

Subcomitê de erros de medicação: a transformação do erro em aprendizado e mudança da prática profissional

Andréa Cristina Soares Vendruscolo¹, Andréia Mara Pontoglio²

¹Enfermeira Coordenadora da Educação Continuada em Enfermagem do HCFMRP – USP – Campus e do Subcomitê de Erros de Medicação

²Enfermeira Chefe da Neurologia do HCFMRP-USP – Campus e Membro do Subcomitê de Erros de Medicação

RESUMO

A gestão da qualidade e da busca da melhoria contínua deve ser mais que um diferencial competitivo para as instituições de saúde; deve ser uma construção alicerçada na segurança do paciente com redução de atos inseguros dentro do sistema de saúde, embasado em boas práticas assistenciais com uso eficiente dos recursos disponíveis associado à análise, mensuração de resultados e ações de melhoria em processos deficientes.

Este estudo descreve a preocupação com a segurança do paciente no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), bem como, o caminho percorrido na Instituição em busca da difusão da cultura de notificação com foco nos processos e da transformação da prática assistencial pautada no aprendizado que a análise dos erros de medicação proporciona.

Introdução

A existência do erro humano é incontestável e a preocupação com o mesmo vem de longa data. O juramento de Hipócrates, considerado "o pai da medicina" já trazia em seu enunciado "Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém...". Em 1863, Florence Nightingale, referência internacional na área da saúde, em especial da enfermagem, escreveu em latim "Primum non nocere" ("Primeiramente, não cause danos"), esses registros indicam que a preocupação com a segurança do paciente existe desde os primórdios da assistência à saúde, sendo atualmente um assunto discutido internacionalmente em prol da minimização dos riscos, correção de processos e melhoria contínua da assistência à saúde.

Basicamente erros de medicação são definidos como quaisquer eventos preveníveis que podem levar

ou causar o uso inapropriado dos medicamentos ou danos aos pacientes e erro potencial ou quase erro são aqueles detectados antes de serem executados.

A discussão sobre segurança do paciente se ampliou desde a publicação, em 2000, do relatório "To err is human" ¹ ("Errar é humano"), do Instituto de Medicina dos Estados Unidos, cujos dados apresentados foram alarmantes apontando uma estimativa de 98 mil mortes por ano nos hospitais dos Estados Unidos relacionados a erros na assistência à saúde que poderiam ser evitados. Em relação a medicamentos o relatório indicou que são responsáveis por mais de 7.000 mortes anuais em hospitais e mais de 10.000 mortes em unidades ambulatoriais americanas. Isto representa um risco de 1,4 erros de medicação a cada internação hospitalar e de 4,7 erros a cada 1.000 prescrições.

No Brasil ainda não foram compilados dados abrangendo a magnitude do problema relacionado a erros de medicação, porém a discussão do tema tor-

na-se cada vez mais frequente uma vez que o país ocupa o quinto lugar no ranking mundial de consumo de medicamentos e o primeiro na América Latina, além do nono no mercado mundial farmacêutico em volume financeiro. A Fundação Oswaldo Cruz estima em 24.000 as mortes anuais no país por intoxicação medicamentosa ².

O HCFMRP-USP responsável pelo atendimento de alta complexidade à população de Ribeirão Preto e região, é referência em assistência à saúde, ensino e pesquisa e reconhece a relevância do tema na melhoria dos seus processos, com o intuito de minimizar os riscos inerentes à assistência à saúde. Sendo assim, foi criado, em 2001, o serviço de Gerenciamento de Riscos que em 2007 participou da criação do Comitê de Segurança do Paciente (CSP).

Em 2009, devido ao crescente número de notificações, o CSP vislumbrando agilizar a tomada de decisão e a melhoria dos processos criou alguns subcomitês, dentre eles o Subcomitê de Erros de Medicação (SEM).

A administração de medicamentos intra-hospitalar é um sistema interdisciplinar complexo no qual estão interligados vários processos como aquisição, recebimento, armazenamento, prescrição, aprazamento, transcrição, separação, dispensação, preparo, administração e monitoramento durante e após a administração. Diante disso, o sucesso durante todas as fases requer dos profissionais envolvidos cada vez mais responsabilidade, conhecimentos farmacológicos, de anatomia e fisiologia e habilidades técnicas ³, em busca de um objetivo comum: oferecer uma assistência eficaz, segura e de qualidade.

Calar sobre o erro é por si só um erro que é preciso evitar. Frequentemente isso é feito por ser mais fácil esquecer e negar do que assumir a culpa. No entanto, compreender o erro e analisá-lo atentamente de forma multidisciplinar é a melhor maneira de aproveitá-lo para corrigir a prática, sendo assim, o interesse individual do profissional da saúde deve ser suplantado pelo interesse coletivo de proteger os pacientes ⁴.

Em todo o mundo, as falhas no sistema de medicação têm levado a taxas altas de eventos adversos e, para preveni-los, é preciso que os gestores dos hospitais se mobilizem em torno de questões essenciais, como a qualidade da assistência prestada, a segurança dos pacientes e o desenvolvimento de estratégias proativas ⁵.

Diante do panorama real relacionado ao erro de medicação, que atualmente é considerado indicador de qualidade nos serviços de saúde, se torna imprescindível o trabalho do SEM na análise das notificações, propostas de melhorias e viabilização de mudanças na prática assistencial.

Justificativa

É fato que em algum momento da vida buscaremos nos serviços de saúde assistência para o diagnóstico, cura, intervenções cirúrgicas ou cuidados paliativos de nossas enfermidades ou circunstâncias de vida e inevitavelmente neste período serão administrados medicamentos. Portanto, a abordagem do tema é justificável uma vez que além do sofrimento e impacto emocional que recai sobre pacientes, familiares e profissionais, há também, o impacto nas instituições de saúde decorrentes da confiabilidade ou não dos serviços prestados pelas mesmas, bem como, o impacto financeiro inerente ao aumento do tempo de internação que representa um gasto de bilhões anualmente.

Objetivos

- Analisar as notificações de erros de medicação com foco nos processos;
- Identificar falhas nos processos analisados e sugerir propostas de melhorias;
- Propor ações educativas preventivas;
- Viabilizar, via CSP, mudanças na prática assistencial envolvendo medicamentos.

Metodologia

O SEM foi criado em agosto de 2009, sendo formado por uma equipe multidisciplinar de 13 servidores do Campus e da Unidade de Emergência (U.E.) envolvidos nas áreas de interface do processo de administração de medicamentos como medicina, enfermagem, farmácia e informática com apoio do CSP e da Administração da Instituição.

Após a composição do subcomitê foi elaborado, pelo coordenador, um calendário de reuniões mensais para 2009, com duração de duas horas. Com o aumento das notificações as reuniões passaram a ser quinzenais em 2010, não sendo alterada a duração das mesmas.

A ficha de notificação de eventos adversos está disponível na intranet, ferramenta de comunicação interna que pode ser acessada de todos os computadores da Instituição, em downloads.

Até a segunda quinzena de agosto de 2010, diante de um evento adverso, o notificador deveria fazer a impressão da ficha de notificação pela intranet, preenchê-la manualmente, entregá-la pessoalmente ou encaminhá-la via malote interno ao CSP, onde eram identificadas com as iniciais do subcomitê que faria a análise e numeradas.

Após esta data, o CSP passou a receber as notificações também on line, pois desenvolveu em parceria com o Gerenciamento de Riscos e o Centro de Informações e Análises (CIA) o Sistema Informatizado de Gerenciamento de Riscos em Saúde do HCFMRP-USP, no qual a classificação do evento e a numeração da notificação são geradas automaticamente.

O CSP encaminha as notificações previamente identificadas para o coordenador do subcomitê que é responsável pela análise e arquivo da documentação gerada durante a investigação, elaboração das atas, controle das apresentações e pendências, bem como, discussão e viabilização das propostas de melhorias junto à presidente do Comitê de Segurança e áreas de interface; já os membros são responsáveis pela análise das notificações que englobam a revisão da prescrição eletrônica nas áreas de internação ou manuais nas áreas ambulatoriais, revisão de prontuários e investigação de como os processos deveriam ter ocorrido nas áreas envolvidas, visando detectar possíveis falhas e propor ações de correção do erro ou do quase erro. Conforme cada membro recebe, investiga e apresenta as notificações que ficaram sob sua responsabilidade são entregues aos mesmos mais fichas para análise.

Este estudo fez uma análise quantitativa das notificações recebidas, distribuídas, analisadas, não analisadas e não pertinentes à análise pelo SEM de janeiro de 2009 a outubro de 2010. As notificações analisadas foram classificadas em três categorias:

- Erros de prescrição: ilegibilidade da prescrição, utilização de siglas e nomenclaturas diferentes das padronizadas pela Instituição, prescrição em campos inadequados, reimpressão da mesma prescrição, escolha incorreta de fármacos e erro na dosagem, via de administração, concentração, velocidade de infusão e determinação dos aprazamentos.

- Erros de dispensação: interpretação inadequada da prescrição, medicamentos não enviados à unidade e envio de medicamentos não prescritos, dose maior ou menor do que a prescrita, medicamento que não permite o fracionamento necessário para atender a prescrição, forma farmacêutica trocada, medicamento errado ou vencido.
- Erros de administração: recebimento, separação, identificação, diluição, administração, monitoramento e registro inadequados.

Após classificar os três tipos de erro, identificamos as principais ocorrências de cada classificação, bem como, quantos atingiram ou não os pacientes, em seguida elencamos as propostas e ações de melhoria do subcomitê neste período.

Resultados

Em 2009 ocorreram 72 notificações, sendo todas distribuídas entre os membros, 63 foram analisadas, 04 não e 05 foram classificadas como não pertinentes. Até outubro de 2010 foram encaminhadas ao subcomitê 196 notificações, destas 69 foram distribuídas aos membros, 30 foram analisadas, 37 não foram analisadas até o momento e 02 foram classificadas como não pertinentes, conforme gráfico 1.

Das notificações avaliadas em 2009, 22,38% foram classificadas como erro de prescrição, sendo que 46,66% atingiram o paciente e 53,34% foram identificados antes que o paciente fosse atingido; 1,51% como erro de dispensação que atingiram o paciente e 76,11% como erro de administração, sendo que 94,11% atingiram o paciente e 5,89% foram identificados antes que o paciente fosse atingido, conforme gráfico 2.

Das notificações avaliadas em 2010, 85% foram classificadas como erro de prescrição, sendo que 5,88% atingiram o paciente e 94,12% foram identificados antes que o paciente fosse atingido; até o momento não houve nenhum erro de dispensação e 15% foram classificadas como erro de administração que atingiram o paciente, conforme gráfico 3.

Dos erros classificados em 2009, 95,52% foram identificados pela enfermagem e 4,48% por médicos; já dos erros classificados em 2010, 100% foram identificados pela enfermagem. Os principais tipos de erro estão representados nos gráficos 4 e 5.

Gráfico 1 - Análise das Notificações

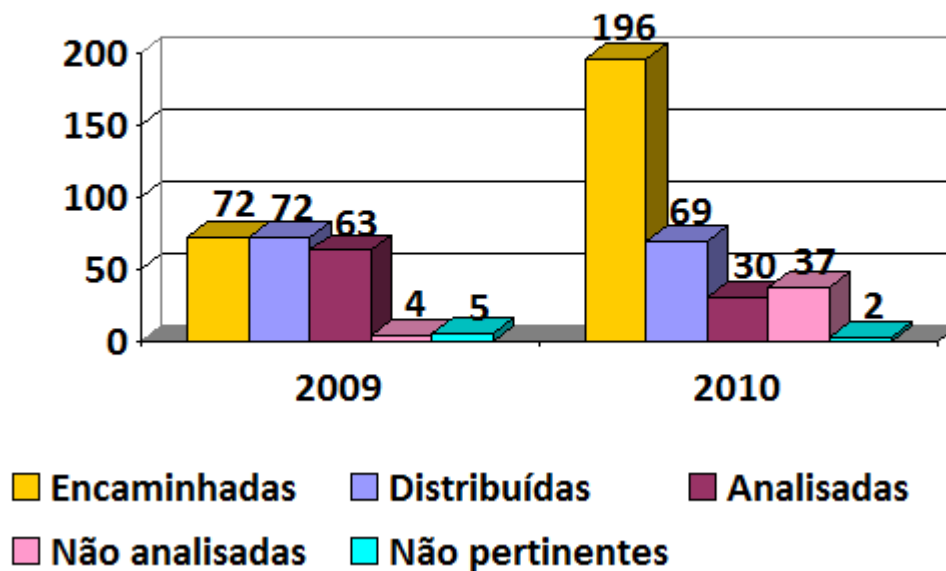


Gráfico 2 - Notificações Avaliadas 2009

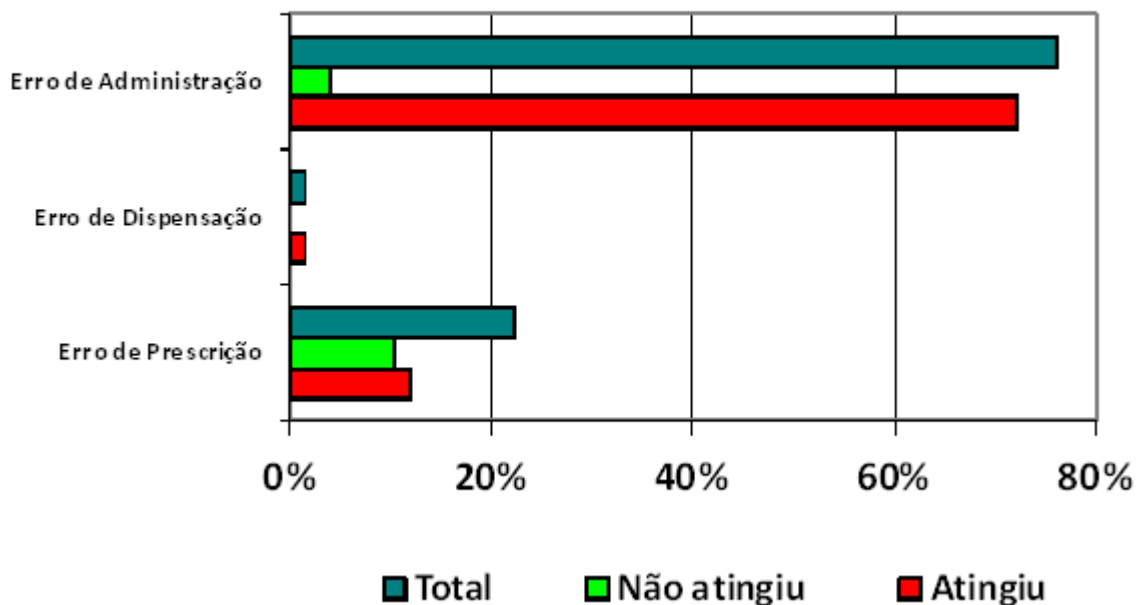


Gráfico 3 -Notificações Avaliadas 2010

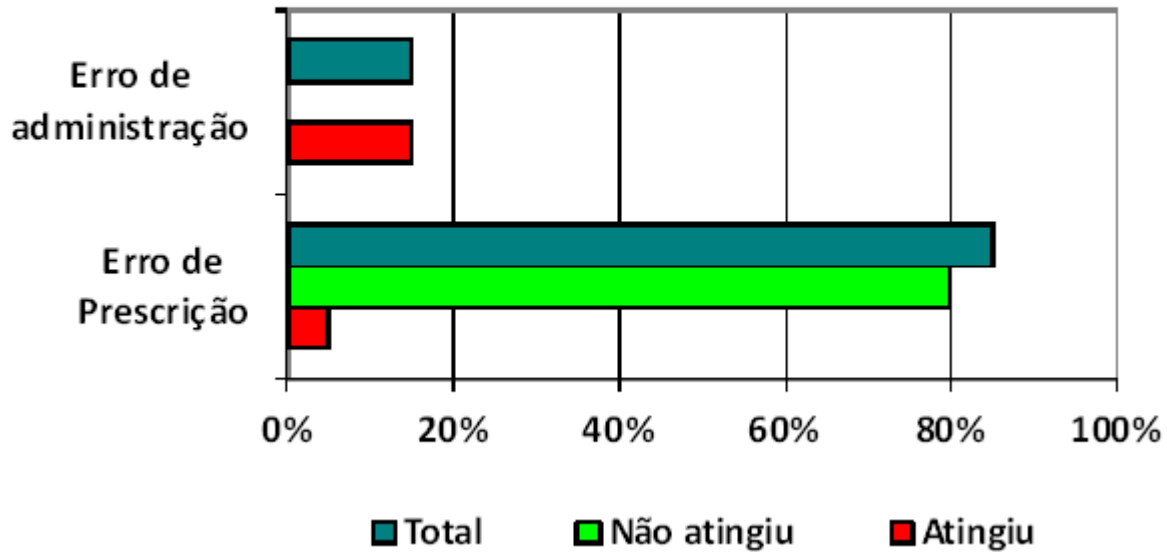


Gráfico 4 - Tipos de Erros em 2009

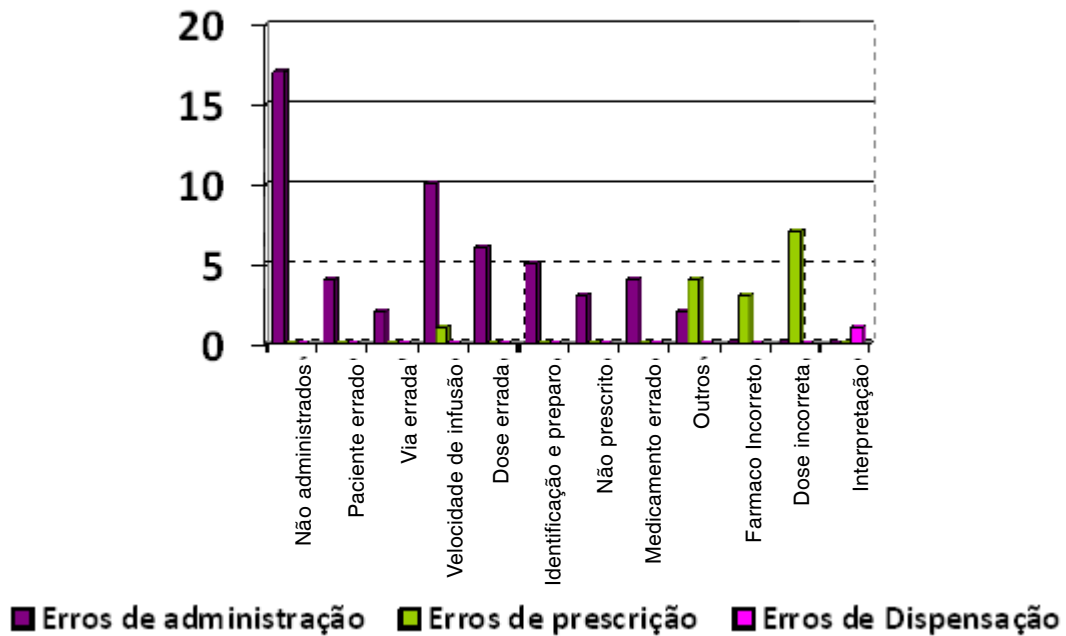
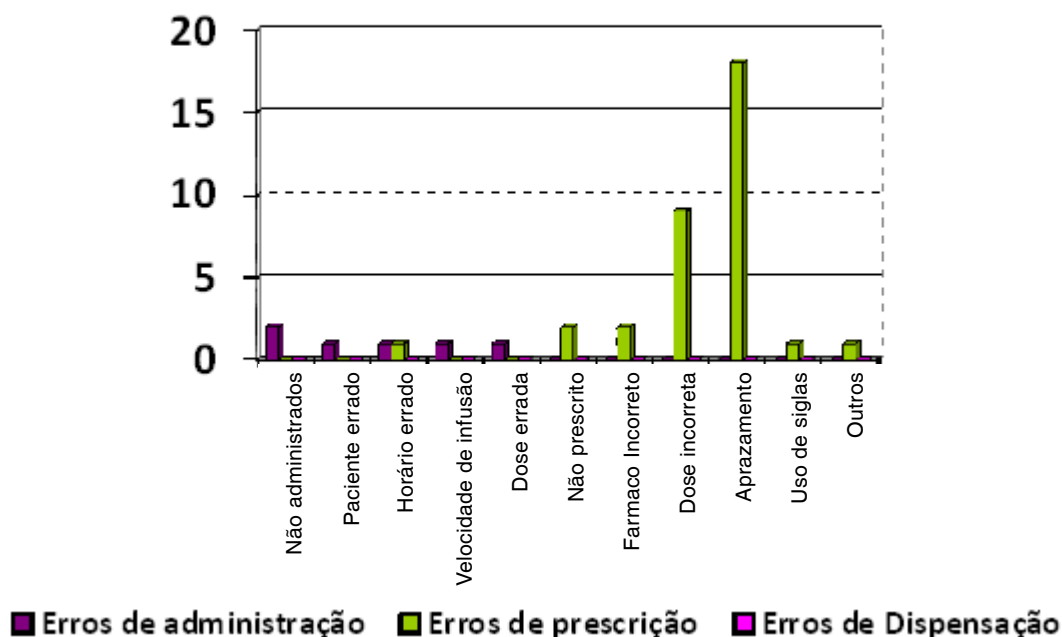


Gráfico 5 - Tipos de Erros em 2010



A análise das notificações apontou a necessidade da intensificação de capacitação quanto ao correto preenchimento da mesma que deveria conter informações detalhadas sobre o fato ocorrido, identificando os profissionais envolvidos apenas pela função.

A identificação das falhas nos processos assistenciais levou o subcomitê a sugerir melhorias, propor ações educativas preventivas e viabilizar, via CSP, mudanças na prática assistencial envolvendo medicamentos, dentre as quais destacamos:

Mudança de Terminologia: o termo "Fora de Estoque", utilizado na prescrição eletrônica confundia a equipe de saúde, aumentando o risco da ocorrência de erros. Para corrigir esta falha, foi decidido alterar a nomenclatura para "Medicamento não Padronizado", com ampla divulgação junto à equipe de saúde quanto à mudança da nomenclatura e seus motivos.

Capacitação na Utilização da Terapia Insulínica: devido a problemas detectados na administração de insulina foi organizada capacitação para os profissionais do Campus e da U.E. em parceria com a Divisão de Assistência Farmacêutica.

Ações de Melhoria junto à Equipe de Enfermagem: em parceria com a Diretoria da Divisão de Enfermagem foi divulgado via intranet um "Controle Interno de Divulgação de Informação" do SEM que orientava os profissionais de enfermagem a:

- Realizar duplo check referente ao cálculo, administração e velocidade de infusão de quimioterápicos, nutrição parenteral e soros com Cloreto de Potássio (KCl);
- Padronizar a conferência dos medicamentos ao final de cada plantão e início do plantão seguinte a fim de detectar os problemas precocemente. No plantão noturno fazer a conferência às 24h e às 6h;
- Enfatizar durante aulas e reuniões a importância de checar a data de validade dos medicamentos antes da administração e durante a infusão e reforçar a importância da leitura completa e atenciosa da prescrição;
- Preencher o rótulo de identificação do soro por completo e identificar equipos com a data de abertura;
- Adequar a identificação dos frascos durante admi-

nistração de pulsos de Imunoglobulina e medicamentos afins para que cada um seja administrado e chegado separadamente, minimizando a possibilidade de erros relacionados à dosagem. Ex: Se há um pulso de Imunoglobulina de 40g EV prescrito e a farmácia dispensou os medicamentos em frascos de 10g, na frente da prescrição e no frasco do medicamento deve constar: I (10g) - II (10g) - III (10g) - IV (10g);

- Conferir e identificar com etiqueta auto-adesiva do paciente as ampolas de KCl dispensadas pela farmácia que chegam às Unidades, antes de armazená-las;
- Não encaminhar o paciente para o centro cirúrgico recebendo nutrição parenteral.

Programa de capacitação dos profissionais de enfermagem

Este programa é obrigatório a todo recém-admitido e aberto aos demais profissionais que manifestarem interesse, a Divisão de Enfermagem aumentou a carga horária total para 30h possibilitando a inclusão das aulas "Cálculo de Medicamentos", "Cuidados na Administração de Quimioterápicos" e "Ética Profissional / Apresentação Institucional", esta última além de abordar questões éticas, proporciona uma discussão entre o trabalho das comissões, comitês e subcomitês institucionais e a responsabilidade de cada profissional frente a estas propostas de trabalho, durante a apresentação é destacado o trabalho relacionado à segurança do paciente e os profissionais são orientados quanto ao preenchimento adequado das fichas de eventos adversos e consultas aos procedimentos operacionais elaborados com o intuito de difundir a cultura de notificação e diminuir a variabilidade dos processos minimizando a chance de erro, respectivamente.

Melhorias realizadas através do CIA

- Cancelamento Automático: quando o médico vai prescrever um medicamento que já consta na prescrição eletrônica do dia, o sistema informa que o mesmo já foi prescrito e pergunta se deseja cancelar a anterior automaticamente.
- Bloqueio da Recuperação de Prescrição Eletrônica entre Centros de Custo: o bloqueio foi realizado a fim de que ocorra uma avaliação dos medicamentos

utilizados antes da transferência do paciente para outro centro de custo e discutido o que realmente ficará na prescrição.

- Complemento de Prescrição: quando o médico solicitar a recuperação da prescrição, todos os complementos serão unidos e se houver a prescrição de dois medicamentos iguais o mesmo será alertado e deverá escolher qual a dosagem deve ser mantida.

Discussões multidisciplinares envolvendo o CSP, SEM, Administração, Coordenadoria Médica da U.E. e Diretorias Clínica, de Enfermagem, de Farmácia e do CIA para viabilizar:

- Informatização da prescrição de quimioterápicos e inserção na prescrição eletrônica de dose máxima, mínima e padronização de diluição dos medicamentos.
- Sistema de Agendamento: há na prescrição eletrônica medicamentos com aprazamentos semanais, mensais, entre outros intervalos. Sendo assim, sugerimos um sistema de agendamento eletrônico, no qual o médico definiria a data e o horário da administração, recebendo um alerta 24h antes da sua prescrição. Desta forma, ficariam disponíveis somente os medicamentos que devem ser administrados durante o período de validade da prescrição ao mesmo tempo em que diminuiríamos os casos de esquecimento da data agendada.
- Inserção no "Curso de Capacitação dos Residentes em Prescrição Eletrônica" de informações sobre segurança do paciente e elaboração em parceria com o CIA de uma notificação eletrônica ao prescritor alertando sobre prescrições inadequadas feitas pelo mesmo, orientando-o a como proceder corretamente.
- Dispensação de medicamentos por plantão facilitando conferências e identificação precoce de erros.
- Realização de projeto piloto referente ao check da administração de medicamentos direto na prescrição nas enfermarias de Neurologia, Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas e Gastrocirurgia, eliminando o uso do cartão de medicação minimizando o risco de erro, o projeto piloto está em andamento e após avaliação do mesmo discutiremos a viabilidade ou não da ampliação do projeto para outros setores.

Considerações Finais

Podemos observar um crescente aumento nas notificações, sendo um grande percentual realizadas e detectadas pela enfermagem que já realizava a notificação do erro à Divisão de Enfermagem e um percentual menor realizadas e detectadas por médicos. Outro aspecto interessante é a mudança na característica das notificações no que diz respeito ao tipo de erro e ao conteúdo descrito, assim como a queda do número de notificações não pertinentes. Acreditamos que isto se deva a ampliação da cultura de notificação, a orientação quanto ao preenchimento adequado das fichas e a abordagem utilizada nas capacitações quanto aos diversos tipos de erros nas quais o mesmo deixou de ser considerado somente como o momento em que atingiu o paciente para ser visualizado em todas as fases do processo.

Alertamos que os erros de prescrição são em sua maioria detectados antes de atingirem o paciente devido às barreiras existentes nas equipes de enfermagem e farmácia; os erros de dispensação têm um baixo índice de ocorrência devido às barreiras eletrônicas inseridas neste processo; já os erros de administração na sua maioria atingem os pacientes demonstrando claramente a necessidade de inserção de barreiras nesta fase, ressaltamos que a Instituição já está trabalhando na melhoria deste processo instituindo

dupla checagem na administração de medicamentos de alto risco e desenvolvendo projetos piloto com a informatização da administração de medicamentos a beira do leito.

Agradecimentos

Finalizamos agradecendo aos esforços de todos os membros do subcomitê, do apoio do CSP, das áreas de interface e dos notificadores, enfatizando que a transformação na sua plenitude depende do envolvimento de todos.

Referências Bibliográficas

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donalds MS, editors. *To err is human: building a safer health system*. Washington (DC): National Academy Press; 2000.
2. Morais J. A medicina doente. *Isto é*, São Paulo, 2001;15 (5): 48-58.
3. Carvalho VT, Cassiane SHB. Erros na medicação: análise das situações relatadas pelos profissionais de enfermagem. *Medicina*, Ribeirão Preto, 33: 322-330, jul./set. 2000.
4. Wannmacher L. Erros: evitar o evitável. ISSN 1810-0791, Vol. 2, nº 7, Brasília, junho de 2005.
5. Miasso AI, Gabriel CS, Silva AEBC, et al. Hospitais e Medicamentos: Impacto na segurança dos pacientes. In: *A análise das falhas do sistema de medicação: o método FMEA*. São Caetano do Sul (SP): Yendis; 2010. p. 123-140.