com 10.189 medicamentos, onde os pesquisadores observaram que 666 (18%) das prescrições apresentavam algum tipo de erro, sendo que em 106 (15,9%) delas o erro era referente à indicação da via de administração.

Conforme estudo de Svoboda, (2013) em uma análise multicêntrica feita em cinco hospitais universitários brasileiros, foi possível constatar que 6,2% dos 1.425 erros com medicamentos que ocorreram tratavam-se de via de administração, sendo que é levantado alguns casos onde a medicação é prescrita via oral e administrada por sonda, sendo que pode se tornar um ponto crítico o uso de sonda na administração do medicamento, pois na maioria das instituições os profissionais de enfermagem não recebem orientação da especificidade dos tipos de apresentações de fármacos que podem ser utilizados por esta via.

Quanto aos erros de horário analisados nos três turnos foi possível observar que houve maior índice de erros na Unidade de Clínica Cirúrgica 12,5%, os erros de horário sem justificativa também foram maiores nesta unidade 12,1%, o que pode ser atribuído pelo fato de que as prescrições nesta instituição tem o início de sua vigência às 14:00, e muitas vezes algumas medicações tem indicação de serem administradas no período da noite ou da manhã para sua melhor absorção no organismo.

A falta de checagem sem justificativa pode ser associado ao uso do computador que muitas vezes está indisponível ou por estar longe do leito do paciente o que acarreta em esquecimento de registrar essa informação ou ao fato de ser deixado para se realizar a checagem dos medicamentos somente ao final de cada turno, o que muitas vezes contribui para que a checagem seja realizada de forma incorreta ou não registrada.

Segundo Galisa et al., (2014) o que ocorre frequentemente em hospitais é a padronização de horários de administração de medicamentos, o que colabora para a interação medicamentosa, que pode interferir na absorção, distribuição, metabolização e eliminação dos fármacos, podendo causar o agravamento do quadro do paciente, sendo que, além das cinco regras básicas (medicamento certo, via certa, dose certa, hora certa, paciente certo) que são indicadas em várias literaturas, há

outras que também podem auxiliar o profissional durante a administração de medicamentos (registro certo, conhecer a ação, apresentação farmacêutica e monitorar o efeito), de modo que imprevistos indesejáveis e fatais não ocorram.

Quadro 2 – Ocorrências encontradas nas prescrições de Medicamentos Potencialmente Perigosos.

MEDICAÇÕES PRESCRITAS	UTI	CLÍNICA CIRÚRGICA
Total de medicações prescritas	84 (100%)	116(100%)
Erro de Dose	20 (23,8%)	32 (27,6%)
Erro de via de administração	0 (0%)	3 (2,6%)
Erro de apresentação	0 (0%)	0 (0%)
Erro de diluição	0 (0%)	0 (0%)
Erro de horário (3 turnos)	7 (8,3%)	29 (25%)
Erro de horário sem justificativa (3 turnos)	4 (4,8%)	28 (24,1%)
Medicamentos não checados	1 ((1,1%)	3 (2,6%)
Medicamentos circulados sem justificativa (3 turnos)	1 (1,1%)	26 (22,4%)

Fonte: Dados da pesquisa (2018/2)

No quadro 2 referente aos MPP pode-se observar que a porcentagem de erro de dose foi maior na Unidade de Clínica Cirúrgica 27,6% comparado à UTI 23,8%, estes dados podem ser devido ao maior cuidado que se tem em UTI devido ao grau de complexidade e instabilidade dos pacientes deste setor, analisando os erros de via de administração nota-se também que a porcentagem foi maior na Clínica Cirúrgica 2,6%, o que pode ser explicado por falta de atenção e ou cuidado pela menor complexidade dos pacientes internados neste setor.

Jacobsen; Mussi; Silveira (2015) relatam que mundialmente tem se reconhecido que a prevenção de erros é uma prioridade para os serviços de saúde, sendo de grande relevância durante a prescrição médica, onde os equívocos são muito comuns. Em UTI e Unidade Semi Intensiva se torna ainda mais complexa a administração de medicamentos, pelos pacientes estarem em certa instabilidade clínica e devido ao uso de MPP. Os sistemas informatizados com suporte à decisão

clínica são mais completos onde oferecem sugestões referentes à via de administração e eventualmente correção nos valores de dose dos medicamentos e frequência (VOLPE et al., 2016)

Quanto aos erros de apresentação e diluição percebe-se que a porcentagem foi 0%, tal fato pode ser explicado devido ao modelo de sistema de prescrição eletrônica estabelecido na instituição como foi exposto anteriormente.

Com o uso de sistemas informatizados na saúde evidencia-se reduções comprováveis de erros de medicação em cerca de 50% em locais de assistência, e com a abolição de prescrições à mão se remove a escrita ilegível como fonte de erros e atrasos e mais importante prescrições computadorizadas diminuem erros de dosagem e de alergias à medicação, por meio da integração de dados e alertas. Essas informações são possíveis de se visualizar no acesso ao prontuário eletrônico do paciente que foram possíveis de se implementar devido a tecnologia da informação evidenciando os vários benefícios da mesma (*The National Patient Safety Foundation, 2015*).

Quanto ao erro de horário e ou erro de horário sem justificativa conforme quadro 2, é percebido que o percentual se apresenta maior na unidade de clínica cirúrgica que foi de 25 e 24,1% respectivamente, fato este que pode ser devido ao horário de liberação das prescrições, padronização de horários ou referente a falta de justificativa, pode também se pensar que seja pela falta de cultura em se justificar a causa da alteração de horário, onde erroneamente se considera que não seja um erro a troca de horário sem justificativa nas prescrições.

Conforme estudo de Gomes et al. (2016) deve-se considerar quanto ao horário nas prescrições que o fármaco deve ser administrado na hora certa como garantia dos níveis séricos terapêuticos, entretanto neste estudo foi demonstrado que 50,0% dos erros na administração de medicamentos estão relacionados ao erro de horário. Nesta pesquisa o principal fator contribuinte para o erro afetando assim a administração de medicamentos no horário certo, está ligada ao déficit de profissionais nas instituições de saúde, sendo que esta realidade está diretamente atrelada à sobrecarga de trabalho desses profissionais.

Na análise quanto aos medicamentos não checados e circulados sem justificativa observou-se que os índices foram maiores na unidade de clínica cirúrgica, fato que pode ser explicado devido à sobrecarga de trabalho da enfermagem e ou falta de atenção e registro adequado.

Em seu estudo Galiza et al., (2014) nos relata que é possível perceber que para a classe de enfermagem a sobrecarga de trabalho é o principal fator de cansaço e estresse ocupacional, assim como a privação do sono e problemas pessoais, podendo acarretar na diminuição da atenção e aumento das chances de erro no labor, pois os profissionais de enfermagem muito frequentemente, têm jornada de trabalho dupla, assim como um vasto número de tarefas a serem realizadas, deixando-os vulneráveis à realização de procedimentos inseguros.

Quanto aos registros Gomes et al. (2016) nos relata em seu estudo sobre a importância da anotação de enfermagem adequada nos prontuários devendo ser realizada após a administração de medicamentos, pois a anotação antes da medicação se torna um risco, visto que o paciente pode não aceitar a administração da droga bem como o esquecimento de registrar pode ocasionar uma nova administração do fármaco por outro profissional, podendo acarretar em danos e agravos à saúde do paciente.

Em pesquisa de Silva et al. (2017) é relatado que em UTI há um maior grau de implementação da Cultura de Segurança, o que sugere um melhor cuidado e com menos erros, vindo ao encontro dos dados analisados nesta pesquisa onde a maior incidência de erros com MPP foi na Unidade de Clínica Cirúrgica.

Camerini et al. (2013) nos relata em seu estudo que devido à alta incidência de erros ligados ao uso de medicamentos, devemos ressaltar a exigência de vasto conhecimento técnico/científico do enfermeiro, referente à manipulação dos mesmos, frente ao risco peculiar que os MPP possuem de lesar o paciente quando da sua ocorrência pois a severidade é alta podendo acarretar em lesões perduráveis ou irreversíveis comprometendo a segurança do paciente (SILVA et al., 2017).

Perdigão; Oliveira; Ramos, (2014) relatam que os erros ocasionados pelo uso de MPP, podem não ocorrer com frequência, entretanto, as consequências de seu uso incorreto pode acarretar danos severos ou ocasionar o óbito do paciente, sendo assim a implantação de estratégias pra se prevenir o erro de MPP deve envolver todas as etapas do processo de administração de medicamentos e envolver a equipe multiprofissional responsável pelo cuidado ao paciente.

Para a redução do risco de erros ligados aos MPP é preciso várias ações como: padronização dos procedimentos para sua prescrição, armazenamento, preparo e administração; restrição ao acesso; melhorias na qualidade e na acessibilidade à informação sobre esses medicamentos; e uso de rótulos auxiliares e alertas

automático, assim como a dupla checagem deve ser adotada sempre que possível (BRASIL, 2015).

Conforme Silva (2017) para se superar falhas e problemas é necessário o conhecimento de que a prática de assistência à saúde possui pontos frágeis que pode levar ao comprometimento da segurança do paciente sendo que a chave para diminuir o risco é a criação de ambientes sem cultura de culpa e que cultivem a cultura de vigilância e cooperação.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa permitiu a identificação de pontos ainda frágeis na segurança do paciente no que se refere à prescrição, checagem e registro no processo de administração de medicamentos.

Conforme verificado na análise de dados os erros mais comuns na UTI são os de via de administração seguido dos erros de horário e erro de horário sem justificativa. Este dado pode ser elucidado devido ao grande número de pacientes com uso de SNE onde muitas vezes a medicação na apresentação de drágeas ou comprimidos é prescrita via oral, quanto aos erros de horário percebe-se que em muitos casos são realizadas alterações devido a indicação de horário que deve ser administrada a droga ou indicação do médico que não altera o horário na hora de prescrever, causando estes erros que conforme os dados analisados em sua maioria não se identificou anotação da justificativa, podendo ser ocasionado devido a demanda de trabalho ou pela cultura de se supor que erro de horário não se aplica como sendo um evento relacionado à segurança do paciente.

Já na Unidade de Clínica Cirúrgica percebe-se que o maior número de erros se refere a dose prescrita seguido dos erros de horário e erros de horário sem justificativa. Quanto aos erros de horário e erro de horário sem justificativa a causa pode ser relacionada à mesma da Unidade de Terapia Intensiva onde a falta de conhecimento leva muitas vezes o profissional a não fazer o registro por pensar que não está relacionado à um evento adverso.

Nota-se que os erros no processo de administração de medicamentos na instituição em questão se revelaram poucos, se formos pensar na quantidade de itens avaliados. Podemos concluir que a implantação do sistema de prescrição eletrônica teve impacto positivo nos erros de prescrição, estando associada à redução de fatores de risco para os erros de medicação, pois auxilia na hora da decisão clínica, devido aos recursos que dispõem, oferecendo o acesso a informações do paciente, levando à diminuição das chances de se escolher um medicamento incorreto garantindo desta forma prescrições mais completas e em formato adequado e preconizado.

Quanto aos erros de horário e de registros de enfermagem, podemos intuir que o registro não é realizado corretamente pela equipe de enfermagem muitas vezes por haver observações na prescrição médica referente à indicação da troca de horário, ou falta de conhecimento sobre a cultura de segurança do paciente que acaba por

desencadear na falta de registros completos referentes a estes erros nos prontuários clínicos.

Foi possível contatar que a prescrição medicamentosa está intimamente ligada ao início do ciclo de atividades de assistência hospitalar que levam o medicamento ao paciente, sendo que o resultado do tratamento e segurança do paciente quanto ao processo de administração de medicamentos na maioria das vezes está relacionado com a eficácia e qualidade das ações realizadas a partir deste documento.

Para se ter uma maior diminuição de erros no processo de administração de medicamentos é preciso estratégias de prevenção e consciência dos profissionais envolvidos, além da necessidade de cada profissional repensar sua prática, buscando a melhoria da segurança do paciente e conseqüentemente a qualidade do cuidado prestado.

Como sugestão penso que se faz necessário que o enfermeiro ao detectar erros em seu ambiente de labor, exerça papel de educador interagindo com a equipe e proporcionando a ela a chance de interpretar os erros dentro do sistema buscando assim conjuntamente estratégias para que se alcance cada vez mais melhorias.

Este estudo creio que contribui para alertar a equipe de enfermagem quanto a importância de se conhecer quais erros estão presentes no processo de administração de medicamentos, para um maior aprofundamento do tema e busca da diminuição dessa problemática, possibilitando a assistência por uma equipe confiante, engajada resultando em uma prática humanizada e segura do cuidado. As contribuições referentes aos resultados deste estudo, se aplicam na instituição campo da pesquisa, principalmente para o aprimoramento das práticas de prescrição eletrônica referente aos fatores de risco para erros de medicamentos.

Conforme o projeto original da monografia seria feito o levantamento de dados nas prescrições com um formulário para coleta dos erros de prescrição, administração e causas dos erros, mas diante da inviabilidade de se descobrir as causas dos erros apenas fazendo o levantamento de dados nas prescrições de medicamentos, após um teste piloto de levantamento de dados com esses formulários no período de uma semana, foi percebido após discussão durante orientação que não seria possível fazer a pesquisa com os mesmos, frente a esta problemática foi decidido em conjunto com a orientadora e coorientadora refazer os formulários apenas com dados possíveis de se verificar nas prescrições (ANEXO A), sendo também acordado fazer o

levantamento de dados das medicações potencialmente perigosas a partir de outro formulário (ANEXO B).

Ao término da coleta de dados em Unidade de Terapia Intensiva e apresentação para as orientadoras, foi discutido a possibilidade de se fazer um levantamento de dados em Unidade de Clínica Cirúrgica também. Pensando em se fazer um comparativo entre unidade fechada e aberta com o objetivo de enriquecer mais a pesquisa.

Diante desta decisão, foram usados os mesmos formulários para o levantamento de dados em Unidade de Clínica Cirúrgica, sendo que foram usados o mesmo número de prescrições de medicamentos em cada unidade para que a posterior análise e comparação pudesse ser mais fidedigna, sendo assim optou-se por apresentar os dados em forma de tabelas para melhor compressão e análise.

Devido às mudanças dos formulários iniciais, adição de outra unidade para a pesquisa e o acréscimo do levantamento de dados referente a medicamentos potencialmente perigosos, dois objetivos presentes no projeto não foram alcançados, sendo assim foram excluídos do estudo.

Este estudo vem ao encontro às discussões mundiais e metas da OMS, com relação a segurança do paciente e a qualidade do cuidado, sendo assim poderá trazer contribuições pontuais, mobilizar e promover através destas análises identificar erros e buscar estratégias para serem aplicadas na instituição de forma a contribuir em uma melhor assistência e na segurança do paciente.

A administração de medicamentos é uma atividade muito importante na prática de enfermagem e conhecer os tipos de erros e os fatores que causam falhas neste torna-se primordial para se organizar medidas de prevenção e redução de erros. Esta identificação auxiliara na aquisição de um melhor conhecimento do problema e possibilitará a prevenção e ou minimização destes incidentes.

REFERÊNCIAS

- AZEVEDO, M. F. F. et al. *Administração de medicamentos: conhecimento de enfermeiros do setor de urgência e emergência*. Enfermeria Global [Internet] 2012; vol.11, n.26. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n26/pt_clinica5.pdf>. Acesso em: 05 mar.2018.
- AZEVÊDO, O. et al. *Dificuldades vivenciadas por técnicos de enfermagem no preparo de medicamentos*. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. 2014; vol.15. n 4. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-749357>>. Acesso em: 19 mai. 2018.
- BOGARIN, D. F. et al. *Segurança do paciente: conhecimento de alunos de graduação em enfermagem*. Cogitare Enfermagem. 2014; vol. 19. n. 3. Disponível em:<<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/33308/23221>>. Acesso em: 05 mai. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo de Segurança na Prescrição uso e administração de medicamentos*. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>>. Acesso em: 05 mai. 2018.
- _____. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente – PNSP. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, abr.2013.Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/portaria-529>>. Acesso em: 20 mar. 2018
- _____. Resolução de Diretoria Colegiada da Agência nacional de Vigilância Sanitária – RDC. nº.36 de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 jul.2013. Cap. 2, seção 1. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e>. Acesso em: 20 mar. 2018.
- _____. Ministério da Saúde. *Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente*. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2018.
- _____. Instituto para práticas seguras no uso de medicamentos. *Medicamentos Potencialmente Perigosos de uso Hospitalar e Ambulatorial – Listas atualizadas 2015*. 2015, Vol. 4, n. 3. Disponível em: <<http://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2015/12/V4N3.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2018.

_____. Instituto para práticas seguras no uso de medicamentos. *Programa Nacional de Segurança do Paciente: indicadores para avaliação da prescrição, do uso e da administração de medicamentos – Parte I*. 2016, vol. 5, n.1. Disponível em: <<http://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2016/06/Boletim-ISMP-Brasil-Indicadores-I.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2018.

_____. Instituto para práticas seguras no uso de medicamentos. *Programa Nacional de Segurança do Paciente: indicadores para avaliação da prescrição, do uso e da administração de medicamentos Parte II*. 2016, vol. 5, n.2. Disponível em: <<http://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2016/06/Boletim-ISMP-Brasil-Indicadores-II.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2018.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática*. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/1%20Assist%C3%Aancia%20Segura_%20Uma%20reflex%C3%A3o%20te%C3%B3rica%20aplicada%20%C3%A0%20pr%C3%A1tica.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2018.

_____. Instituto para práticas seguras no uso de medicamentos. *Desafio global de segurança do paciente: medicação sem danos*. 2018, v.7, n.1. Disponível em: <http://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2018/02/ISMP_Brasil_Desafio_Global.pdf>. Acesso em: 08 mai. 2018.

_____. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Erros de medicação*. Série técnica sobre atenção primária mais segura. Organização Mundial de Saúde. Proqualis, ICICT/Fiocruz, 2018. Disponível em: <<https://proqualis.net/relatorio/erros-de-medica%C3%A7%C3%A3o-s%C3%A9rie-t%C3%A9cnica-sobre-aten%C3%A7%C3%A3o-prim%C3%A1ria-mais-segura>>. Acesso em: 08 mai. 2018.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R. *Metodologia científica*. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CHEREGATTI, A. L.; JERONIMO, R. A. S. (Org.). *Administração de medicamentos: 5 certos para segurança de seu paciente*. 2. ed., rev. e ampl. São Paulo: Rideel, 2010. Disponível em: <https://biblio.unisc.br/biblioteca_s/php/login_usu.php?flag=pearson_restrito.php>. Acesso em: 30 mai. 2018.

CAMERINI, F. G. et al. *Preventive Strategies of Adverse Events With Potentially Dangerous Medications*. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, 2013, v 5, n. 3. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2055>>. Acesso em: 24 nov. 2018.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO – COREN – SP. *Uso seguro de medicamentos: guia para preparo, administração e monitoramento*. – São Paulo: COREN – SP, 2017. Disponível em: <https://proqualis.net/guideline/uso->

seguro-de-medicamentos-guia-para-preparo-administra%C3%A7%C3%A3o-e-monitoramento. Acesso em: 13 mar. 2018.

_____. *Erros de Medicação Definições e Estratégias de Prevenção*. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo – COREN-SP. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente – REBRAENSP – Polo São Paulo São Paulo – 2011. 36 p. Disponível em: <http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1340135691erros_de_medicao-definicoes_e_estrategias_de_prevencao.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2018

COUTO, R. C. PEDROSA, T. M. G.; AMARAL, D. B. (Org.) *Segurança do paciente: infecção relacionada à assistência e outros eventos adversos não infecciosos prevenção, controle e tratamento*. 1 ed., Rio de Janeiro: Med Book, 2017.

CRESWELL, John W. *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010. (Biblioteca Artmed. Métodos de pesquisa).

DIAS, J. D. et al. *Compreensão de enfermeiros sobre segurança do paciente e erros de medicação*. Revista Mineira de Enfermagem. 2014, vol. 18, n.4: Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/969>>. Acesso em: 20 mai.2018.

DUARTE, S. C. M. et al. *Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem*. Rev. Bras. Enferm. [online]. 2015, vol.68, n.1:144-154. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0144.pdf>>. Acesso em 05 mai.2018.

FERREIRA, Suzeline. *(Des)encontros dos conhecimentos formais e experienciais no trabalho de segurança do paciente na enfermagem*.2016. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2016. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11624/1315>>. Acesso em: 18 mai. 2018.

FORTE, E. C. N.; MACHADO, F. L.; PIRES, D. E. P. *A Relação da Enfermagem com os Erros de Medicação: Uma Revisão Integrativa*. Cogitare Enfermagem 2016 vol. 21 n. esp. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/43324>>. Acesso em: 11 mar. 2018.

GALIZA, D. D. F. et al. *Preparo e Administração de Medicamentos: erros cometidos pela equipe de enfermagem*. Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde São Paulo, 2014, v.5 n.2. Disponível em: <<http://www.sbrafh.org.br/rbfhss/public/artigos/2014050205000528BR.pdf>> Acesso em: 27 out. 2018.

GIL, Antonio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*.5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, A. T. L. et al. *Erros na Administração de Medicamentos: evidências e implicações na segurança do paciente*. Cogitare Enfermagem. 2016, vol. 21, n. 3. Disponível em: <<http://udg.redalyc.org/articulo.oa?id=483653826022>>. Acesso em: 28 out. 2018.

GRAY, David E. Pesquisa no mundo real. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2012.

HARADA, Maria de Jesus Castro Sousa (Coord.). *O erro humano e a segurança do paciente*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

HARADA, M. J. C. S. et al. *Segurança na administração de medicamentos em Pediatria*. Acta Paul. Enfermagem. [online]. 2012, vol. 25, n.4. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000400025>>. Acesso em: 2 abr. 2018.

Hospital de caridade e Beneficência – HCB. Desenvolvido pelo Hospital de Caridade e Beneficência. *Apresenta informações sobre a instituição*. 2018. Disponível em: <<http://www.hcb.com.br/?area=servicos>>. Acesso em: 15 mai. 2018.

JACOBSEN, Thiely Fernandes; MUSSI, Miriam Moreira; SILVEIRA, Marysabel Pinto Telis. *Análise de erros de prescrição em um hospital da região sul do Brasil*. Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde. São Paulo, 2015, vol. 6 n. 3. Disponível em: <<http://www.sbrafh.org.br/rbfhss/public/artigos/2015060304000800BR.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2018.

LACERDA, M. R.; COSTENARO; R. G. S. (Org.) *Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática*. 1. ed. Porto Alegre: Moriá Ed., 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

NATIONAL Patient Safety Foundation. *Livres de danos: Acelerar a melhoria da segurança do paciente quinze anos depois de TO Err Is Human*. Relatório de um painel de especialistas, 2015.

OGUISSO, Taka (Org.). *Trajatória histórica da enfermagem*. 1. ed. Barueri: Manole, 2014. (Série Enfermagem) Disponível em: <http://online.unisc.br/biblio/biblioteca_s/php/login_usu.php?flag=pearson_restrito.php>. Acesso em: 18 mai. 2018.

OLIVEIRA, R. C.; CAMARGO, A. E. B.; CASSIANI, S. H.B. *Estratégias para prevenção de erros de medicação no Setor de Emergência*. Revista Brasileira de Enfermagem, 2005. v. 58, n. 4: 399-404. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n4/a04v58n4.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2018.

OLIVEIRA, R. M. et al. *Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências*. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 2014, v. 18, n. 1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0122.pdf>>. Acesso em 24 nov. 2018.

OLIVEIRA, Reynaldo Gomes de. *Blackbook: enfermagem*. 1. ed. Belo Horizonte: Blackbook, 2016.

PERDIGÃO, P.; OLIVEIRA, R. P.; RAMOS, S. *Erros relacionados aos medicamentos*. In: SOUSA, P.; MENDES, W., (orgs). Segurança do paciente:

conhecendo os riscos nas organizações de saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014. Vol. 1, Disponível em: < <http://books.scielo.org/id/8h47w/pdf/sousa-9788575415955-10.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2018.

PEREIRA, C. D. F. D.; TOURINHO, F. S. V.; SANTOS, V. E. P. *Segurança do Paciente: Avaliação do Sistema de Medicação por Enfermeiros Utilizando Análise Fotográfica*. Enfermagem em Foco. 2016, vol. 7 n.1. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/672/290>>. Acesso em: 19 abri. 2018.

PEREIRA, F. G. F. et al. *Conformidades e não Conformidades no Preparo e Administração de Antibacterianos*. Cogitare. Enfermagem. 2016, vol. 21 n. esp. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45506/pdf>>. Acesso em: 13 mar.2018.

PEREIRA, M. D.; SOUZA, D. F.; FERRAZ, F. *Segurança do paciente nas ações de enfermagem hospitalar: uma revisão integrativa de literatura*. Revista Inova Saúde, Criciúma, 2014, vol. 3, n. 2: 55-87..Disponível em: <http://periodicos.unesc.net/Inovasaude/article/view/1746/1672>. Acesso em: 17 mai. 2018.

REIS, G. A. X. et al. *Implantação das estratégias de segurança do paciente: percepções de enfermeiros gestores*. Texto Contexto Enfermagem, 2017; v. 26, n.2. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt_0104-0707-tce-26-02-e00340016.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2018.

SAKS, M.; ALLSOP, J. (Org.). *Pesquisa em saúde: métodos qualitativos, quantitativos e mistos*. São Paulo: Roca, 2011.

SILVA, J. S. D. et al. *Erros de prescrição e administração envolvendo um medicamento potencialmente perigoso*. Revista de Enfermagem UFPE on line., 2017 V.11, n.10. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/13807/24405>>. Acesso em: 24 nov.2018.

SIQUEIRA, C. L. et al. *Sentimentos Experimentados por Equipes de Enfermagem Acerca dos Erros de Medicação*. Cogitare Enfermagem. 2016, vol. 21 n. esp. Disponível em: <<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1497/45411-184745-1-pb.pdf>>. Acesso em: mar. 2018.

SVOBODA, Michelle Silva Nunes. *Erros de Medicação: Revisão da Ocorrências em Hospitais Brasileiros*. Porto Alegre, 2013. Trabalho de conclusão de curso (Faculdade de Farmácia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

TOMAZ, Amanda Rocha Amaral Nogueira *Evidências científicas sobre segurança do paciente: uma revisão integrativa*. Niterói, 2014. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Enfermagem). Universidade federal Fluminense.

UNISC. Desenvolvido pela Universidade de Santa Cruz do Sul. 1995-2018. *Apresenta informações gerais sobre a instituição*. Disponível em: <<http://www.unisc.br>>. Acesso em: 15 mai. 2018.

VOLPATTO, B. M. et al. *Erros de medicação em pediatria e estratégias de prevenção: revisão integrativa*. Enfermagem.2017, v. 22. n 1. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45132/pdf>>. Acesso em: 27 mar. 2018.

VOLPE C. R. G. et al. *Fatores de risco para erros de medicação na prescrição eletrônica e manual*. Revista Latino Americana de Enfermagem. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02742.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2018.

WALDOW, Vera Regina. *Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem*. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2012. (Série Enfermagem). Disponível em: <http://online.unisc.br/biblio/biblioteca_s/php/login_usu.php?flag=pearson_restrito.php>. Acesso em: 30 mai.2018.

WEGNER, W. et al. *Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional*. Escola Anna Nery [online] 2016, vol. 20, n. 3. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000300212&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 22 abr.2018.

APENDICE A – Formulário para registro de dados para análise de erros na administração de medicamentos

Formulário para registro de dados para análise de erros de omissão na administração de medicamentos				
Registro de dados analisados nos prontuários	Data: ___/___/_____			
	Leito nº: _____			
	Prescrição nº: _____			
	TARDE	NOITE	MANHÃ	TOTAL
Número total de medicamentos a serem checados no turno				
Número de medicamentos checados				
Número de medicamentos não checados				
Número de medicamentos circulados				
Número de medicamentos com horário alterado				
Número de medicamentos não administrados sem justificativa				
Formulário para registro de dados para análise de erros de prescrição de medicamentos				
Registro de dados analisados nos prontuários	TARDE	NOITE	MANHÃ	TOTAL
Número total de medicamentos prescritos				
Número de medicamentos prescritos com erro de dosagem				
Número de medicamentos prescritos com erro de apresentação				
Número de medicamentos prescritos com erro de via de administração				
Número de medicamentos prescritos com erro de diluição				

APENDICE B – Formulário para registro de dados para análise de erros na administração de Medicamentos Potencialmente Perigosos

Formulário para registro de dados para análise de erros de omissão na administração de medicamentos potencialmente perigosos - _____				
Registro de dados analisados nos prontuários	Data: ___/___/_____			
	Leito nº: _____			
	Prescrição nº: _____			
	TARDE	NOITE	MANHÃ	TOTAL
Número total de medicamentos a serem checados no turno				
Número de medicamentos checados				
Número de medicamentos não checados				
Número de medicamentos circulados				
Número de medicamentos com horário alterado				
Número de medicamentos não administrados sem justificativa				
Número de medicamentos com erro de diluição				
Formulário para registro de dados para análise de erros de prescrição de medicamentos potencialmente perigosos - _____				
Registro de dados analisados nos prontuários	TARDE	NOITE	MANHÃ	TOTAL
Número total de medicamentos prescritos				
Número de medicamentos prescritos com erro de dosagem				
Número de medicamentos prescritos com erro de apresentação				
Número de medicamentos prescritos com erro de via de administração				

Medicamentos potencialmente perigosos: Analgésicos opioides, antiarrítmicos endovenosos, antitrombóticos, bloqueadores neuromusculares, hipoglicemiantes orais, insulinas, sedativos endovenosos de ação moderada, soluções de nutrição parenteral.

**ANEXO A – Indicador do Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e
Administração de Medicamentos**

Sessão do protocolo	Indicador	Responsável pela coleta
Práticas seguras para administração de medicamentos	<p align="center">Taxa de erros na administração de medicamentos</p> $\frac{\text{n}^\circ \text{ de medicamentos com erro de administração}}{\text{n}^\circ \text{ total de medicamentos administrados}} \times 100$	Enfermeiro (Pesquisadora)

Adaptado de: Brasil,2013.

**ANEXO B – Indicador do Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e
Administração de Medicamentos**

Sessão do protocolo	Indicador	Responsável pela coleta
Práticas seguras para prescrição de medicamentos	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de medicamentos com erro de prescrição}}{100} \times \text{n}^\circ \text{ total de medicamentos prescritos}$	Enfermeiro (Pesquisadora)

Adaptado de: Brasil, 2013.

ANEXO C – Ofício de solicitação à Instituição

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL – UNISC
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM E ODONTOLOGIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Santa Cruz do Sul, julho de 2018.

Ofício de solicitação à instituição

Prezada Senhora Lisia Noal Vieira da cunha

Eu, Luciane Aparecida da Rosa Machado, acadêmica do curso de enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul, juntamente com a professora enfermeira do Departamento de Enfermagem e Odontologia Amélia Natália Marques Cerentini, solicitamos a vossa senhoria a viabilidade de realizar o Projeto de Pesquisa intitulado **"SEGURANÇA DO PACIENTE: ANÁLISES DE FATORES ASSOCIADOS À ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS"**, e declaramos nossa responsabilidade pelo desenvolvimento do protocolo deste estudo.

Atenciosamente,

Luciane Aparecida da Rosa Machado

Acadêmica

Profª. Enfª. Ms. Amélia Natália Marques Cerentini

Orientadora

ANEXO D – Carta de Aceite da Instituição Parceira

Santa Cruz do Sul, 14 de agosto de 2018.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, CEP-UNISC

Prezados Senhores,

Declaramos para os devidos fins conhecer o projeto de pesquisa intitulado: **"SEGURANÇA DO PACIENTE: ANÁLISES DE FATORES ASSOCIADOS À ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS"**, desenvolvido pela acadêmica Luciane Aparecida da Rosa Machado do Curso de Enfermagem, da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, sob a orientação da professora Amélia Natália Marques Cerentini, bem como os objetivos e a metodologia da pesquisa e autorizamos o desenvolvimento no Hospital de Caridade e Beneficência de Cachoeira do Sul na Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Informamos concordar com o parecer ético que será emitido pelo CEP-UNISC, conhecer e cumprir as Resoluções do CNS 466/12 e 510/2016 e demais Resoluções Éticas Brasileiras. Esta instituição está ciente das suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e no seu compromisso do resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para tanto.

Atenciosamente,

Lisia N. Vieira da Cunha
 Coordenadora R.H.
 CEP 07/09/58
 Hospital Caridade e Beneficência

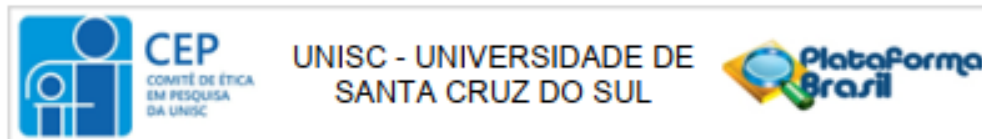


Hospital de Caridade e Beneficência

Sr(a). Lisia Noal Vieira da Cunha – Coordenador(a) de Recursos Humanos

87 768.735/0001 48
 HOSPITAL DE CARIDADE
 E BENEFICÊNCIA
 Rua Saldanha Marinho, 048
 CEP- 96.508.000
 Cachoeira do Sul - RS

ANEXO E – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SEGURANÇA DO PACIENTE: ANÁLISES DE FATORES ASSOCIADOS A ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Pesquisador: Amélia Natália Marques Cerentini

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 95940418.3.0000.5343

Instituição Proponente: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.861.104

Apresentação do Projeto:

Projeto em segunda versão.

Porque atendidas de forma suficiente e adequada as pendências apontadas quando da versão anterior, projeto aprovado e em condições de ser executado.

Objetivo da Pesquisa:

Projeto em segunda versão.

Porque atendidas de forma suficiente e adequada as pendências apontadas quando da versão anterior, projeto aprovado e em condições de ser executado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Projeto em segunda versão.

Porque atendidas de forma suficiente e adequada as pendências apontadas quando da versão anterior, projeto aprovado e em condições de ser executado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

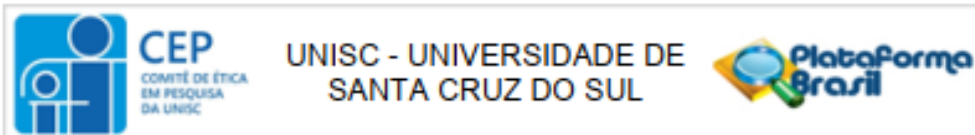
Projeto em segunda versão.

Porque atendidas de forma suficiente e adequada as pendências apontadas quando da versão anterior, projeto aprovado e em condições de ser executado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Projeto em segunda versão.

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
Bairro: Universitário **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 2.851.104

Porque atendidas de forma suficiente e adequada as pendências apontadas quando da versão anterior, projeto aprovado e em condições de ser executado.

Recomendações:

Projeto em segunda versão.

Porque atendidas de forma suficiente e adequada as pendências apontadas quando da versão anterior, projeto aprovado e em condições de ser executado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto em segunda versão.

Porque atendidas de forma suficiente e adequada as pendências apontadas quando da versão anterior, projeto aprovado e em condições de ser executado.

Considerações Finais a critério do CEP:

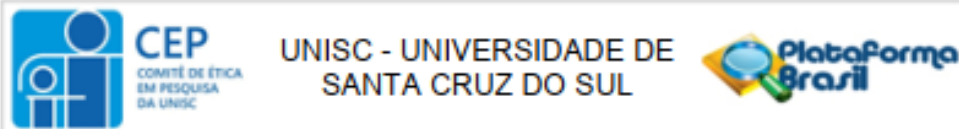
Projeto em segunda versão.

Porque atendidas de forma suficiente e adequada as pendências apontadas quando da versão anterior, projeto aprovado e em condições de ser executado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1176237.pdf	30/08/2018 11:52:30		Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_TCC.pdf	30/08/2018 11:50:12	Amélia Natália Marques Cerentini	Acelto
Orçamento	orcamento.pdf	30/08/2018 11:48:28	Amélia Natália Marques Cerentini	Acelto
Cronograma	CRONOGRAMA_CORRIGIDO.pdf	30/08/2018 11:47:48	Amélia Natália Marques Cerentini	Acelto
Outros	Resposta_de_pendencia.pdf	30/08/2018 11:40:30	Amélia Natália Marques Cerentini	Acelto
Outros	CartaAcelte.pdf	28/08/2018 23:28:29	Amélia Natália Marques Cerentini	Acelto
Outros	Oficio_.pdf	28/08/2018 23:22:40	Amélia Natália Marques Cerentini	Acelto
Outros	ofcio.pdf	13/08/2018 09:17:51	Amélia Natália Marques Cerentini	Acelto
Outros	carta.pdf	13/08/2018 09:10:31	Amélia Natália Marques Cerentini	Acelto
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	15/07/2018	Amélia Natália	Acelto

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
 Bairro: Universitário CEP: 96.815-900
 UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL
 Telefone: (51)3717-7680 E-mail: cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 2.861.104

Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	17:35:51	Marques Cerentini	Acerto
----------------	------------------	----------	-------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA CRUZ DO SUL, 31 de Agosto de 2018

Assinado por:
Renato Nunes
 (Coordenador)

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
 Bairro: Universitário CEP: 96.815-900
 UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL
 Telefone: (51)3717-7680 E-mail: cep@unisc.br