

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

GRAZIELA PENA MARTINS

**Caracterização do tipo e gravidade dos erros de medicação notificados em um hospital  
universitário**

Porto Alegre

2012

GRAZIELA PENA MARTINS

**Caracterização do tipo e gravidade dos erros de medicação notificados em um hospital  
universitário**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação  
em Enfermagem da Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul como requisito parcial para  
obtenção do título de Enfermeiro.  
Orientadora: Profª Drª Enaura Helena Brandão  
Chaves

Porto Alegre

2012

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pois sem ele não teria forças para essa longa jornada.

Ao meu querido pai, Jaime Borba Martins, que foi um exemplo de força, coragem e determinação diante as dificuldades impostas pela vida. Tenho certeza de onde estiver estará guiando os meus caminhos e acima de tudo feliz por mais uma etapa conquistada com êxito.

A minha querida mãe, Teresinha Claudete Pena, por todo apoio emocional, carinho, paciência e apesar de todos os obstáculos impostos pela vida não me deixou desistir.

Enfim obrigada, pai e mãe, pela dedicação, incentivo e amor incondicional.

A minha querida família paterna pelo carinho e apoio.

Aos meus colegas e, principalmente aos meus queridos amigos Daniela Correa, Karoline Ritter, Rafael Frigotto, Viviane Maciel, Laura Silveira, Flávia Vilela, Fernanda Lacerda, Renata Severino e Bianca Nascimento que me acompanharam durante essa longa trajetória, que me confortaram e me estimularam no momento em que mais precisei além de fazer os meus dias mais felizes.

A minha professora orientadora, Enaura H. Brandão Chaves pelo carinho, paciência e pelo empenho pela minha formação como profissional.

A Comissão de Medicamentos (COMEDI) e ao Serviço de Farmácia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) pela a atenção e disponibilidade.

A todos os mestres da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul pelo aprendizado tanto pessoal como profissional ao longo dos últimos quatro anos e meio.

“Você não sabe o quanto eu caminhei  
Pra chegar até aqui  
Percorri milhas e milhas  
Antes de dormir [..]”

A Estrada (Cidade Negra)

## RESUMO

**Introdução:** Os erros de medicação podem trazer danos e prejuízos diversos ao paciente, desde o aumento do tempo de permanência na instituição hospitalar, necessidade de intervenções diagnósticas e terapêuticas até, consequências trágicas, como a morte. No Brasil, não se conhece a magnitude real do problema dos erros de medicação, embora se constitua no quinto país em consumo de medicamentos, o primeiro na América Latina e o nono no mercado mundial farmacêutico em volume financeiro. **Objetivo:** Caracterizar os erros de medicação notificados em uma instituição hospitalar de alta complexidade em relação ao tipo e a classificação. **Metodologia:** Estudo quantitativo, de caráter exploratório, documental e retrospectivo, desenvolvido em unidades de internação clínica, cirúrgica e pediátrica de um hospital de ensino. A população do estudo foi composta de 150 formulários de notificação de erros. A coleta de dados deu-se através da utilização dos registros obtidos nos formulários de notificação de erros de medicação coletados pelo Grupo de Uso Seguro (GUS), dispostos em um banco de dados. Os dados foram coletados no período de novembro a dezembro de 2012. Foram analisados através de análise estatística descritiva com frequência absoluta e percentual. **Resultados:** Obteve-se um total de 116 notificações de erros de medicação. Constatou-se que 43,51% foram classificados como erros de prescrição médica, 40,74% como erros de administração, 9,25% como erro de dispensação e 6,48% como erro de combinação. Quanto à gravidade dos erros de medicação, 15,5% foram classificados na categoria A, 35,3%, na categoria B, 23,3%, na categoria C, 10,3%, na categoria D, 12,9% na categoria E, 2,6% na categoria F. Não foram encontrados registros de erros de medicação que se enquadram nas categorias G, H e I. **Conclusão:** Foi possível avaliar os tipos e a gravidade de erros de medicação ocorrido em um hospital universitário. Salienta-se a necessidade de realizar mais estudos sobre a temática.

**Descritores:** Erros de medicação. Segurança do Paciente. Enfermagem.

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO .....</b>   | <b>3</b>  |
| <b>2 OBJETIVO.....</b>  | <b>7</b>  |
| <b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>                                     | <b>8</b>  |
| <b>3.1 Segurança do paciente .....</b>                                  | <b>8</b>  |
| <b>3.2 Conceitos Gerais.....</b>  | <b>9</b>  |
| 3.2.1 Acidentes com medicamentos .....                                  | 9         |
| 3.2.2 Reação adversa a medicamento .....                                | 10        |
| 3.2.3 Erros de medicação .....  | 11        |
| 3.2.4 Eventos adversos relacionados a medicamentos .....                | 11        |
| 3.2.5 Diferença entre erros de medicação e reações adversas.....        | 12        |
| <b>3.3 Classificação dos erros de medicação.....</b>                    | <b>12</b> |
| 3.3.1 Erro de prescrição .....  | 14        |
| 3.3.2 Erro de dispensação.....  | 15        |
| 3.3.3 Erro de administração .....                                       | 16        |
| <b>3.4 Classificação dos erros de medicação quanto à gravidade.....</b> | <b>16</b> |
| <b>3.5 Causas dos erros de medicação.....</b>                           | <b>18</b> |
| <b>3.6 Sistema de utilização de medicamentos .....</b>                  | <b>19</b> |
| <b>3.7 Custos dos erros de medicação .....</b>                          | <b>20</b> |
| <b>3.8 Notificação de Erros de Medicação .....</b>                      | <b>20</b> |
| <b>4 METODOLOGIA.....</b>   | <b>22</b> |
| 4.1 Tipo de estudo .....  | 22        |
| 4.2 Local do estudo.....  | 22        |
| 4.3 População e amostra .....   | 23        |
| 4.4 Coleta de dados .....   | 23        |
| 4.5 Análise de dados .....  | 24        |
| <b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>                                    | <b>26</b> |
| <b>REFERENCIAS.....</b>   | <b>37</b> |
| <b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO PARA O USO DE DADOS .....</b>    | <b>43</b> |
| <b>ÂPENDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....</b>                | <b>44</b> |
| <b>ANEXO I - CARTA DE APROVAÇÃO COMPESQ- EENF.....</b>                  | <b>45</b> |
| <b>ANEXO II - CARTA DE APROVAÇÃO GPPG- HCPA.....</b>                    | <b>46</b> |
| <b>ANEXO III – CARTA DE APROVAÇÃO CEP- HCPA.....</b>                    | <b>47</b> |
| <b>ANEXO IV- FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE ERROS DE MEDICAÇÃO .....</b>       | <b>49</b> |
| <b>ANEXO V - ALGORITMO PARA ESTABELECIMENTO DO GRAU DO DANO .....</b>   | <b>50</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

Nas instituições de saúde, o sistema de medicação é constituído por diversas etapas e processos em que a prescrição é de responsabilidade do médico; a distribuição e dispensação do medicamento são responsabilidades do farmacêutico e da equipe da farmácia, e o preparo, a administração e o monitoramento das reações do paciente são atribuições do enfermeiro e da equipe de enfermagem (OPITZ, 2006).

Neste contexto, o erro como e por que acontece, seja na área da saúde ou em qualquer outra, abre um leque de possibilidades para estudos relacionados à mente humana e seu aspecto cognitivo, como também, para análise das circunstâncias externas e fatores ambientais (BOHOMOL; RAMOS 2007).

Segundo Bohomol e Ramos (2007) os erros de medicação podem trazer danos e prejuízos diversos ao paciente, desde aumento do tempo de permanência na instituição hospitalar, necessidade de intervenções diagnósticas e terapêuticas até, conseqüências trágicas, como a morte.

O *National Center for Health Statistics*, nos Estados Unidos da América (EUA), apresentou em 1997, um estudo sobre as razões de morte de pacientes em hospitais americanos e mostrou que 44.000 foram causadas por eventos relacionados a medicamentos. Este montante excedeu as mortes atribuídas a acidentes com carros (43.458), câncer de mama (43.397) e AIDS (16.516). Além dos aspectos relacionados ao indivíduo, foram apresentados os econômicos, ou seja, os custos relacionados às perdas de rendimento profissional, queda de produção doméstica e outros prejuízos correlacionados. Os valores foram estimados entre 17 e 29 bilhões de dólares, sem considerar as questões jurídicas que normalmente envolvem estas causas (BOHOMOL; RAMOS 2007).

No Brasil, não se conhece a magnitude real do problema dos erros de medicação, embora ele se constitua no quinto país em consumo de medicamentos, o primeiro lugar na América Latina e o nono no mercado mundial farmacêutico em volume financeiro (CASSIANI, 2005).

Assim em 2001, o país foi admitido pela Organização Mundial de Saúde como o 62º país a fazer parte do Programa Internacional de Monitorização de Medicamentos da OMS, coordenado pelo *The Uppsala Monitoring Centre – WHO Collaborating Centre for International Drug Monitoring*, localizado na Suécia (CASSIANI, 2005).

Vale ressaltar que nem todos os erros resultam em danos, pois erros que acarretam prejuízos ou lesões são denominados eventos adversos, ou agravos decorrentes de intervenções realizadas por profissionais de saúde e não relacionadas a condições intrínsecas do paciente, sendo que nem todos os eventos adversos são relacionados a erros (YAMANAKA et, al 2007). Um evento adverso deve ser prevenido por profissionais de saúde, ou seja, os mesmos devem possuir conhecimentos para abolir ou diminuir suas conseqüências deletérias, caso venham a surgir, sendo que, poderia constituir-se em erro a não adoção destas medidas de prevenção ou intervenção (YAMANAKA et, al 2007).

Segundo Anacleto et.al (2010), a visão e a análise sobre os erros humanos podem ser feitos de duas maneiras: a abordagem pessoal e a sistêmica. Essas duas abordagens são praticamente antagônicas e influenciam, diretamente, no entendimento das causas e conseqüências dos erros humanos.

Destaca-se ainda, no que diz respeito aos erros de medicação, a presença da subnotificação devido ao medo e ao receio presentes em tais situações. O desconhecimento do que seja efetivamente um erro, o desconhecimento perante as intercorrências com o paciente e o temor quanto ao futuro profissional, também são fatores que levam a equipe de saúde a não relatar o erro de medicação (TELLES FILHO et al, 2011).

O sistema de saúde, em geral, adota, a abordagem individual na análise e na tomada de decisão sobre os erros. As medidas corretivas provenientes da abordagem pessoal significam, quase sempre, medidas disciplinares como reprimendas orais ou escritas, suspensões, punições e até demissão (ANACLETO, et al, 2010). O indivíduo, quando comete um erro em ambiente regido por estas normas, sente vergonha, medo e frustração, entre outros sentimentos negativos. A mensagem passada é: “coisas erradas acontecem com pessoas ruins” (ANACLETO, et al, 2010).

Este tipo de evento tem sido objeto de preocupação dos gestores de saúde, e os erros de medicação, definidos como qualquer erro no processo de prescrição, dispensação ou administração de uma medicação vêm chamando especial atenção, pois são os que mais freqüentemente ocorrem em hospitais, trazem danos ao paciente, contribuem para depreciação profissional e podem, também, aumentar os custos das internações hospitalares (BOHOMOL; RAMOS 2007).

Os erros de medicação no processo da administração de medicamentos têm sido identificados em vários estudos nacionais e internacionais, apresentando frequência de 14,9 a 59,5% (TELLES FILHO et al, 2011). Entre os fatores que ocasionam tais erros, destacam-se: letra ilegível ou ambígua na prescrição médica, dispensação pela farmácia de medicamento



diferente da prescrição, erro na via de administração do medicamento e interação medicamentosa (TELLES FILHO et al, 2011).

Ressalta-se que a administração de medicamentos é uma das intervenções mais utilizadas no ambiente hospitalar, sendo uma das atividades mais sérias e de maior responsabilidade da equipe de enfermagem; portanto, é de extrema importância que as equipes de enfermagem estejam preparadas para realizar tal atividade com eficiência e segurança, e que possuam conhecimento técnico científico para alcançar os objetivos da terapêutica implementada, protegendo o paciente e prevenindo erros durante a administração de medicamentos (FREITAS, 2008).

Frente a este contexto de punição aqueles que cometem erros de medicação, o HCPA buscou um modelo de gestão baseado na acreditação hospitalar pela *Joint Commission on Accreditation of Health-Care Organization*. Assim, a Comissão de Medicamentos (COMEDI) do HCPA em parceria com o Serviço de Farmácia criaram o Grupo de Uso Seguro.

O Grupo de Uso Seguro (GUS) é um grupo multidisciplinar ligado à Comissão de Medicamentos e ao Serviço de Farmácia que se destina a implementar estratégias integradoras para o uso seguro de medicamentos, com vistas à prevenção de erros de medicação e eventos adversos decorrentes do uso de fármacos no ambiente hospitalar. As ações são coordenadas por um grupo permanente de trabalho, voltado para a segurança no uso de medicamentos. É constituído por representantes da Comissão de Medicamentos, do Serviço de Farmácia e do Grupo de Enfermagem.

O grupo reúne-se semanalmente na sala da Comissão de Medicamentos no HCPA, quando são discutidos os erros ocorridos nas unidades. O grupo utiliza como metodologia a notificação anônima para identificar os erros que ocorrem no hospital. Assim, são disponibilizadas urnas coletoras em todas as unidades hospitalares, onde os funcionários podem depositar seus relatos de erros de medicação. A partir da análise dessas notificações são estabelecidas pelo grupo, diferentes estratégias para redução dessas falhas, garantindo maior segurança nas diversas etapas da administração de medicamentos.

A proposta desse trabalho surgiu devido ao fato de autora ter realizado estágio não-obrigatório no Serviço de Enfermagem em Terapia Intensiva (SETI) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) do período de maio de 2011 a abril de 2012 e durante esse período ter tido oportunidade de participar das reuniões do Grupo de Uso Seguro (GUS) da Comissão de Medicamentos (COMEDI) do HCPA onde são discutidos os erros de medicação que acontecem no âmbito hospitalar e as devidas providências a serem tomadas.

Devido à importância dessa temática no que diz respeito à segurança do paciente e por ser uma das exigências dos programas de Acreditação Hospitalar, em que o HCPA está inserido (*Joint Commission on Accreditation of Health-Care Organization*), além do fato de que atualmente a temática “segurança do paciente” encontrar-se em grande evidência nos veículos de comunicação a autora decidiu-se abordar essa temática neste trabalho de conclusão de curso.

Este estudo torna-se relevante à medida que a equipe de enfermagem faz parte do complexo sistema de medicação e para essa categoria cabem as últimas etapas do processo, preparação e administração, sendo essas, parte importante de sua atividade cotidiana e legal. É de extrema importância que esses profissionais tenham conhecimentos para que possíveis erros sejam interceptados. Ressalta-se que o conhecimento dos tipos de erros mais frequentes auxilia na implantação de estratégias para promoção da segurança do paciente evitando prejuízos a instituição, no que diz respeito a custos e a credibilidade da mesma perante a sociedade. Além disso, é notória a preocupação com os aspectos educativos que devem originar-se à medida que são constatadas deficiências em qualquer uma das etapas do processo de administração de medicamentos em instituição de saúde.

Isto posto o estudo terá como questão norteadora: *Quais são os tipos de erros de medicação mais frequentes em um hospital universitário de alta complexidade e como os mesmos são classificados?*

## **2 OBJETIVO**

Caracterizar os erros de medicação notificados em uma instituição hospitalar de alta complexidade em relação ao tipo e a classificação quanto à gravidade.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Segurança do paciente

A segurança do paciente tem sido fortemente debatida nos últimos anos, sobretudo por estar associada ao sinônimo de qualidade da assistência nos serviços de saúde. Embora a atenção dos pesquisadores e gestores da área, no que se refere à qualidade da assistência pareça ser recente, as iniciativas para o controle e avaliação da qualidade do atendimento na enfermagem iniciaram com Florence Nightingale, ao identificar correlação entre medidas de cuidados adequados e a queda da mortalidade entre os soldados feridos na guerra da Criméia (VIANA, 2011).

O uso seguro e apropriado dos medicamentos é um processo complexo que envolve profissionais de várias áreas, conhecimento sobre medicamentos, pronto acesso à correta e completa informação sobre o paciente e uma série de decisões inter-relacionadas (NERI, 2004).

Após uma série de estudos relatando a ocorrência de lesões e mortes resultantes de erros na área de saúde, o *Institute of Medicine dos Estados Unidos (EUA)* publicou em 2000 a obra mais importante realizada sobre o tema até o momento, o relatório *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Os autores baseados em estudos epidemiológicos norte-americanos estimam que ocorram entre 44.000 a 98.000 mortes anuais no país devido a erros de assistência à saúde (BELELA et al 2011).

Desde então, a temática segurança do paciente ocupa lugar de destaque na literatura internacional, sendo que várias iniciativas, têm sido adotadas com o objetivo de prevenir erros e danos ao paciente, e promover a qualidade e o cuidado, incluindo a formação de grupo de estudos e de trabalhos de diferentes organismos, destacando-se as recomendações produzidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (BELELA et al 2011).

Todos os anos, centenas de milhares de pacientes sofrem danos ou morrem devido à falta de segurança em procedimentos médicos ou hospitalares e outros ficam com sequelas temporárias ou definitivas como consequência desse tipo de assistência (FIOCRUZ, 2012). A segurança dos pacientes é um princípio fundamental nos cuidados de saúde, pois cada etapa do processo de prestação de cuidados contém certo grau de insegurança inerente. Por conta disso, em 2004, a OMS deu início ao desenvolvimento de uma gama de materiais para treinamento e formação, visando auxiliar os indivíduos e as organizações na melhoria de sua compreensão e conhecimento sobre a segurança do paciente (FIOCRUZ, 2012).

Segundo Reason (2000), para compreender como os erros acontecem e como comprometem a segurança do pacientes, existem duas abordagens: a centrada na pessoa e a centrada no sistema. Diferente da abordagem individual, baseada em descuido, negligência e imprudência, a abordagem sistêmica tem como pressuposto básico que os seres humanos são falíveis e os erros humanos são esperados nas melhores organizações. Tendo por base tal premissa, os erros são visualizados como consequências e não causas, tendo suas origens em fatores sistêmicos.

Nesse sentido, no caso específico da enfermagem, os enfermeiros podem contribuir significativamente para manter a segurança dos pacientes, contribuindo para a melhoria do sistema com um todo, em vez de reagir aos eventos que poderiam ser evitados. O papel privilegiado dos enfermeiros, que passam grande período de tempo com os pacientes e a coordenação de cuidados interdisciplinares, os coloca na linha de frente na segurança do paciente (VIANA, 2011). Segundo a teoria do queijo suíço de Reason (2000), a equipe de enfermagem na maioria das vezes, é a última barreira de prevenção de eventos adversos na assistência à saúde.

## **3.2 Conceitos Gerais**

### **3.2.1 Acidentes com medicamentos**

Denominam-se “acidentes com medicamentos” todos os incidentes, problemas ou insucessos, previsíveis ou não, produzidos ou não por erro, consequência ou não de imperícia, imprudência ou negligência, que ocorrem durante o processo de utilização dos medicamentos (CASSIANI, 2005, KAWANO 2006). Este conceito engloba todos os procedimentos envolvendo a utilização dos medicamentos que causem danos ou não ao paciente (KAWANO, 2006).

Desse modo, os acidentes com medicamentos são todos os “eventos adversos” relacionados a medicamentos, dividindo-se em “reações adversas” e “erros de medicação” (KAVANO, 2006).

### 3.2.2 Reação adversa a medicamento

Reação Adversa (RAM) é definida como qualquer efeito prejudicial ou indesejado que se apresente após a administração de doses de medicamentos normalmente utilizadas para profilaxia, diagnóstico ou tratamento de uma enfermidade. Sua definição expressa o risco inerente de problemas com os medicamentos quando usados corretamente (ROSA, 2003).

Atualmente a RAM são classificadas em seis tipos segundo a sua origem e características (AIZENSTEIN, 2011): As reações do tipo A tendem a ocorrer com maior frequência e estão relacionadas à dose. São previsíveis e menos graves, podem ser tratadas simplesmente com a redução da dose do medicamento (FIGUEIREIDO, et al 2009). Tendem ocorrer com os pacientes que apresentam uma dessas características: Podem ter recebido dose maior do que lhes é apropriada, ter recebido quantidade apropriada do convencional do medicamento, mas metaboliza-lo ou excreta-la de forma mais lenta que o usual apresentando níveis quantitativos muito elevados ou apresentar níveis normais do medicamento, porém, por alguma razão, são demasiadamente sensíveis a ele (FIGUEIREIDO, et al 2009).

Em contraste, reações do tipo B tendem a serem incomuns não relacionadas à dose, imprevisíveis e potencialmente mais graves. Quando ocorrem, é necessária a suspensão do medicamento (FIGUEIREIDO et al, 2009) . Elas podem ser consequentes do que é conhecido como reações de hipersensibilidade ou reações imunológicas. Também podem constituir reações idiossincráticas ao medicamento ou ser consequentes de algum outro mecanismo. Por isso, reações tipo B são mais difíceis de prever, ou mesmo identificar, e representam o foco principal da farmacoepidemiologia (FIGUEIREIDO et.al, 2009)

A reação adversa do tipo C é relacionada ao tempo ou suspensão do uso: envolvem alterações adaptativas e efeitos de rebote, que se manifestam após a suspensão súbita do uso de medicamentos, por exemplo, a tolerância associada a narcóticos e *dellirium tremens* em decorrência da abstinência ao álcool (KAWANO et al, 2006) . Já o tipo D apresenta efeitos tardios: são os casos de carcinogênese, comprometimento de fertilidade, teratogênese e outros efeitos prejudiciais de manifestação tardia, decorrente do uso de medicamento, por exemplo, o uso o desenvolvimento de hipotireoidismo pelo uso prolongado de iodo radioativo para tratamento de hipertireoidismo (KAWANO et at. 2006).

Finalmente o tipo E que ocorre durante a abstinência ou logo após a suspensão do medicamento e o tipo F ocorre devido a uma falha inesperada da terapia, é comum,

relacionada à dose, frequentemente causada por interação medicamentosa (AIZENSTEIN, 2011).

### 3.2.3 Erros de medicação

No contexto hospitalar, os erros de medicação podem ocorrer em uma ou mais etapas da cadeia terapêutica (prescrição, dispensação e administração de medicamentos), possuindo natureza multidisciplinar (NÉRI, 2004).

Segundo definição do *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* (NCCMERP, 2001): Um erro de medicação (EM) caracteriza-se por qualquer evento evitável que pode causar ou induzir ao uso inapropriado do medicamento ou prejudicar o paciente, enquanto a medicação está sob o controle de um profissional de saúde, paciente ou consumidor. Tais eventos podem ter relação com a prática do profissional, produtos, procedimentos e sistemas de atendimento a saúde, incluindo prescrição, comunicação, rótulos, embalagem e nomenclatura do produto, bem como, composição, preparo, distribuição, administração, educação, monitorização e utilização.

Podem ser subdivididos em erros reais e potenciais. Os erros reais são aqueles que foram detectados após a sua ocorrência e os erros potenciais são os equívocos em prescrição, dispensação, ou plano de administração de fármaco, os quais são detectados e corrigidos completamente, antes da administração dos mesmos em pacientes (AMERICAN SOCIETY OF HEALTH – SYSTEM PHARMACISTIS – ASHP, 1993).

Dois outros termos relacionados ao tema e também presentes na literatura são *erro em potencial* ou *quase erro*. Ambos se referem à ocorrência de um erro na prescrição, dispensação ou administração que é detectado e corrigido através de um processo chamado de *intervenção* antes da administração do medicamento ao paciente (AIZENSTEIN, 2011).

### 3.2.4 Eventos adversos relacionados a medicamentos

A American Society of Healthy-System Pharmacists define-os como qualquer injúria ou dano, advindo de medicamentos, provocados pelo uso ou falta do uso quando necessário. A presença do dano é, portanto, condição necessária para a caracterização do evento adverso (ANACLETO et al, 2010).

O risco de ocorrência de um evento adverso não é distribuído igualmente entre os pacientes, e o mesmo individuo pode sofrer múltiplos eventos durante o período de internação

hospitalar. Os principais fatores de risco associado a esses eventos são idade avançada, comorbidades, polifármacia, uso inapropriado de medicamentos e ilegitimidade nas prescrições. Esta última representa um indicador de qualidade da assistência em saúde e um fator que pode desencadear erros na administração de medicamentos e, conseqüentemente dano ao paciente (ROQUE, 2012).

Os eventos adversos podem ser evitáveis ou não evitáveis e compreendem no primeiro caso um EM no segundo uma RAM. Esta definição de eventos adversos é freqüentemente encontrada na literatura e se refere aos danos que ocorrem durante o tratamento farmacoterapêutico. Todavia, enfatiza-se que mesmo na presença de EM nem sempre ocorre um dano, pois este erro pode não chegar a atingir o paciente. Isto de certa forma prejudica o entendimento do termo EAM (AIZENSTEIN, 2011).

### 3.2.5 Diferença entre erros de medicação e reações adversas

Os eventos adversos preveníveis e potenciais relacionados a medicamentos são produzidos por erros de medicação, e a possibilidade de prevenção é uma das diferenças marcantes entre as reações adversas e os erros de medicação. A reação adversa a medicamento é considerada como um evento inevitável, ainda que se conheça a sua possibilidade de ocorrência, e os erros de medicação são, por definição, preveníveis (ANACLETO et al, 2010).

## 3.3 Classificação dos erros de medicação

A ASHP (1982) publicou uma classificação sobre erros de medicação que relacionava nove categorias diferentes de erros: erro de omissão, erro de administração de medicamento não autorizado, erro de dosagem e erro de administração, erro de frequência de administração e de forma farmacêutica, horário incorreto, preparação incorreta do medicamento e técnica inapropriada. Em 1993, a mesma instituição publicou uma atualização que inseria as seguintes categorias: erro de prescrição, erro de monitoramento e erro de dispensação de medicamento deteriorado, conforme apresentado no Quadro 1 (ANACLETO et al, 2010).

Posteriormente, em 2002 um grupo de farmacêuticos hospitalares espanhóis, com a permissão da *United States Pharmacopeia* (USP) e sob coordenação do *Institute for Safe Medication Practices* (ISMP) da Espanha, elaborou uma adaptação dessa classificação e em 2008 publicou a atualização. Essa classificação foi feita considerando: a. outras classificações



utilizadas por sistemas de notificação de incidentes ocorridos após a realização da primeira versão, sugestões feitas por profissionais de saúde na primeira versão, com experiência gerada a partir da análise dos erros ocorridos nos hospitais espanhóis e notificados ao ISMP Espanha (ANACLETO et al, 2010).

#### QUADRO 1: Tipos de erros de medicação

1. **Erros de prescrição:** seleção incorreta do medicamento (baseada na indicação, contra-indicação, alergias conhecidas, existência de certas terapias medicamentosas e outros fatores); dose, velocidade de infusão e instruções de uso inadequadas feitas pelo médico; prescrição ilegível que possa induzir ao erro.
2. **Erros de omissão:** não administração de uma dose prescrita para o paciente. Não se caracteriza como erro quando o paciente recusa a medicação ou se houver uma contra-indicação reconhecida. Situações de omissão da dose podem ser exemplificadas nos casos em que o paciente está fora da unidade para exames ou se o medicamento não estiver disponível, porém, a razão deve ser documentada apropriadamente no prontuário.
3. **Erros de horário:** administração de medicamento fora do intervalo de tempo pré-definido no prontuário do paciente. O intervalo de tempo máximo de atraso deve ser estabelecido em instituição.
4. **Erros de administração de uma medicação não autorizada:** administração de medicamento não autorizada pelo médico responsável pelo paciente. Pode ser exemplificado por: dar o medicamento errado; dar uma dose a um paciente errado; dar um medicamento não prescrito; dar uma dose fora das sugeridas pelos protocolos clínicos e guias de conduta.
5. **Erros de dose:** administração de uma dose maior ou menor que a prescrita ou administração de doses duplicadas ao paciente. Neste caso, devem ser excluídas as situações em que a administração está atrelada a padrões convencionalmente estabelecidos, em que a determinação da dosagem está relacionada à resposta do organismo (exemplo: administração de antitérmicos ou antipiréticos, conforme a temperatura corpórea ou insulina em função da glicemia), ou casos como prescrição de formas tópicas, que não são expressas quantitativamente.
6. **Erros de apresentação:** administração de um medicamento a um paciente em apresentação diferente da prescrita pelo médico. Exceções devem ser feitas aos protocolos institucionais regulamentados (estabelecidos por comissões de farmácia e terapêutica) que autorizam o profissional farmacêutico a dispensar apresentações alternativas para pacientes com necessidades especiais (por exemplo: formulações líquidas para pacientes com sondas nasogástricas ou que tenham dificuldade de deglutição).

7. **Erros de preparo:** medicamento incorretamente formulado ou manipulado antes da administração. Exemplos deste tipo de erro incluem: reconstituição ou diluição incorreta, mistura de medicamento física ou quimicamente incompatíveis.
8. **Erros da técnica de administração:** uso de procedimentos inapropriados ou técnicas inadequadas na administração da medicação. Neste tipo de classificação, são incluídas as medicações administradas por via errada (quando diferente da via prescrita); via correta, porém, em local errado (por exemplo: olho esquerdo em vez do olho direito) e velocidade de infusão incorreta.
9. **Erros com medicamentos deteriorados:** administração de medicamento com data de validade expirada ou quando a integridade física ou química está comprometida.
10. **Erro de monitoramento:** falha em rever um esquema prescrito para a devida adequação ou detecção de problemas, ou falha em usar apropriadamente dados clínicos, ou laboratoriais para avaliar a resposta do paciente à terapia prescrita.
11. **Erros em razão da aderência do paciente:** comportamento inadequado do paciente quanto à sua participação na proposta terapêutica.
12. **Outros erros de medicação:** quaisquer outros não enquadrados acima.

Fonte: *American Association of Hospital Pharmacists (ASHP), 1993*

### 3.3.1 Erro de prescrição

Nos EUA, falhas no processo de prescrição é o segundo procedimento mais caro e mais frequente envolvido em ações judiciais tornando-se, portanto, alvo de ações para reduzir sua ocorrência (SANTOS, 2010).

Erro de prescrição com significado clínico é definido como um erro de decisão ou de redação, não intencional, que pode reduzir a probabilidade do tratamento ser efetivo ou aumentar o risco de lesão no paciente, quando comparado com as práticas clínicas estabelecidas e aceitas (ANACLETO et.al, 2010). A falta de conhecimento do medicamento prescrito ou a sua dose recomendada além dos dados de identificação do paciente podem contribuir para o erro de prescrição. Outros fatores que podem contribuir: caligrafia ilegível, confusão com o nome de medicamento, o uso inadequado dos pontos decimais, o uso de abreviaturas e ordem verbal (WILLIAMS, 2007).

Erros de decisão são relacionados aos conhecimentos do prescritor ou não saber informações sobre a patologia de base do paciente. Segundo Rosa (2003) os erros de decisão

são classificados assim: forma farmacêutica, concentração, via de administração, intervalo e taxa de infusão incorreta. Os erros de redação relacionam-se ao processo de elaboração da prescrição, tais como ilegibilidade, uso de abreviaturas confusas, erro nas unidades entre outras (SANTOS, 2010).

### 3.3.2 Erro de dispensação

São apresentadas três definições. Entretanto, é preciso ressaltar que estas definições não abordam a possibilidade da prescrição médica estar errada e o atendimento de uma prescrição incorreta é também considerado erro de dispensação (ANACLETO et al, 2010). Definido como a discrepância entre a ordem escrita na prescrição médica e o atendimento dessa ordem.

- São erros cometidos por funcionários da farmácia (farmacêuticos, inclusive) quando realizam a dispensação de medicamentos para as unidades de internação.
- Erro de dispensação é definido como o desvio de uma prescrição médica escrita ou oral, incluindo modificações escritas feitas pelo farmacêutico após contato com o prescritor ou cumprindo normas ou protocolos preestabelecidos. E ainda considerado erro de dispensação qualquer desvio do que é estabelecido pelos órgãos regulatórios ou normas que afetam a dispensação (ANACLETO et al, 2010).

Erros de dispensação ocorrem em uma taxa de 1 a 24%. Ocorre principalmente com drogas que possuem o nome ou aparência semelhantes Exemplo: Lasix (furosemida) e Losec (omeoprazol) (WILLIAMS, 2007).

As farmácias têm como principal função a dispensação dos medicamentos de acordo com a prescrição médica, nas quantidades e especificações solicitadas, de forma segura e no prazo requerido, promovendo o uso seguro e correto de medicamentos. Assim, sua organização e sua prática devem prevenir que erros de dispensação aconteçam. (ANACLETO et al, 2010).

Falhas na dispensação significam o rompimento de um dos últimos elos na segurança do uso dos medicamentos. Mesmo considerando, que grande parte não cause danos aos pacientes, os erros de dispensação, demonstram fragilidade no processo de trabalho e indicam, em uma relação direta, riscos maiores de ocorrência de acidentes graves (ANACLETO et al, 2010).

### 3.3.3 Erro de administração

É qualquer desvio no preparo e administração de medicamentos mediante prescrição médica, não observância das recomendações ou guias do hospital ou das instruções técnicas do fabricante do produto. Considera-se ainda que não houve erro se o medicamento foi administrado de forma correta mesmo se a técnica utilizada contraria a prescrição médica ou os procedimentos do hospital (ANACLETO et al, 2010). Erros na administração de drogas em grande parte envolvem erros de omissão onde a droga não é administrada por uma variedade de razões (WILLIAMS, 2007).

Há um princípio fundamental na administração de medicamentos que todos da equipe de enfermagem conhecem e que lhes é enfatizado durante a formação profissional, denominado o princípio dos 5 certos, ou seja, que o medicamento certo, seja dado ao paciente certo, na dose certa, na via certa e no horário certo (CASSIANI, 2005).

A administração de medicamentos é uma das atividades mais sérias e de maior responsabilidade de enfermagem e, para sua execução, é necessária a aplicação de vários princípios científicos associados à existência de um sistema de medicação seguro, com processo desenvolvido para dificultar as oportunidades de erros, auxiliando o profissional a não errar (MIASSO et al, 2006). A equipe de enfermagem atua na parte final do processo de medicação, podendo prevenir os erros que porventura procedem de outra etapa e é muitas vezes responsabilizada por esses erros (CASSIANI, 2005).

### **3.4 Classificação dos erros de medicação quanto à gravidade**

Em 1998 o *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* (NCCMERP) publicou uma taxonomia de erros de medicação, classificando-os em diferentes tipos e subtipos (Quadro 2). Em 2001 essa mesma instituição publicou uma atualização, identificando nove categorias de erro em função da gravidade, considerando se houve ou não danos ao paciente, qual a duração e a extensão deste dano e se foi necessária alguma intervenção (NCCMERP, 2001).

**Quadro 2:** Classificação dos erros de medicação em função da gravidade.

| <b>Erro</b>   | <b>Categoria</b> | <b>Resultado</b>   |
|---------------|------------------|--|
| Sem dano      | A                | <p>Circunstâncias ou acontecimentos susceptíveis de originarem um erro.</p> <p>Ex: Diluída Piperacilina em Solução Fisiológica (SF), porém estava prescrita em Solução Glicosada (SG). Medicação não foi administrada.</p>   |
| Erro sem dano | B                | <p>Erro ocorrido, mas que não atinge o paciente.</p> <p>Ex: Meropenem não sendo administrado em dias da não realização da hemodiálise para incerteza da prescrição médica (item observação). Entendimento de que deveria ser administrado somente após hemodiálise e “dose de reforço”. Precisa-se mais clareza na prescrição.</p> |
|               | C                | <p>Erro ocorrido que atinge o paciente, no entanto não causa dano ao mesmo.</p> <p>Ex: Azitromicina prescrita para ser administrada em dias alternados, mas foi administrado em dois dias consecutivos.</p>  |
|               | D                | <p>Erro ocorrido que atinge o paciente e requer monitoramento para confirmar se houve dano ao paciente e/ou requer intervenção para impedir o mesmo.</p> <p>Ex: Paciente recebeu morfina endovenosa (EV), prescrição era de morfina subcutânea (SC).</p>   |
| Erro com dano | E                | <p>Erro ocorrido que pode ter contribuído ou resultado em dano temporário ao paciente e requer intervenção.</p> <p>Ex: Administrado Levofloxacino 500mg – dose única, sendo que a dose é 10mg/Kg/dia (13 kg) = 130mg/dia.</p>  |
|               | F                | <p>Erro ocorrido que pode ter contribuído ou resultado em dano temporário ao paciente e requer hospitalização inicial ou</p>   |

|                       |   |   |
|-----------------------|---|---|
|                       |   | prolongada.<br>Ex: Foi administrada glicerina 12% clister (retal) por via endovenosa. Paciente foi para UTI P (medidas preventivas conforme CTI). Prescrição correta. |
|                       | G | Erro ocorrido que pode ter contribuído ou resultado em dano permanente ao paciente.   |
|                       | H | Erro ocorrido que requer, necessariamente, intervenção para recuperação.  |
| Erro seguido de morte | I | Erro ocorrido que pode ter contribuído ou resultado na morte do paciente.   |

Fonte: National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention NCCMERP. 2001

### 3.5 Causas dos erros de medicação

As causas dos erros de medicação podem estar relacionadas com o sistema, a organização, os procedimentos de trabalho, os meios técnicos, as condições de trabalho e com os profissionais de saúde implicados diretamente no circuito de utilização dos medicamentos (OLIVEIRA, 2010).

A análise dos erros ocorridos nos Estados Unidos mostra que as causas dos erros de medicação são multifatoriais e muitos deles envolvem circunstâncias similares. Dentre as principais causas estão: falta de conhecimento sobre os medicamentos, falta de informação sobre o paciente, violação das regras, deslizes e lapsos de memória, erro de transcrição, falhas na interação com outros serviços, falhas na conferência de doses, problemas relacionados a bombas de infusão e dispositivos de infusão de medicamentos, inadequado monitoramento do paciente, problemas no armazenamento e dispensação, erros de preparo e falta de padronização de medicamentos (ANACLETO et al, 2010).

Silva (2004) ressalta que falhas no processo de comunicação entre as equipes envolvidas é considerada uma das principais causas de erros de medicação.

### 3.6 Sistema de utilização de medicamentos

Todas as etapas do processo de medicação envolvem a participação de vários profissionais da área de saúde e estão diretamente interligadas. Assim, a prescrição é de responsabilidade do médico, a dispensação e distribuição do medicamento estão sob a responsabilidade do farmacêutico e a administração e o monitoramento das reações do paciente são responsabilidade do enfermeiro (CASSIANI et. al, 2005).

Os profissionais envolvidos em cada um dos processos devem ter compreensão de que ao fazer parte de um sistema como o de medicação, suas ações podem interferir no comportamento do conjunto. Portanto, qualquer ação de uma parte, necessariamente pode afetar as ações dos outros profissionais e, conseqüentemente, o cuidado ao paciente. O profissional deve conhecer o seu papel na corrente de ações necessárias à medicação de um paciente, para que desempenhe seu papel com segurança, consciência e responsabilidade (OLIVEIRA, 2010).

O conceito de sistema abrange as relações entre as partes e o todo, uma vez que o conjunto de componentes relacionam-se e atuam na execução de um objetivo global. Esse conjunto pode ser representado por processos ou subsistemas, com funções e objetivos próprios que afetam o comportamento conjunto. Os elementos interagem com o ambiente em uma retroalimentação (feedback). Na visão sistêmica o profissional parte de um todo e o erro evidencia uma falha no processo (OLIVEIRA, 2010).

A Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) descreve cinco processos do sistema de medicação: seleção e obtenção do medicamento, prescrição, dispensação, preparo e administração de medicamentos e monitoramento do paciente em relação aos efeitos do medicamento. Porém, o número e o tipo de processos podem variar de um hospital para o outro. À medida que o sistema torna-se mais complexo, aumenta o risco para a ocorrência de erros de medicação (BOHOMOLL e RAMOS, 2006).

No sistema de medicação, os insumos são representados pelos pacientes e as informações acerca da terapia medicamentosa, o processo está relacionado à prescrição, dispensação, distribuição e administração de medicamentos; o resultado envolve os pacientes medicados com eficácia e o tratamento seguro; o feedback é representado pelo que realimenta o sistema, os relatórios e as informações geradas. O ambiente abrange o conjunto de fatores e de condições que influenciam esta prática fazendo com que o sistema se reajuste (OLIVEIRA, 2011).

### **3.7 Custos dos erros de medicação**

Os erros de medicação geram custos diretos e indiretos que recaem sobre a sociedade. Os custos diretos referem-se aos gastos decorrentes da realização de exames diagnósticos adicionais, ao aumento da permanência hospitalar, perda de produtividade, dentre outros. Os custos indiretos incluem fatores com a perda da credibilidade no sistema de saúde, sofrimento, bem como a frustração e desmotivação dos profissionais por não conseguirem oferecer uma assistência de qualidade (SANTOS, 2010).

Os erros de medicação trazem sérias consequências econômicas às instituições de saúde. Os gastos com medicamentos são altos nos hospitais. De agosto de 1999 a julho de 2000, os gastos referentes a 90% dos medicamentos empregados no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto-USP (713 leitos hospitalares), segundo dados da Comissão de Padronização de Medicamentos, foi na ordem de R\$ 22.508.646,32 até dezembro de 2000, os gastos chegaram a R\$ 27.880.540,32. Nos EUA Estima-se um gasto de aproximadamente US\$ 4.700 por evento adverso de medicamento evitável ou por volta de US\$ 2,8 milhões, anualmente, em um hospital de ensino com 700 leitos O custo anual de morbidade e mortalidade em unidades de ambulatório relacionadas aos medicamentos foi em 1997, nos EUA, na ordem de 76,6 bilhões de dólares, sendo que 60% destes custos poderiam ter sido evitados. Cada evento adverso de medicação aumenta a permanência do pacientes em 3,23 dias e o custo em \$4,655 dólares. Identificou-se um acréscimo de 4,6 dias e um aumento no custo da hospitalização de \$5,857 dólares americanos (CASSIANI et.al, 2005; FRANCO, 2010; SILVA, 2004).

### **3.8 Notificação de Erros de Medicação**

Atualmente o principal método para obtenção de informações de eventos adversos a medicamentos é a notificação voluntária (CANO, 2011). A notificação de um caso pode ser definida como registro de informações relativas a um paciente com evento adverso (anormalidade em teste laboratorial), que suspeita ter sido induzido por um medicamento. Identifica-se o paciente, o evento adverso, o medicamento suspeito e os demais medicamentos usados, fatores de risco e o notificador (WHO, 2000).

A subnotificação de erros é uma realidade vivenciada em vários países, mesmo os que já possuem sistemas estruturados para notificação de erros. No Brasil, alguns hospitais contam com instrumentos que auxiliam na notificação de erros, porém, não tem sistema de notificação de erros estruturados em nível nacional, no qual, além da notificação intra-



hospitalar, os hospitais possam fazer a notificação para um local que gerencie estes dados e divulgue relatórios sobre erros ocorridos, bem como estratégias para evitar novos erros e aumentar a segurança dos pacientes (MONZANI, 2006).

Uma das principais limitações da notificação espontânea é a subnotificação. De acordo com a The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JACHO), este método detecta apenas um em cada vinte eventos ocorridos (ROMERO E MALOONE, 2005).

Uma possível explicação para os baixos índices de notificação de eventos está relacionada à necessidade de tempo adicional para notificar. Outra explicação é a crença implícita que elas estão associadas a repercussões punitivas. Inquéritos mostram que enfermeiras e funcionários do hospital alegam que os relatos de incidentes podem impactar negativamente em suas carreiras ou nas de seus colegas (REZAR, ROZICH e CLASSEN, 2003).

As causas de subnotificação de erros apontadas pela literatura estão relacionadas tanto com a questão individual como: medo de censura, ser apontado como negligente ou incompetente, medo de exposição, desconhecimento do que é considerado erro, falta de credibilidade na notificação, medo de implicações legais como questões organizacionais. Outro fator que contribui para subnotificação é que muitos profissionais acreditam que somente se deve notificar um erro, quando traz algum dano ao paciente. Esta conduta deve ser modificada, pois sabe-se que um erro que não trouxe dano a um paciente pode trazer a outro, e uma vez que este é notificado deve-se investigar a sua causa, conduzindo a situação para preveni-lo futuramente (MONZANI, 2006).

Os profissionais têm que estar cientes que a ocorrência do erro, independente de causar ou não algum dano ao paciente constitui-se um indicio de problema no sistema de medicação que deve ser resolvido (MONZANI, 2006).

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de uma investigação quantitativa, de caráter exploratório, documental e retrospectivo.

A pesquisa exploratória têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. Habitualmente envolvem levantamento bibliográfico e documental, entrevistas não padronizadas e estudos de caso (GIL, 2008).

Geralmente, as pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato. Este tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis (GIL, 2008).

Segundo GIL (2008), a pesquisa documental guarda estreita semelhança com a pesquisa bibliográfica. A principal diferença entre as duas é a natureza das fontes: na pesquisa bibliográfica os assuntos abordados recebem contribuições de diversos autores, na pesquisa documental, os materiais utilizados geralmente não receberam ainda um tratamento analítico.

### **4.2 Local do estudo**

Foi realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)– RS, que é um hospital governamental, vinculado a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), que tem por finalidade ensino e pesquisa, mas que desempenha papel importante na assistência à saúde em nível terciário dentro do Sistema Único de Saúde.

O local do estudo foi um banco de dados criado pelo GUS, COMEDI e Serviço de Farmácia. Nesse banco de dados encontra-se informações que foram coletas das fichas de notificação de erros de medicação como: o tipo dos erros de medicação (prescrição, dispensação, administração ou combinação), se houve dano e a descrição deste, unidade de internação onde ocorreu o evento, o profissional envolvido, o profissional que notificou, além do número de notificações ocorridas em cada mês do ano. As fichas de notificação dos erros de medicação são provenientes das unidades de internação do Serviço de Enfermagem em

Clínica Médica (SECLIM), Serviço de Enfermagem Cirúrgica (SEC) e Serviço de Enfermagem Pediátrica (SEPED).

#### **4.3 População e amostra**

A população foi constituída de formulários de notificação de erros de medicação (ANEXO IV) oriundas das unidades de internação que compõem o Serviço de Enfermagem em Clínica Médica (SECLIM) representadas pelas unidades 5º, 6º e 7º Norte e 4º e 6º Sul, Serviço de Enfermagem Cirúrgica (SEC) composta pelas unidades 7º, 8º e 9º Sul e 8º e 9º Norte e Serviço de Enfermagem Pediátrica (SEPED) composto pelas unidades 10º Norte, 10º Sul, UTI Pediátrica e 3º Leste no período de janeiro a dezembro de 2011 perfazendo um total de 150 notificações. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão a amostra final correspondeu a 116 notificações. As informações utilizadas foram coletadas a partir de urnas distribuídas nas respectivas unidades devido à preocupação com o sigilo das respostas e o anonimato dos notificadores, objetivando-se dessa forma maior fidedignidade nos relatos. Os dados estão armazenados em um banco de dados criado pelo GUS no ano de 2010.

***Critérios de Inclusão:*** Foram incluídos todos os formulários preenchidos no período compreendido entre 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2011.

***Critérios de Exclusão:*** Foram excluídos da amostra os formulários que continham rasuras que impossibilitavam sua leitura.

#### **4.4 Coleta de dados**

Para obtenção dos dados foram utilizados os registros obtidos nos formulários de notificação de erros de medicação coletados pelo Grupo de Uso Seguro (GUS) nas unidades de internação clínica, cirúrgica e pediátrica. Os dados encontravam-se armazenados em um banco de dados criado no ano de 2010 pelo GUS, COMEDI e Serviço de Farmácia em um computador em forma de arquivo no Serviço de Farmácia do HCPA. O período de coleta de dados pela pesquisadora ocorreu no mês de novembro a dezembro do ano de 2012.

Foi elaborado um instrumento próprio pelo pesquisador (APÊNDICE B) onde continha dois quadros, no primeiro apresentou os três tipos de erros de medicação (prescrição, dispensação e administração) com os respectivos meses do ano e no segundo a classificação

dos erros de medicação conforme a gravidade e os meses do ano para que assim pudesse ser preenchido o número de erros notificados por mês no hospital.

#### **4.5 Análise de dados**

Os dados coletados foram agrupados primeiramente em três categorias: erro de prescrição, erro de dispensação e erro de administração. Para fins deste estudo, erro de prescrição foi considerado seleção incorreta do medicamento (baseada na indicação, contra-indicação, alergias conhecidas, existências de certas terapias medicamentosas e outros fatores), dose, velocidade de infusão e instruções de uso inadequado feito pelo médico (ASHP,1993), erro de dispensação qualquer discrepância entre a ordem escrita na prescrição médica e o atendimento desta além do atendimento de uma prescrição médica incorreta e erros de administração qualquer desvio no preparo e administração de medicamentos mediante a prescrição médica (erro de horário, erro de omissão, erro de dose, erro de apresentação, erro com medicamento deteriorado) (ASHP, 1993). Essa classificação foi realizada para determinar a frequência de cada tipo de erro de medicação.

Após as informações foram agrupados em nove categorias: categoria A (quase erro) as circunstâncias ou acontecimentos susceptíveis de originarem um erro. Categoria B houve o erro, porém não atingiu o paciente, categoria C o erro atinge o paciente, no entanto não causa danos, categoria D o erro atinge o paciente requer monitoramento para confirmar se houve dano ao paciente e/ou requer intervenção para impedir o mesmo. Lembrando que as categorias B,C e D não causam dano ao paciente (NCCMERP, 1998).

A categoria E, o erro ocorrido pode ter contribuído ou resultado em um dano temporário ao paciente e requer intervenção, categoria F o erro ocorrido pode ter contribuído ou resultado em dano temporário ao paciente e requer hospitalização inicial ou prolongada, categoria G o erro ocorrido pode ter contribuído ou resultado em dano permanente ao paciente, categoria H erro ocorrido requer necessariamente, intervenção para recuperação e categoria I erro contribuiu ou resultou em morte do paciente. As categorias E, F, G e H são classificados como erro com dano ao paciente e categoria I como erro seguido de morte (NCCMERP, 1998).

Para realizar o agrupamento dos dados foi necessário a utilização de um algoritmo criado pelo NCC MERP no ano de 2001 (ANEXO V), que apenas foi utilizado para a realização da classificação do erro de acordo com a gravidade do caso. O algoritmo considera fatores tais como se o erro atingiu ao paciente e, se o paciente foi prejudicado e em que grau.

Por fim, realizou-se análise estatística descritiva com frequência absoluta e percentual (POLIT, 1995).

#### **4.6 Aspectos éticos**

O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ-EENF) (ANEXO I) sob número 23565, pelo Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (GPPG-HCPA) sob número 120421 (ANEXO II) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP-HCPA) através da Plataforma Brasil sob registro CAEE número 07727412.7.0000.5327(ANEXO III).

Inicialmente, o pesquisador entregou a Comissão de Medicamentos e ao Serviço de Farmácia da instituição o Termo de Compromisso para Utilização de Dados para leitura e assinatura (APÊNDICE A). Para coleta de dados utilizou-se um instrumento próprio elaborado pelo pesquisador (APÊNDICE B)

A pesquisa foi baseada na obtenção de informações de um banco de dados. A confidencialidade e anonimato dos dados foram garantidos tendo em vista que os formulários foram preenchidos sem identificação da pessoa e do setor, tendo sido colocados em uma urna e recolhidos posteriormente junto às demais.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir apresenta-se os resultados do estudo:

### 5.1 Classificação do erros de medicação quanto ao tipo

Analizou-se 108 notificações , o que representa 67,33% da população do estudo, o que ocorreu tendo em vista que em 8 destes instrumentos este questionamento não se encontrava preenchido. No total, houve uma perda de 42 notificações nessa categoria em função de não preencherem os critérios de inclusão.

No gráfico 1 apresenta-se a classificação quanto aos tipos de erros de medicação: erro de prescrição, dispensação e administração. Em relação aos erros de prescrição médica, literatura aponta que mais da metade de todos os erros de medicação ocorrem no estágio de prescrição do medicamento e recomenda o estabelecimento de mecanismos que alertem o médico durante a prescrição, pois essa medida pode trazer impacto positivo na redução do número total de eventos adversos associados aos medicamentos e nos gastos com o serviço de saúde (KAWANO, 2006). Estudos internacionais apontam que a implementação de sistemas de prescrição eletrônica de medicamentos com apoio à decisão clínica pode reduzir significativamente a ocorrência dos eventos adversos relacionados aos medicamentos, melhorando a qualidade e eficiência do tratamento farmacológico (BATES, 2001).

Por outro lado segundo Wannmacher (2005) a implementação de sistema de prescrição médica computadorizada não tem eliminado totalmente os erros com medicamentos, apesar da expectativa. Um estudo norte-americano identificou 483 eventos adversos clinicamente significantes em 937 admissões em hospital com sistema computadorizado. A incidência foi de 52 eventos por 100 admissões (70 eventos/1000 pacientes-dias). Em 1/4 das hospitalizações ocorreu ao menos um evento adverso. Em 9% deles houve consequências sérias (WANNMACHER, 2005).

Uma prescrição de medicamento somente é completa se possuir: nome completo do paciente/cliente; data em que a prescrição foi feita, incluindo dia, mês, ano, horário; nome do medicamento, escrita correta (essencial para evitar confusão com homônimos); dose do medicamento a ser administrado; quantidade e tempo de infusão (se medicação endovenosa); via de administração; horário, frequência da administração e assinatura do médico, o que torna a prescrição um documento legal (CORBELINI, 2011). Acrescido aos aspectos acima descritos, as prescrições devem ser legíveis, sem apresentar equívocos, datadas e assinadas

com clareza para efetivar a comunicação entre o prescritor, o farmacêutico e o enfermeiro (CORBELINI, 2011).

A falta de alguns desses itens nas prescrições constituem os achados freqüentes de estudos sobre avaliação de sistemas. Preocupados com a ausência destes dados e como estes concorrem para a incidência de erros, o *National Coordinating Council for Medication Error Reporting* (NCCMERP) recomenda que toda prescrição de medicamentos deve incluir claramente, o nome da droga, a apresentação, a concentração e a dose do medicamento. Além destas, há o alerta para o prescritor evitar abreviações e para que as medicações usadas na pediatria posicionem o zero de forma correta.

Tradicionalmente, médicos decidem o medicamento a ser utilizado e a enfermagem e a farmácia implementam as decisões. A presença do farmacêutico clínico, fornecendo mais informações e promovendo o uso racional dos medicamentos bem como monitorando o processo de prescrição, preparo e administração dos medicamentos e desenvolvendo programas educacionais e protocolos de medicamentos podem evitar erros (LEAPPE et al, 1999).

Além disso, os médicos devem atualizar seus conhecimentos através da literatura, de consultas aos farmacêuticos, consultas a outros médicos, como também devem participar de programas de educação continuada para determinar uma terapia medicamentosa adequada aos seus pacientes, principalmente em casos de doenças ou em condições pouco comuns à sua prática (SILVA, 2004).

Quanto aos erros de administração, Bates (1995), afirma que de cada 100 pacientes admitidos em um hospital 34% sofrem erro de medicação no estágio de administração de medicamentos o que corrobora com o resultado encontrado no presente estudo.

A identificação adequada do paciente também se faz necessária para a segurança na administração de medicamentos, uma vez que pacientes com nomes parecidos, internados numa mesma enfermaria e recebendo um mesmo medicamento, porém em doses diferentes, podem ser facilmente confundidos, passando a receber uma dose inadequada para o seu tratamento (GIMENES 2010; MIASSO 2000).

Deve-se evitar deixar medicamentos com o paciente ou acompanhante para administrá-lo, pois aumentam as chances de ocorrência de erros de medicação, principalmente quando os pacientes não são devidamente orientados. A administração de medicamentos é de competência da equipe de enfermagem que está capacitada para tal tarefa.

Ressalta-se que, para prevenção de erros é importante que o profissional leia atentamente a prescrição médica e siga os 5 certos para que assim possa administrar a

medicação corretamente. Segundo Cassiani (2005) todos os profissionais da equipe de enfermagem conhecem e lhes é enfatizado durante a formação profissional, denominado o princípio dos 5 certos, ou seja, que o medicamento certo, seja dado ao paciente certo, na dose certa, na via certa e no horário certo.

Nas áreas metropolitanas de nosso país, podemos identificar, em praticamente todos os estabelecimentos comerciais de grande porte, o uso de leitores de códigos de barras. Funcionários cruzam corredores de supermercados munidos de scanners ou leitores ópticos portáteis de código de barras para auxiliar a solucionar as mais diferentes necessidades (PEREIRA, PETERLINI, HARADA 2005). Entretanto, em hospitais localizados nessas mesmas áreas, raramente se vêem enfermeiras checando o código de barras da medicação e da pulseira de identificação do paciente, possibilitando que, em tempo real e à beira do leito, realizem a medicação apenas após a confirmação do medicamento certo, no paciente certo, na hora certa, na dose certa e na via certa (PEREIRA, PETERLINI, HARADA 2005).

Yang et al (2001) classificam os sistemas de código de barras em três níveis: Nível 1 quando o sistema checa a execução dos cinco certos; Nível 2 quando integram informações online sobre o medicamento e o serviço de farmácia; e Nível 3 quando possuem sistemas de alerta, promovendo a possibilidade de analisar a ação da enfermeira na administração do medicamento e os padrões de cuidados previamente programados.

Para Hughes e Ortiz (2005), as principais vantagens do código de barras são relativas à identificação da medicação e do paciente, registro automático da realização da medicação, auxílio no processo de distribuição e estoque, contorno do problema de leitura incorreta de nomes de fármacos e promove a confirmação dos cinco certos.

Como principais desvantagens, os mesmos autores citam o custo dos leitores, a falta de programas que possam ser amplamente comercializados, a necessidade de comunicação eficaz ao sistema de preparo e administração quanto às alterações de doses de um mesmo medicamento, entre outros. Destacam como característica que poderá promover o avanço no uso desse tipo de tecnologia a decisão do Food and Drugs Administration (FDA) dos Estados Unidos da América de tornar obrigatório o uso em instituições de saúde.

Além do sistema de códigos de barras ressalta-se a implantação de bombas de infusão inteligentes. Segundo Pereira, Peterlini e Harada (2005) países desenvolvidos da América do Norte e Europa, há mais de duas décadas, vêm desenvolvendo sistemas de prevenção de erros, inicialmente mecânicos e posteriormente humanos, para aperfeiçoar o uso desse tipo de tecnologia e proporcionar real melhora da qualidade da assistência prestada, principalmente ao paciente submetido à terapia intravenosa.



Este tipo de tecnologia, programação de bombas de infusão que auxiliam na prevenção de erros de enfermagem cometidos à beira do leito, por ser recente, ainda é pouco utilizada em instituições de saúde. Em nosso país, a falta de diretrizes para uso de bombas de infusão que consideram as necessidades clínicas do paciente e de prevenção de eventos adversos relativos a erros mecânicos e humanos, associado ao alto custo de implantação, leva à conclusão de que ainda haverá um longo tempo até que utilizemos essa tecnologia em nosso dia-a-dia. (NICHOLAS; AGIUS, 2005).

Bombas de infusão inteligentes podem prevenir a ocorrência de erros na administração de medicamentos infundidos, principalmente por via intravenosa, aumentando a segurança do paciente, simplificando o procedimento de administração de fármacos, fornecendo um sistema para checagem e balanço, padronizando a administração de medicamentos e aumentando a eficiência da enfermagem (PEREIRA, PETERLINI, HARADA 2005).

São equipamentos informatizados que alertam o profissional, por exemplo, se uma dose programada encontra-se fora de limites preestabelecidos, prevenindo assim, que doses erradas sejam administradas, agindo em situações nas quais, até então, não se identificava possibilidade de prevenção de erros humanos. (SIMS et al., 2003; WILSON et al., 2004).

As bombas de infusão computadorizadas são interligadas ao sistema de prontuário eletrônico do paciente e de protocolos hospitalares e, adicionalmente, incorporam limites de doses estabelecidas, possuem dispositivos de configuração adequados ao paciente promovem maior eficiência do trabalho da enfermagem, registrando diretamente no prontuário eletrônico nome, dose, horário, tipo e volume de fármaco ou solução administrada, promovendo ainda, cálculos de ganhos e perdas mais rápidos e precisos. Caracterizam-se, portanto, como um dos principais sistemas que auxiliam o trabalho da enfermagem e promovem a segurança do paciente na beira do leito. (SIMS et al., 2003; WILSON et al., 2004).

Em relação aos erros de dispensação, uma pesquisa realizada nos países da Europa, EUA e Canadá, os erros de dispensação variam de 1% a 12,5% sendo que as taxas mais baixas são de farmácias com sistemas seguros de distribuição (ANACLETO *et al*, 2010). No Brasil um estudo realizado em Belo Horizonte no ano de 2003, observou a taxa de 34% de erros de dispensação (ANACLETO *et al*, 2006). Em Salvador, uma pesquisa realizada em 2004, registrou 20% de prescrições dispensadas com erros, sendo que após a implantação de conferência farmacêutica esses erros reduziram em 31% (ANACLETO *et al*, 2010).

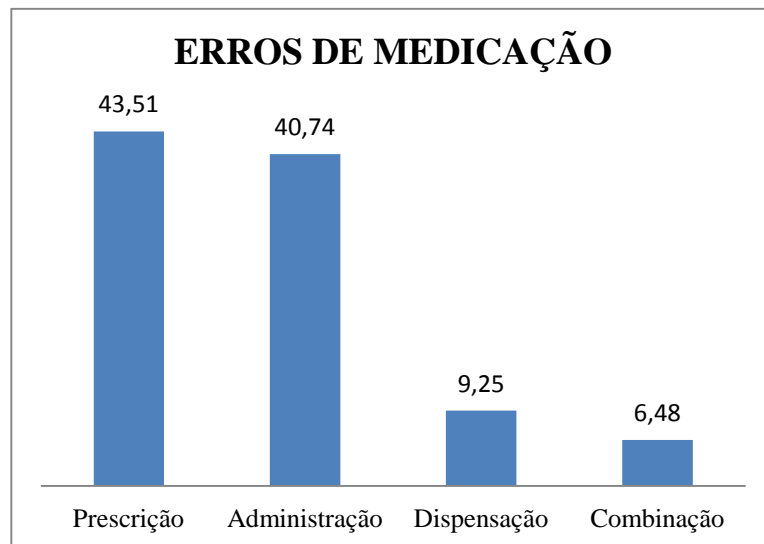
As taxas de erros de dispensação variam de acordo com a metodologia e os diferentes sistemas de dispensação utilizados, sendo os sistemas coletivos e individualizados os que

apresentam maiores taxas de erros e estes diminuem com os sistemas de dose unitária e com sistemas informatizados (ANACLETO *et al*, 2006).

Uma das principais funções das farmácias hospitalares é a dispensação dos medicamentos de acordo com a prescrição médica. Quando realizada de forma correta, as dispensações devem seguir as quantidades, especificações solicitadas e serem realizadas no prazo requerido, desta forma contribuem na promoção do uso seguro e correto de medicamentos (ANACLETO *et al*, 2006). Dessa forma, a dispensação deve ser realizada de forma organizada e com estratégias que previnam os erros potenciais desta etapa (COSTA *et al*, 2008).

Observou-se que a instituição adota a classificação “combinação” para caracterizar a ocorrência de mais de um erro simultaneamente. Houve um total de 6,48% (7) com essa denominação que embora não esteja descrita em nenhuma literatura que embasa esse estudo é utilizada pelo Serviço de Farmácia da instituição.

**Gráfico 1:** Tipos de erros de medicação no ano de 2011



Fonte: Pesquisa, 2012 Martins GP

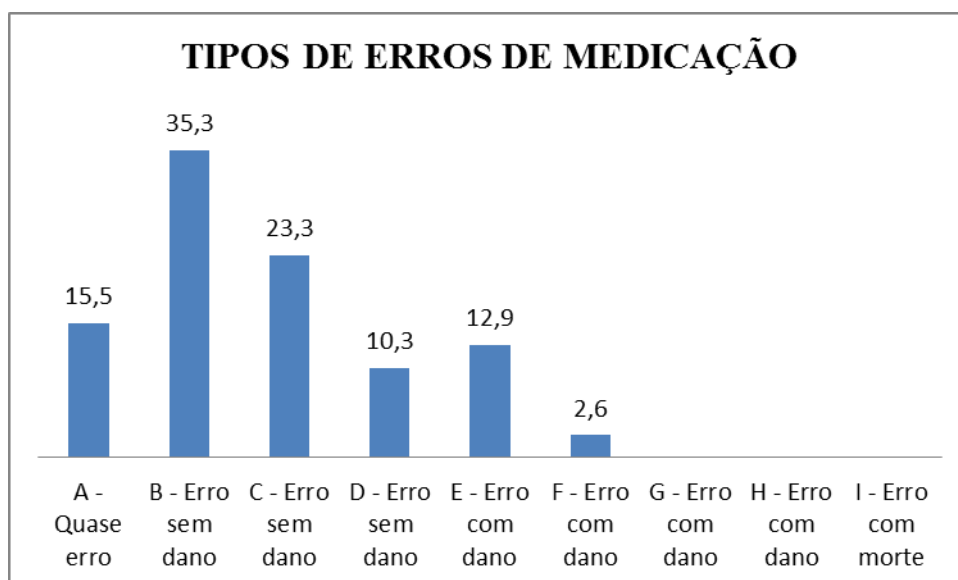
## 5.2 Classificação dos erros de medicação conforme a gravidade

Analisou-se 116 notificações, o que representa 77,3 % da população do estudo.

Em relação à classificação dos erros de medicação conforme gravidade (Gráfico 2), podemos observar que 15,5% (18) foram classificados na categoria A onde há circunstâncias ou acontecimentos susceptíveis de originarem um erro, 35,3 % (41) dos erros foram classificados na categoria B onde o erro ocorre, porém não atinge o paciente, 23,3% (27) dos erros foram classificados na categoria C, o erro atinge o paciente, no entanto não causa dano ao mesmo. Observa-se que 10,3% (12) foram classificados na categoria D quando o erro atinge o paciente e requer monitoramento para confirmar se houve dano ao paciente e/ou requer intervenção para impedir o mesmo.

Em relação aos eventos adversos que causaram dano ao paciente 12,9% (15) foram classificados na categoria E, onde o erro ocorrido pode ter contribuído para um desfecho insatisfatório ou pode ter causado um dano temporário e requer intervenção e 2,6% (3) dos erros foram classificados na categoria F onde o erro ocorrido pode ter contribuído ou resultado em dano temporário ao paciente e requer hospitalização inicial ou prolongada. Não foram notificados erros que se enquadrassem nas categorias G onde o erro ocorrido pode ter contribuído ou resultado em dano permanente ao paciente, H erro requer, necessariamente, intervenção para recuperação e I o erro pode ter contribuído ou resultado na morte do paciente.

**Gráfico 2:** Erros de medicação classificados conforme gravidade no ano de 2011



Fonte: Dados de Pesquisa, 2012 Martins GP

Pode-se observar que no ano de 2011, a maioria dos casos foram classificados na categoria B (35,3%) onde o erro não atinge o paciente. Ressalta-se a importância da equipe de enfermagem realizar a conferência da prescrição médica, das medicações e da pulseira de identificação do paciente e em caso de dúvida procurar o seu supervisor ou ligar para o serviço de farmácia da instituição, antes da realização de qualquer procedimento que possa trazer riscos ao paciente.

Nota-se que apenas 2,6% 3 casos (categoria F) necessitou prolongar a permanência do paciente na instituição. Observa-se que 12,9% dos erros notificados foram classificados na categoria E, em um estudo americano 79,9% dos erros foram classificados como dano temporário (ROQUE, 2012). Não houve registros de notificação de erros que podem ter contribuído ou levado ao óbito, que possa ter contribuído ou resultado em dano permanente ou que necessitasse intervenção para recuperação. Ressalta-se que a instituição apresentada níveis aceitáveis, entretanto observa-se que há casos de subnotificação dos dados o que prejudica os resultados.

A literatura mostra que apenas 25% dos erros ocorridos são retratados, pois na prática, somente relata-se um erro quando este afeta ou traz algum dano ao paciente (THOMAS, PETERSEN, 2003; CARVALHO; CASSIANI, 2002). More, Walsh e Cohen (2004) apontam que é realizada apenas uma notificação para cada 10.000 a 20.00 incidentes.

Os erros atualmente relatados ou notificados nas instituições hospitalares são somente a ponta do iceberg, pois, o número de erros e de eventos adversos que realmente ocorre é muito maior que os índices conhecidos, devido à subnotificação (MONZANI, 2006). Este fato mostra claramente que as taxas de erros de medicação que se conhece nos dias atuais não condizem com a realidade vivida pelas instituições de saúde (VICENT;STANHOPE;CROWLEY-MURPHY, 1999).

Segundo Kaplan (2005), os sistemas de notificação de erros têm sido criticados por alguns autores por serem limitados e por resolverem os “problemas de ontem”, porém esta forma de detecção de erros permite que se encontrem os pontos fracos em um sistema de cuidado à saúde e a promoção de mudanças para correção dessas falhas que frequentemente podem ser corrigidas antes que um próximo paciente possa ser atingido por um erro. Enfatiza-se também que é um grande passo na jornada em busca da segurança do paciente (MONZANI, 2006).

O sucesso de um sistema de notificação depende da eliminação de alguns tabus associados a ela, portanto mudanças culturais para tornar a notificação uma ação voluntária

devem ser desenvolvidas. Um passo para encorajar a notificação voluntária de erros é oferecer e garantir o anonimato e a proteção do profissional e tornar a notificação confidencial. O fato de ser confidencial e anônimo são incentivos e podem ser oferecidos para os profissionais de saúde em um sistema de notificação de erros. A informação alcançada com a notificação tem o objetivo principal de proteger os pacientes contra futuras ocorrências de erros similares através de estratégias de prevenção traçadas a partir do estudo de causa dos erros e esta informação, só pode ser usada somente com esse propósito (KALRA, 2004).

O sucesso ou fracasso de qualquer sistema de notificação espontânea depende da participação ativa dos notificadores. Os profissionais de saúde são os principais fornecedores de casos de suspeita de toda a história da farmacovigilância (WHO, 2000).

Recomenda-se, entretanto, que as notificações de erros não sejam difíceis de preencher, não sejam utilizadas como instrumentos para ações disciplinares aos profissionais de saúde e que os dados oriundos destes documentos sejam utilizados para desencadear ações educacionais e mudanças estruturais ou processuais (BOHOMOL, 2007).

É de responsabilidade dos coordenadores garantir que os profissionais não serão punidos pelos seus erros, encorajando-os a notificar (HUGHES; EDGERTON, 2005).

O anonimato encoraja a equipe a relatar incidentes, trazendo uma taxa mais próxima do real, o que contribui para redução dos erros e a melhoria da qualidade da assistência prestada, dentro de uma cultura organizacional que visa à segurança e não a punição (SURECH et al; ANDERSON; WEBSTER, 2001).

Somente eliminando ou trabalhando com as causas dos erros é que se consegue remover a fonte do problema e garantir que a situação não se repita, portanto o foco principal da elucidação das causas que levaram ao erro (LONGO et al, 2005). Esta característica essencial em um sistema de notificação deve ser divulgada entre os profissionais de saúde, visando o sucesso de um sistema de notificação de erros (MONZANI, 2006).

Ressalta-se que o HCPA, adota a política do anonimato e que no ano de 2011 mostrou resultados positivos. Isso deve-se a implantação da política de educação permanente. Esse fato é evidenciado devido aos poucos casos graves relatados e sem notificações de óbito na instituição.



## 5 CONCLUSÃO

Os resultados encontrados condizem com os dados relatados na literatura brasileira e internacional onde os erros de prescrição assumem a primeira posição, entretanto os erros relacionados à administração de medicamentos assumem a segunda posição, com uma diferença mínima quando comparado à prescrição. Em relação à gravidade dos erros a maioria dos erros não ocasionam danos diretos ao paciente. Não foram notificados erros de medicação que levaram a óbito. Reforça-se a importância da equipe de enfermagem na interceptação dos erros visto que cabem a estes as últimas fases (preparação e administração) do sistema de medicação promovendo assim a segurança do paciente.

Denota-se a importância da implantação de um sistema de prescrição eletrônica nas instituições de saúde, porém há poucos estudos nacionais analisando a eficácia. A instituição estudada é pioneira e referência no Brasil na implantação da prescrição eletrônica, porém observa-se que esse fator não alterou as taxas de erros de prescrição. Salienta-se a importância de aperfeiçoar esse sistema, disponibilizando “lembretes” para auxiliar a equipe médica no momento da realização prescrição, além de promover a capacitação adequada desses profissionais para utilizá-lo.

Além da prescrição informatizada ressalta-se o uso de código de barras no rótulo das medicações e na pulseira de identificação do paciente para que assim possa haver uma conferência a beira leito antes da administração da medicação e a implantação de bombas de infusão precisas pra prevenção de erros de medicamentos infundidos.

Ressalta-se que é dever das instituições de ensino capacitar melhor os futuros profissionais. Nas instituições de nível técnico faz-se necessário aumentar a carga horária dos estágios e disponibilizar como supervisor um profissional qualificado, visto que esses, na maioria das vezes são responsáveis por preparar e administrar as medicações. Cabem as instituições de saúde investir em educação permanente a todos os profissionais envolvidos nesse sistema (médico, farmacêutico e equipe de enfermagem), principalmente a citada no estudo por tratar-se de uma instituição de ensino.

Observa-se que o sistema de medicação da instituição possui algumas particularidades que aumentam a eficácia da segurança do paciente, tais como prescrição eletrônica e distribuição individualizada dos medicamentos por turno de trabalho, porém deve-se avaliar o processo de trabalho para identificar as falhas no sistema para que assim possa diminuir a porcentagem de erros e principalmente de danos ao paciente até chegar à taxa zero.

Um das principais limitações encontradas na realização do estudo foi subnotificação dos erros de medicação, visto que muitos profissionais possuem receio devido à abordagem individualista que muitas instituições ainda adotam ou talvez por desconhecimento. Apesar disso pode-se observar que a instituição está desenvolvendo uma cultura de notificação tendo em vista o aumento destas no presente ano. Como outra limitação ressalta-se a falta de padronização e a multiplicidade de terminologias utilizadas para a classificação dos erros nas bases de dados.

É um grande desafio abordar a temática “erros de medicação”, pois poucas pessoas arriscam-se a falar sobre esse assunto. Na literatura nacional encontram-se inúmeros artigos que tratam dessa temática, no entanto a maioria deles desenvolve-se dentro da mesma linha que são identificação das causas dos erros. Ressalta-se a importância de estudos que abordem à classificação dos erros quanto à gravidade e notificação de erros de medicação, visto que há poucos estudos nacionais. Salienta-se a importância do desenvolvimento de pesquisas na literatura brasileira sobre a classificação dos erros nas instituições de saúde e notificação dos erros de medicação além da normatização das terminologias para facilitar a busca nas bases de dados.



## REFERENCIAS

- AIZENSTEIN, ML; TOMASSI, M.H. Problemas relacionados a medicamentos; reações adversas a medicamentos e erros de medicação: a necessidade de uma padronização nas definições e classificações. **Rev de Ciência Farmacêuticas Básica e Aplicada**. v 3, n 2, p 169-173. 2011.
- ANDERSON D.J; WEBSTER C.S; A system approach to the reduction of medication error on the hospital ward. **Jornal of Advanced Nursing**. V 35, n 1, p 34-41. 2001.
- ANACLETO, T. A. ROSA, M.B. NEIVA, H.M. MARTINS, M<sup>a</sup> Auxiliadora P. Farmácia Hospitalar: Erros de Medicação. **Conselho Federal de Farmácia Pharmacia Brasileira** jan-fev -2010.
- ANACLETO, T.A.; PERINI E.; ROSA, M.B. César CC. Erros de medicação e sistemas de dispensação de medicamentos em farmácia hospitalar **Hospital Pharmacy Clinic**. v 8, p.32-36, 2006.
- ANACLETO, T.A.; ROSA, M. B.; NEIVA, H. M.; MARTINS, M<sup>a</sup> A.P. Erros de medicação. Pharmacia Brasileira: **Comissão de Farmácia Hospitalar do Conselho Federal de Farmácia**. 2010.
- AMERICAN ASSOCIATION OF HOSPITAL PHARMACISTS. ASHP. Guidelines on preventing medication errors in hospitals. **American Journal of Hospital Pharmacy** v.50, p. 305-314, 1993.
- BATES D.W et al Incidence of adverse drug events potential adverse drug events: Implications for prevention. **JAMA**. v 274 n 1, p 29-34. 1995b.
- BATES D.W et al. Reducing the frequency of errors in medicine using information technology. **Journal of the American Medical Informatics Association**. v. 8, n. 4, p. 299-308, 2001.
- BELELA, A.S.C; PEDREIRA, M. L. Gonçalves; PETERLINI, M.A. S. Erros de medicação em Pediatria. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasilia v 64, p 563-569. mai-jun 2011.
- BOHOMOLL, E; RAMOS, L.H. Percepções sobre o erro de medicação: Análise de respostas da Equipe de Enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto v. 14, n.6.2006.
- BOHOMOLL,E; RAMOS Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem** v 60, n 1, p 32-36. jan-fev 2007.
- CANO F.G. Eventos adversos a medicamentos no ambiente hospitalar. Tese (Doutorado em Ciências). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ . Rio de Janeiro 2011.

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

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

CASSIANI, S.H. B. A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. **Revista Brasileira de Enfermagem** v 58, n ,1 p 95-99. jan-fev, 2005.

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

COBERLLIINI V. L.et al. Eventos Adversos relacionados a medicamentos: percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília v 2, n 64, p 241-247. 2011.

COSTA L.A; VALLI C; ALVARENGA A.P. Erros de dispensação de medicamentos em um hospital público pediátrico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** Ribeirão Preto v 16, n 5, p set-out 2008.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ) - ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/29446> > Acesso em 11/06/2012

FIGUEIREIDO P.M. et al Reações Adversas a Medicamentos. **Fármacos e Medicamento** Disponível em [http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/c0201700474586a3901bd43fbc4c6735/RACIN\\_E\\_RAM.pdf?MOD=AJPERES](http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/c0201700474586a3901bd43fbc4c6735/RACIN_E_RAM.pdf?MOD=AJPERES) Acessado em: 25/07/2012

FRANCO, J. N et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre fatores causais de erros na administração de medicamentos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 6, n. 63, p.927-932. jan-fev 2010.

FREITAS, D.F.; ODA, J.Y. Avaliação dos fatores de risco relacionados às falhas durante a administração de medicamentos. **Arquivo de Ciências da Saúde Unipar**, Umuarama, v. 12, n. 3, p. 231-237, set./dez. 2008.

GIL, Antonio Carlos. Como Elaborar projetos de pesquisa. 4 ed. São Paulo, Atlas 2008.

GIMENES F. R. E. et al. Segurança do paciente terapêutica medicamentosa e a influência da prescrição médica nos erros de dose. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** Ribeirão Preto v 18, n 6, nov/dez 2010.

HUGHES R.G; ORTIZ E. Medication error why they happen, and won they can be prevented **American Journal of Nursing Practice**. v.28, n.2S, p.14-24, 2005.

HUGHES R.G; EDGERTON, E.A. Reducing pediatric medication erros. **American Journal of Nursing Practice**. V 105, n 5, p 79-84. 2005.

KAPLAN, H.S. Getting the right blood to the right patient: the contribution of near-misadvent reporting and barrier analysis. **Transfusion Clinique et Biologique**. v.12, n.5. p 380-384. 2005.

KALRA, J. Medical error: overcoming the challenges. **Clinical Biochemistry**. v.37. n.12, p 1063-1071. 2004b.

KONH, LT; CORRIGAN, J.M; DONALDSON. MS. Committe on Quality Health Care in América, Institute of Medicine. To err is human: Building a safer health system. 2000. **National Academies Press**. Washington, DC.

KAWANO, D. F. et al. Acidentes com os medicamentos: como minimizá-los? **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, Ribeirão Preto , v. 42, n. 4, p.488-495, out- dez 2006.

LEAPPE L. L., et al Pharmacist participation on physician rounds and adverse drug events in the intensive care unit. **JAMA**. v 282, ed 3, p 267-270. 1999.

LONGO D.R et al. The loang road to patient safety: a status report on patient safety system. **Journal of American Medical Association**. v.294, n.22 p. 2858-865. 2005.

MIASSO A. I. et al. O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação. **Revista Latino-Americana Enfermagem**. São Paulo v 1, n 3, p 354-363. maio-junho 2006.

MIASSO, A. I; CASSINI, S.H.B. Erros na administração de medicamentos: divulgação de conhecimentos e identificação do paciente como aspectos relevantes. **Revista da Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo (USP)**. São Paulo (SP) v. 34, n. 1, p. 16-25, março. 2000.

MOORE T.J; WALSH C.S; COHEN M.R Reported medication error associated with methotrexate. **American Journal of Health – System Pharmacy**. V 61 n 13 p 1380-1384. 2004.

MONZANI A.A.S. **A ponta do iceberg: o método de notificação dos erros de medicação em um hospital privado no municio de Campinas – SP**. Tese (Mestrado em Enfermagem). Departamento de Enfermagem Geral e Especializada. Universidade de São Paulo. USP Ribeirão Preto (SP). 2006.

NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATION ERROR REPORTING AND PREVENTION. (NCC-MERP). **Taxonomy of medication errors**. 1998. Disponível em < <http://www.nccmerp.org/>>

NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATION ERROR REPORTING AND PREVENTION (NCC-MERP). **Categorizing Medication Errors Algorithm**. 2001. Disponível em <http://www.nccmerp.org/pdf/algorColor2001-06-12.pdf>

NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATION ERRO REPORTING AND PREVENTION (NCC-MERP). **Index for categorizing medication errors**. 2001. Disponível em: < <http://www.nccmerp.org/pdf/indexBW2001-06-12.pdf>>

NEBEKER J.R; BARACH P; SAMORE MH; Claryfing adverse drug events: a clinician's guide terminology, documentation, an reporting. **Annals of Internal Medicine**. v 140, n 10, p 795- 802. 2004.

NERI E. D R. Determinação do Perfil dos Erros de um Prescrição de Medicamentos em um Hospital Universitário. Tese (Mestrado em Ciências Farmacológicas) Departamento de Farmácia. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza (CE).2004.

NICHOLAS PK; AGIUS CR. Toward safer IV medication administration. **J Inf Nurs**, v.28, n.2S, p. 25-30, 2005.

OLIVEIRA , R.B. **Eventos adversos com medicamentos favorecidos pelo sistema de medicação de um hospital público no município do Rio de Janeiro**. Tese (Mestrado em Enfermagem) . Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal do Rio de Janeiro Rio de Janeiro (RJ) 2010.

OLIVEIRA, R.B. MELO E.C.P. O Sistema de medicação em um hospital especializado no município do Rio de Janeiro. **Revista Escola Anna Nery (impr.)** v 15, n 3, p 480-489. jul-set 2011.

OPITZ, S.P. **Sistema de medicação: análise dos erros nos processos de preparo e administração de medicamentos em um hospital de ensino**. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo; Ribeirão Preto (SP). 2006.

PEREIRA M.L.G;PETERLINI M.A.S; HARADA M.J.C.S. Tecnologia da Informação e prevenção de erros de medicação em pediatria: prescrição informatizada, código de barras e bombas de infusão inteligentes. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras** São Paulo (SP) v 5, n 1, p 55 - 61 julho 2005.

REASON J. Human Error Models and Management. v 320. p 768 – 770. 2000.

RESAR RK; ROZICH JD; CLASSEN D. Methodology and rationale for the measurement of harm with trigger tools. **Quality and Safety Health Care**. V 12(Suppl II):ii39–ii4. 2003

ROMERO A.V; MALONE D.C. Accuracy of adverse-drug-event reports collected using an automated dispensing system. **American Journal of Health- System Pharmacy**. n 62 p - 1375-1380. 2005

ROQUE, K. E. MELO, E.C.P. Avaliação dos Eventos Adversos no Contexto Hospitalar. **Escola Anna Nery** . v 16, n 1, p 121- 127. jan-mar; 2012.

ROSA, Mário B. PERINI, Edson. Erros de medicação: Quem foi? **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo. v.49, n.3, Julho-Setembro 2003.

SANTOS J.M.L. **Erros de prescrição de medicamentos em pacientes hospitalizados – revisão de literatura.** Tese (Mestrado em Saúde Pública). Universidade de São Paulo. São Paulo (SP) 2010.

SILVA, A.E.B.C.S.; CASSIANI S.H.B. Erros de medicação em hospital universitário: tipo, causas, sugestões e providências. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília; v 57, n 6, p. 671-674. nov/dez 2004.

SIMS, N. IV Infusion Pumps: The Missing Component in Bar Code Medication Administration Systems. **Hospital Pharmacy**, v.38, n.11, Supplement 1, p. S26-27, 2003.

SURECH, G et al. Voluntary anonymous reporting of medical errors for neonatal intensive care. **Pediatrics**. v 11, n 6, p 1609- 1618. 2004.

TELLES FILHO, P.C.P. PRAXEDES, M.F.S. PINHEIRO, M.L. P. Erros de Medicação: análise do conhecimento da equipe de enfermagem de uma instituição hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre v 32, n 3, p 539-545. setembro 2011.

THOMAS E.J; PETERSEN L.A Measuring error and adverse events in health care. **Journal of General Internal Medicine**. v 18, p 61-67. 2003.

VIANA R.A.P.P. Enfermagem em Terapia Intensiva: Práticas Baseadas em Evidências. 1ª ed. Rio de Janeiro Editora Atheneu 2011.

VICENT C; STANHOPE N; CROWLEY-MURPHY M. Reasons for not reporting adverse incidents: an empirical study. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**. v 5, n 1, p 13-21. 1999.

WANNMACHER L. Erros: evitar o evitável . Organização Pan Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Brasília. v2, n7, junho de 2005.

World Health Organization (WHO) Disponível em <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/> Acesso em: 02/05/2012

World Health Organization (WHO). Safety Monitoring of Medicinal Products: Guidelines for setting up and running a Pharmacovigilance Centre. 2000 Disponível em: <http://www.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2934e?cl=search#Jh2934e>. Acesso em: 01/11/2012

WILLIAMS, D.J.P. Medication errors. **J R Coll Physicians Edinb**, Scotland, UK, v. 37, n. 2 p.343-346, 2007.

WILSON K; SULLIVAN M. Preventing medication errors with smart infusion technology. **American Journal of Health- System Pharmacy** .v. 61, n.2, p.177-183, 2004.

YANG M; BROWN MM; TROHIMOVICH B; DANA M; KELLY J. The effect of barcode enabled point of care technology on medication administration errors. **Pennsylvania: Bridge Medical**, 2001.

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

**APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO PARA O USO DE DADOS****TERMO DE CONSENTIMENTO PARA O USO DE DADOS****PROJETO: CARACTERIZAÇÃO DO TIPO E GRAVIDADE DOS ERROS DE MEDICAÇÃO NOTIFICADOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE ALTA COMPLEXIDADE**

Pesquisador responsável: Enaura Helena Brandão Chaves

Graziela Pena Martins

Os pesquisadores do projeto acima identificado assume o compromisso de:

1. Preservar a privacidade dos sujeitos da pesquisa cujos dados serão coletados em banco de dados criado pela Comissão de Medicamentos e Serviço de Farmácia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre - RS;
2. Que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
3. Que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outra indicações que possam identificar o sujeito de pesquisa.

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável pela Comissão de Medicamentos

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável pelo Serviço de Farmácia





**ANEXO I - CARTA DE APROVAÇÃO COMPESQ- EENF**

Projeto de Pesquisa

Page 1 of 1

**Pesquisador: Enaura Helena Brandao Chaves****Dados do Projeto de Pesquisa****Projeto Nº:** 23565**Título:** Caracterização dos erros de medicação em um hospital universitário de alta complexidade**Área do Conhecimento:** Enfermagem**Início:** 01/08/2012**Previsão de conclusão:** 15/12/2012**Situação:** projeto em andamento**Origem:** Escola de Enfermagem  
Departamento de Assistência e Orientação Profissional  
Projeto Isolado com linha temática NULL**Objetivo:** Avaliar os erros de medicação notificados em uma instituição hospitalar de alta complexidade em relação ao tipo e a classificação.**Palavras-Chave**Enfermagem  
Erros De Medicação**Equipe UFRGS****Nome:** Enaura Helena Brandao Chaves**Participação:** Coordenador**Início:** 01/08/2012**Nome:** Graziela Pena Martins**Participação:** Pesquisador**Início:** 01/08/2012**Anexos****Projeto Completo****Data de Envio:** 09/07/2012**Instrumento de Coleta de Dados****Data de Envio:** 09/07/2012**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido****Data de Envio:** 09/07/2012**Formulário de Encaminhamento do Protocolo de Pesquisa com Animais****Data de Envio:** 09/07/2012**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido****Data de Envio:** 16/08/2012**Formulário de Encaminhamento do Protocolo de Pesquisa com Animais****Data de Envio:** 16/08/2012**Avaliações**

Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 22/08/2012

[Visualizar Parecer](#)

**ANEXO II - CARTA DE APROVAÇÃO GPPG- HCPA**

**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

**COMISSÃO CIENTÍFICA**

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

**Projeto:** 120421

**Data da Versão do Projeto:**

**Pesquisadores:**

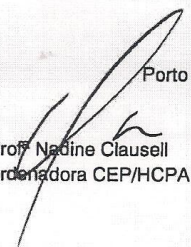
ENAUARA HELENA BRANDAO CHAVES  
GRAZIELA PENA MARTINS

**Título:** Caracterização dos erros de medicação em um hospital universitário de alta complexidade

Este projeto foi **APROVADO** em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.  
Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 03 de dezembro de 2012.

  
Prof. Nadine Clausell  
Coordenadora CEP/HCPA

## ANEXO III – CARTA DE APROVAÇÃO CEP- HCPA

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Caracterização dos Erros de medicação em um hospital universitário de alta complexidade.

**Pesquisador:** Enaura Helena Brandão Chaves

**Área Temática:** Área 3. Fármacos, medicamentos, vacinas e testes diagnósticos novos (fases I, II e III) ou não registrados no país (ainda que fase IV), ou quando a pesquisa for referente a seu uso com modalidades, indicações, doses ou vias de administração diferentes daquelas estabelecidas, incluindo seu emprego em combinações.

**Versão:** 2

**CAAE:** 07727412.7.0000.5327

**Instituição Proponente:** Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA / UFRGS

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 136.033

**Data da Relatoria:** 07/11/2012

#### Apresentação do Projeto:

Trabalho de conclusão do curso de Enfermagem. Estudo descritivo, documental retrospectivo que visa caracterizar os erros de medicação notificados em uma instituição hospitalar de alta complexidade.

#### Objetivo da Pesquisa:

Como objetivo primário avaliar os erros de medicação notificados, em uma instituição hospitalar de alta complexidade, em relação ao tipo e a classificação dos mesmos conforme a literatura. E objetivo secundário propor estratégias para prevenção de erros de medicação a partir da identificação dos tipos de erros mais frequentes, porém não está citado e nem descrito no corpo do projeto como este objetivo será desenvolvido.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

É colocado que o estudo não oferece riscos tendo em vista que serão feitas consultas a um banco de dados, no qual não constam identidade dos indivíduos que fizeram as notificações e nem daqueles que causaram o erro.

Como benefício é proposto que o estudo com certeza fornecerá subsídios para que sejam estabelecidas novas estratégias que aperfeiçoem o processo de preparo e administração de medicamentos garantindo maior segurança a este processo. Este benefício é potencial (não com

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F

**Bairro:** Bom Fim

**CEP:** 90.035-903

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (513)359-7640

**Fax:** (513)359-7640

**E-mail:** cephcpa@hcpa.ufrgs.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



certeza) e está descrito como objetivo secundário.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O arquivo do projeto da Plataforma coloca como objetivo secundário propor estratégias para prevenção de erros de medicação, mas no arquivo original do projeto há somente o objetivo primário. Enquanto também é colocado como hipótese que a caracterização do erros permitirá a elaboração de estratégias.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Utilização de Termo de Compromisso para Uso de Dados por se tratar de estudo retrospectivo documental.

Porém o TCUD deve ser anexado devidamente preenchido e assinado pelos pesquisadores.

O instrumento próprio elaborado pelo pesquisador para coleta de dados deve estar anexado ao projeto.

**Recomendações:**

Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

1) Atualizar referências, há diversos trabalhos publicados sobre notificação de Erros de Medicação.

Resposta: agradecemos a sugestão e faremos uma nova revisão para elaboração do relatório final do projeto. PENDÊNCIA ATENDIDA.

2) Sugere-se reavaliar e definir com clareza quais são objetivos primário e secundário, se houver, e qual a hipótese de trabalho.

Resposta: O estudo possui um único objetivo que é Avaliar os erros de medicação notificados em uma instituição hospitalar de alta complexidade em relação ao tipo e a classificação. Acreditamos que houve confusão no momento de preencher o formulário via Plataforma Brasil. Dessa forma a pendência relativa ao objetivo secundário descrito como

subsídios para estratégias de preparo e administração de medicamentos não mais

se justifica. Reforçamos que o estudo apenas possui um objetivo e é Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação com o prazo pequeno para execução. PENDÊNCIA ATENDIDA.

3) Atualizar cronograma do estudo.

Resposta: Cronograma atualizado. PENDÊNCIA ATENDIDA.

4) Apresentar Termo de Compromisso para Uso de Dados assinado pelos autores.

Resposta: Apresentado Termo de Compromisso para Uso de Dados assinado pelos autores.

PENDÊNCIA ATENDIDA.


**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F  
**Bairro:** Bom Fim **CEP:** 90.035-903  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (513)359-7640 **Fax:** (513)359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.ufrgs.br



## ANEXO IV- FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE ERROS DE MEDICAÇÃO

|  |  |
|--|--|
|  <p>HOSPITAL DE CLÍNICAS<br/>PORTO ALEGRE - RS</p> <p><b>GERÊNCIA DE RISCO</b></p>  | <p><b>GESTÃO DE OCORRÊNCIAS:</b></p> <p><b>EVENTOS ADVERSOS (EA)<br/>ERROS DE MEDICAÇÃO<br/>RISCOS<br/>NÃO CONFORMIDADES</b></p> |
| <b>NOTIFICADOR</b>   |  |
| <p>Data: ____ / ____ / ____ Turno: M ( ) T ( ) N ( ) Unidade: _____</p> <p>Nome de quem está relatando (opcional): _____</p> <p>Profissional: Médico ( ) Enfermagem ( ) Outros ( ) _____ Paciente ( ) Familiar/visitante ( )</p> <p>Se você quiser resposta deixe seu e-mail, telefone ou endereço: _____</p>  |  |
| <b>EVENTO</b>  |  |
| <p>Data que ocorreu o evento: ____ / ____ / ____</p> <p>Local onde ocorreu o evento _____</p> <p>Quem sofreu o EA (opcional): Paciente ( ) Nome: _____ Leito: _____ Prontuário: _____<br/>Profissional HCPA ( ) Outro ( ) _____</p> <p>Descrição do evento: _____<br/>_____</p> <p>O evento teve consequência: Sim ( ) Não ( ) Não sei ( ) Poderia ter ( ) _____</p> <p>Houve dano: Não causou dano ( ) Causou dano ( ) Causou dano com morte ( ) Não sei ( )<br/>Outro ( ) _____</p> <p>Sugestão/Crítica: _____<br/>_____</p> |  |
| <p><small>MAT-117-281770 - gráfica hcpa - jan12</small></p>  |  |

## ANEXO V - ALGORITMO PARA ESTABELECIMENTO DO GRAU DO DANO

