



ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE MEDICAMENTOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO

JESSICA ROBERTS FONSECA; MARIA CÉLIA RIBEIRO DANTAS AGUIAR; ANDRÉ GUSTAVO GADELHA MAVIGNIER DE NORONHA

RESUMO

Introdução: A ocorrência de eventos adversos (EAs) é comum, principalmente em hospitais. A prática do uso inadequado de medicamentos ocorre de forma constante, podendo atingir metade das ações que envolvem o uso deles. Com isso, destacam-se a importância de medidas que viabilizem a segurança do paciente e a necessidade de informação sobre a situação atual de muitos estabelecimentos de saúde. A etapa de administração é a fase final do ciclo do medicamento, representando o último obstáculo para impedir um erro de medicação originado através dos processos de prescrição e dispensação. **Objetivo:** o presente trabalho visou avaliar a segurança na administração de medicamentos em um hospital público, incluindo a utilização das boas práticas de funcionamento dos serviços de saúde. **Metodologia:** foi realizado um estudo majoritariamente observacional, registrado em formulário online, com o intuito de avaliar como era realizada a administração de medicamentos em um hospital público de Natal-RN (Brasil). Os critérios avaliados durante a observação foram baseados nos “9 certos” da segurança na medicação. **Resultados:** após a realização da coleta de dados, foram obtidos 92 resultados referentes a administração de medicamentos durante o segundo semestre de 2018. **Conclusão:** através desse estudo foi possível identificar pontos de fragilidade na administração segura de medicamentos. Com isso, espera-se que os dados obtidos através dessa pesquisa possam contribuir para a elaboração de estratégias que possam proporcionar a segurança no processo de medicação e contribuir com ações que favoreçam a estruturação de uma cultura de segurança do paciente.

Palavras-chave: erro de medicação; medicação segura; farmácia hospitalar; ciclo do medicamento; medicamento.

1 INTRODUÇÃO

A ocorrência de eventos adversos (EAs) é comum, principalmente em hospitais, e eles podem ser definidos como danos ocasionados por cuidados direcionados à saúde do paciente. A causa desses erros não está ligada a doença de base que o paciente apresenta; além disso, ela pode ser responsável pelo aumento do tempo de permanência do paciente no hospital (KHON et al., 2000). A preocupação com a segurança dos pacientes foi impulsionada pela publicação do relatório “To Err is Human”, em 1999; o qual alertava sobre a ocorrência de EAs em cerca de 4% das hospitalizações, dentre os quais, até 14% levaram a morte nos Estados Unidos da América (EUA) (BATES & GAWANDE, 2000). O documento evidenciou ainda, que cerca de 100 mil pessoas morriam ao ano devido à ocorrência de EAs nos EUA (KHON et al., 2000).

Assim, em 2013, o Ministério da Saúde do Brasil, implantou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), através da Portaria nº 529/2013, apresentando dentre seus

objetivos, ações a serem executadas a fim de proporcionar a melhoria na segurança do paciente em relação a prescrição, transcrição, dispensação e administração segura de medicamentos (BRASIL, 2013a).

Sendo assim, a Anvisa estabeleceu ações para a melhoria da segurança do paciente, tornando obrigatória a notificação de eventos adversos através do núcleo de segurança do paciente (RDC nº 36/2013), por meio da utilização de um formulário do Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (Notivisa).

Uma das grandes contribuições do guia segurança (BRASIL, 2017), foram os “9 certos” da medicação, que são itens de verificação a serem observados antes de administrar o medicamento, a fim de se realizar uma administração segura de medicamentos. São os “9 certos”: paciente certo, medicamento certo; hora certa; via certa; dose certa; compatibilidade medicamentosa; orientação ao paciente; direito a recusar o medicamento e anotação certa.

Para que houvesse um incentivo e uma maior adesão a prática assistencial segura, o MS estabeleceu que fosse criado um conjunto de protocolos, determinados pela OMS, dentre eles: “segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos” e “identificação de pacientes” (Portaria Nº 2095/2013). Tais protocolos são instrumentos que viabilizam a construção de uma prática assistencial segura e são componentes dos planos de segurança do paciente dos estabelecimentos de Saúde, mencionados na RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 da Anvisa.

Os erros de medicação são identificados de maneira frequente durante a rotina de trabalho do farmacêutico. Mas, devido a alta carga de trabalho e a reduzida quantidade desses profissionais nos hospitais, a taxa de identificação se torna reduzida, comprometendo o uso correto do medicamento (TULLY & BUCHAN, 2009).

A importância da segurança do paciente e a necessidade de informação sobre a situação atual de muitos estabelecimentos de saúde torna-se cada vez mais urgente. A etapa de administração é a fase final do ciclo do medicamento, representando o último obstáculo para impedir um erro de medicação originado através dos processos de prescrição e dispensação.

Portanto, o presente trabalho visou avaliar a segurança na administração de medicamentos em um hospital público, incluindo a utilização das boas práticas de funcionamento dos serviços de saúde. Com isso, esta pesquisa justifica-se no intuito de fornecer dados para formulação de um plano de segurança do paciente em serviços de saúde, contendo situações de risco e possíveis estratégias e ações definidas para minimizá-las, com o intuito de prevenir e reduzir a ocorrência de incidentes durante todas as etapas do serviço de saúde. Para que com isso, seja possível promover a cultura da segurança e comprometimento com a gestão da saúde e da segurança para melhorar a atenção à saúde.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo majoritariamente observacional, registrado em formulário online, com o intuito de avaliar como era realizada a administração de medicamentos em um hospital público de Natal-RN (Brasil).

Esse hospital era considerado de médio porte, e possuía cerca de 100 leitos divididos em três andares. O andar térreo era composto pelo pronto socorro adulto, que possuía 10 leitos e o primeiro andar era composto pela clínica médica pediátrica (10 leitos) e pela clínica médica adulto (40 leitos). Já o segundo andar, possuía 30 leitos que faziam parte da clínica cirúrgica e 10 leitos que eram parte da Unidade de Tratamento Intensivo (UTI).

Além disso, o hospital era composto por uma Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), onde ficam armazenados medicamentos e produtos para a saúde. Na CAF acontecia a realização dos pedidos de produtos necessários para suprir as necessidades do hospital, sendo abastecida semanalmente. Além disso, na CAF ocorria a separação do material que era

fornecido para os diversos setores do hospital. Ademais, o hospital também possuía uma farmácia, onde ocorria a avaliação da prescrição e separação de doses de medicamentos através do sistema individualizado de 24 horas.

Para a realização da coleta de dados, as equipes de enfermagem foram observadas durante o preparo e administração dos medicamentos. Em seguida, foi observado o prontuário para verificar se a administração de medicamentos ocorreu conforme a prescrição.

Os critérios avaliados durante a observação foram baseados nos “9 certos” (BRASIL, 2017) da administração segura de medicamentos, com algumas modificações e acréscimos. Os quesitos avaliados foram: paciente certo; medicamento certo; hora certa; via certa; dose certa; compatibilidade medicamentosa; orientação ao paciente; direito a recusar o medicamento e anotação correta.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a realização da coleta de dados no hospital e registro em formulário, foram obtidos 92 resultados referentes a administração de medicamentos durante o segundo semestre de 2018.

Em relação a identificação do paciente antes da administração do medicamento, é possível afirmar que em mais da metade dos casos observados (55,4%), o paciente foi identificado previamente à administração do medicamento e em 39,1% dos casos, o paciente não foi verificado. Esses resultados demonstram preocupação, pois quando um paciente não é identificado antes de a medicação ser realizada, não é possível garantir que aquele determinado paciente está recebendo o medicamento adequado. Com isso, a saúde do paciente pode ser prejudicada e a qualidade dos serviços de saúde fica comprometida, assim, é essencial identificar o paciente antes da administração do medicamento, a fim de proporcionar a administração segura (BRASIL, 2013b).

Ao observar os resultados relacionados a checagem prévia à administração de medicamento, é possível afirmar que o mesmo é previamente identificado de forma correta na maioria dos casos (59,8%), mas em 39,1% dos registros, a verificação anterior do correto medicamento não é realizada. Tais registros demonstram a necessidade de uma análise mais atenta durante a verificação dos medicamentos, pois a identificação prévia do medicamento é fundamental para promover o tratamento adequado e garantir a segurança na administração (BRASIL, 2013b).

Durante a observação da administração de medicamentos, foi registrado que não houve a verificação da validade (100%) do medicamento antes da administração desse em nenhum dos casos. Esses dados obtidos alertam para uma grave erro de administração, pois o uso do medicamento dentro do prazo de validade é o que garante a qualidade do medicamento e seu respectivo efeito esperado (KATZUNG, 2005). Assim, quando a validade não é verificada, o tratamento do paciente pode ficar comprometido; pois, caso ocorra uma possível falha da ação esperada, não será possível determinar se a causa ocorreu devido à qualidade comprometida do medicamento.

Após as análises referentes ao quesito de aspecto visual do medicamento, foi possível concluir que em 58,7% dos casos, a aparência do medicamento foi observada. Mas, em 41,3% dos casos, essa observação não ocorreu antes da administração, o que pode representar um risco à saúde do paciente, pois o tratamento pode ter sido prejudicado. Isso pode ocorrer, devido ao fato de que a aparência do medicamento reflete um dos aspectos referentes a qualidade desse medicamento (KATZUNG, 2005), dessa forma, ela precisa ser verificada antes da administração de um medicamento. A fim de aumentar a segurança dos serviços de saúde e proporcionar um tratamento realizado com medicamentos dentro do padrão de qualidade aceitável.

Considerando os dados obtidos referentes ao quesito “hora certa”, foi possível observar que mais da metade (56,5%) da administração de medicamentos foi feita levando em consideração a hora certa de administração do medicamento. Porém, 43,5% dos medicamentos foram administrados na hora incorreta, o que reflete o provável comprometimento da qualidade do tratamento. Outro estudo revelou que 69,7% dos medicamentos foram administrados na hora incorreta (COSTA et al., 2008).

A administração correta é um dos principais itens a serem cumpridos para proporcionar um tratamento adequado. Pois, a manutenção da ação do medicamento depende da administração do mesmo na hora determinada, tendo em vista que dessa forma, a dose do medicamento é mantida dentro da janela terapêutica, garantindo sua ação. Quando a administração ocorre antes do horário previsto, pode haver a sobreposição da dose e possíveis efeitos tóxicos. E quando ocorre o atraso, o efeito do medicamento pode diminuir, comprometendo a ação deste medicamento e consequentemente do tratamento (RODRIGUES et al, 2010; KATZUNG, 2005).

Esses fatos podem ser ainda mais comprometedores quando ocorre a administração de medicamentos antimicrobianos. Devido ao fato deles serem utilizados para eliminar organismos vivos. Assim, quando ocorre a administração em horário incorreto, pode haver a diminuição da ação, fazendo com que os organismos se tornem resistentes e sejam mais difíceis de serem eliminados (KATZUNG, 2005).

Após análise dos dados referentes ao quesito “via certa”, foi possível perceber que em 64,1% dos casos, a via de administração foi verificada antes da administração do medicamento. Porém, em 34,8% dos casos, a via de administração correta não foi verificada previamente. Em outro estudo realizado, foram encontrados valores de 99,83%, demonstrando verificação positiva da via correta antes da administração do medicamento (LLAPA et al, 2017). Tais resultados geram preocupação, pois para que o tratamento do paciente seja eficaz, o medicamento deve ser administrado através da via correta. Além disso, um dos problemas mais graves envolvendo medicamentos, é a administração através de uma via inadequada, podendo ocasionar até a morte do paciente.

Com relação a verificação da dose do medicamento antes da administração do mesmo, é possível afirmar que em 34,8% dos casos, a dose é observada antes da administração do medicamento. Entretanto, em 60,9% das ocorrências, a dose não é avaliada de forma prévia. Assim, o tratamento do paciente pode estar prejudicado, já que quando não há essa avaliação anterior, não é possível afirmar se o paciente está recebendo o medicamento na dose correta e consequentemente não é possível saber se o tratamento está sendo realizado de forma adequada. Além disso, uma dose abaixo da indicada, pode tornar o tratamento ineficiente, principalmente nos casos de uso de antimicrobianos. Ademais, também pode ocorrer a administração de uma dose maior do que a necessária, podendo ocasionar a toxicidade pelo medicamento, aumentando a possibilidade de efeitos adversos e prejudicando a saúde do paciente. Assim, a utilização da dose incorreta de medicamento pode levar ao aumento do tempo de internação, comprometendo a qualidade da assistência (GIMENES et al, 2010).

Após a observação da administração de medicamentos, os dados demonstraram que na grande maioria dos casos (97,8 %), não há a avaliação da compatibilidade entre medicamentos antes da administração. Em um estudo realizado em 2016, verificou-se que 56,8% dos medicamentos avaliados (MENDES et al., 2018). A falta de verificação prévia de compatibilidade pode prejudicar o tratamento e a saúde do paciente, comprometendo a segurança e eficácia do tratamento, pois os medicamentos podem perder sua capacidade de ação devido a uma interação e consequente produto formado. Além disso, pode haver o aumento da toxicidade e prejudicar ainda mais o quadro do paciente, que pode sofrer desde consequências simples até as mais graves, como a morte (LEAL et al, 2016).

4 CONCLUSÃO

Através desse estudo foi possível identificar pontos de fragilidade na administração segura de medicamentos. Com isso, espera-se que os dados obtidos através dessa pesquisa possam contribuir para a elaboração de estratégias que tornem possível a mitigação das fragilidades percebidas, com o intuito de proporcionar a segurança no processo de medicação e contribuir com ações que favoreçam a estruturação de uma cultura de segurança.

Algumas ações, como a educação continuada dos funcionários, vem sendo implantadas. Dentre elas, palestras farmacêuticas referentes ao planejamento e à prática da medicação segura, que contribuem com a redução de eventos adversos relacionados a medicamentos e de perdas financeiras; além de contribuir imensamente com a segurança do paciente e melhorias na qualidade da assistência à saúde.

REFERÊNCIAS

BATES, D.W.; GAWANDE, A.A. Error in medicine: what have we learned? *Minnesota Medicine*, v. 83, n.7, p. 18–23, 2000.

BRASIL. Diário Oficial da União. Portaria Nº 529/2013. Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), 2013a.

BRASIL. Diário Oficial da União. Portaria Nº 2095/2013. Protocolos Básicos de Segurança do Paciente, 2013b.

BRASIL. Resolução RDC No 36, de 25/2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências, 2013c.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: Como posso contribuir para aumentara segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017.

COSTA, L.A.; VALLE, C.; ALVARENGA, A.P. Medical dispensing erros at a public pediatric hospital. *Rev. Latino Am. Enfermagem*. v. 16, n. 5, p. 812-7, 2008.

GIMENES, F.R.; MOTA, M.L.; TEIXEIRA, T.C.; SILVA, A.E.; OPITZ, S.P.; CASSIANI, S.H. PatientSafety in Drug Therapy and the Influence of the Prescription in Dose Errors. *Rev. Latino Am. Enferm.* v. 18, n. 6, p. 1055-61, 2010.

KATZUNG, Bertram G. *Farmacologia: Básica & Clínica*. 9º Ed. Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan, 2005.

KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S.; MCKAY, T.; PIKE, K.C. *To err is human*. Washington, DC: National Academy Press, 2000.

LEAL, K.D.; LEOPOLDINO, R.W.; MARTINS, R.R.; VERÍSSIMO, L.M. Potential intravenous drug incompatibilities in a pediatric unit. *einstein (São Paulo)*. v. 14, n. 2, p. 185-89, 2016.

LLAPA-RODRIGUEZ, E.O.; SILVA, L.S.L.; MENEZES, M.O.; OLIVEIRA, J.K.A.;

CURRIE, L.M. Assistência segura ao paciente no preparo e administração de medicamentos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. v. 38, n. 4, 2017.

MENDES, J.R.; LOPES, M.C.B.T.; VANCINI-CAMPANHARO, C.R.; OKUNO, M. F.P.; BATISTA, R.E.A. Types and frequency of errors in the preparation and administration of drugs. *Einstein (São Paulo)*. v. 16, n. 3, p. 1–6, 2018.

RODRIGUES, M.C.; OLIVEIRA, L.C. Errors in the administration of antibiotics in the intensive care unit of the teaching hospital. *Rev. Eletr. Enferm.* v. 12, n. 3, p. 511-19, 2010.

TULLY, M. P.; BUCHAN, I. E. Prescribing errors during hospital inpatient care: factors influencing identification by pharmacists. *Pharmacy World & Science*, v. 31, n. 6, p. 682–8, 2009.