

Pesquisas

CLASSIFICAÇÃO DE ERROS DE MEDICAÇÃO OCORRIDOS EM UM HOSPITAL PRIVADO DE BELO HORIZONTE

CLASSIFICATION OF ERRORS OF MEDICATION OCCURRED IN
A PRIVATED HOSPITAL OF BELO HORIZONTE

CLASIFICACIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN EN UN
HOSPITAL PRIVADO DE BELO HORIZONTE

Luiz Otávio de Souza*
Arlessandro P.S. Carvalho*
Tânia C.M. Chianca**
Maria Édila A. Freitas***
Carlos A.C.Ricaldoni****

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório para identificar e reclassificar os erros de administração de medicamentos constantes na Ficha de Notificação de Ocorrências Adversas (NOA) de um hospital privado. Foram levantadas 468 ocorrências arquivadas no período de junho de 1999 a maio de 2000, das quais 228 (49%) foram referentes a administração de medicamentos, sendo aproveitadas 168 (74%). Coletou-se também a data do erro, turno de ocorrência, setor, código do erro no NOA e procedeu-se à reclassificação baseada em referencial teórico⁽⁹⁾. Observou-se que a maioria dos erros refere-se a omissão, erro potencial de dose errada e de horário errado. Esses resultados subsidiarão programas de educação continuada na instituição.

Palavras-chaves: Erro de Medicação; Enfermagem; Administração Hospitalar

Respaldados em Chianca⁽¹⁾ e baseados em Lida⁽²⁾, consideramos que o erro humano é resultante das interações homem-máquina, homem-trabalho ou homem-ambiente, em que não foram atendidos determinados padrões esperados. Nesta conceituação, três elementos estão implícitos - a variabilidade da ação humana, a transformação no ambiente e o julgamento da ação humana.

Na verdade, existe uma dificuldade em coletar dados sobre os erros humanos. Segundo Leplat⁽³⁾, o erro é muitas vezes cercado de uma aura de culpa, que faz com que tanto o indivíduo que o comete como a instituição tenham aversão em comunicá-lo.

Mesmo que pudéssemos prever os erros e estabelecer medidas para evitá-los, ainda assim eles ocorreriam, e uma teoria que possa compreender o erro requer um relacionamento entre os três maiores elementos da produção do erro: a natureza da tarefa e suas circunstâncias ambientais, os mecanismos que comandam a execução e a natureza individual de quem executa a tarefa⁽⁴⁾.

Reason⁽⁵⁾ propõe estudar a origem dos erros utilizando um modelo, o Sistema Genérico de Estrutura do Erro, em que ele

associa as origens dos erros à classificação de desempenho humano de Rasmussen, sendo as ações baseadas em habilidades, regras e conhecimentos. Reason⁽⁴⁾ adverte que os lapsos acontecem por falta de habilidade, porque não se seguem regras, enquanto os erros propriamente ditos ocorrem por falta de conhecimento. Segundo este autor referendado, o comportamento baseado na habilidade constitui-se no desempenho sensorio-motor durante ações ou atividades corriqueiras, em que, depois de formulada a intenção para agir, o indivíduo atua sem controle consciente, ou seja, com comportamentos desembaraçados, automatizados e integrados. Os comportamentos baseados em regra e conhecimento são aqueles assumidos depois que o indivíduo se conscientiza de um problema. Ele segue normas pré-estabelecidas ou age racionalmente, utilizando seu poder de análise.

No comportamento baseado em habilidade, a atuação humana é comandada por instruções padronizadas fornecidas com antecedência, e os erros nesse caso se relacionam com as mudanças referentes a coordenação, espaço ou tempo.

* Discente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG).

** Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do ENB da EEUFMG.

*** Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do ENA da EEUFMG.

**** Enfermeiro. Coordenador do Serviço de Educação Continuada do Hospital Mater Dei.

Endereço para correspondência:

Rua João Pinheiro, 150 - Bairro Canaã
CEP-35700-054 • Sete Lagoas • Minas Gerais
Fone:0xx-31-7718324
E-mail: Luizbudu@bol.com.br

Nas ações baseadas em regra ocorre a ligação entre problemas familiares com as soluções estabelecidas através das normas. Os erros se relacionam com a aplicação inadequada da norma ou lembrança errônea dos procedimentos.

Com relação ao desempenho baseado em conhecimento, as falhas são relativas à seleção de tarefas apropriadas e às limitações no ambiente de trabalho. As situações desconhecidas, e as ações devem então ser planejadas utilizando processos analíticos e o conhecimento já adquirido. Os erros surgem a partir das limitações de recursos materiais ou através do processo racional envolvendo conhecimento insuficiente ou incorreto. Os três níveis podem coexistir.

Leplat⁽⁶⁾ fornece uma noção de erro que implica uma noção de padrão e desvios. É possível falar em erro quando alguma coisa que deveria ter sido feita não o foi. Um erro tem sempre uma conotação negativa, porém pode ser considerado de uma forma positiva, quando se estuda o procedimento do qual derivou e se verifica como ele foi produzido. Além disso, o erro pode ser uma informação preciosa para quem o comete e para quem o analisa, podendo ser decodificado a partir da construção de árvores de falhas, as quais oferecem subsídios para uma análise seqüencial de erros.

Entendemos que o controle e gerenciamento do erro na enfermagem ocorrem tanto no processo de trabalho formal como no informal. O formal apóia-se nos padrões éticos profissionais, ditados pelo Código de Ética de Enfermagem, em mecanismos de controle de qualidade e registros de incidentes. O informal, por outro lado, é a implementação dos padrões na prática⁽⁷⁾.

Como enfermeiros e membros da equipe de enfermagem, nenhum de nós deseja cometer erros. Estes violam nosso princípio ético de não causar danos embora, mesmo assim, os erros ainda ocorram^(7,8).

A administração de medicamentos faz parte da prática da enfermagem, sobretudo em ambiente hospitalar, cabendo ao enfermeiro a supervisão e a orientação da equipe quanto aos aspectos e princípios relacionados ao uso dos fármacos prescritos. Os diversos integrantes da equipe de enfermagem atuam no cuidado direto ao paciente, sendo responsáveis pelo preparo e pela administração de medicamentos. Para tanto, é de fundamental importância que enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem possuam conhecimentos e habilidades técnicas para uma correta administração dos mesmos.

A administração de medicamentos tem sido realizada como um ato mecânico e rotineiro. As habilidades técnicas requeridas são baseadas em práticas cotidianas, obtidas durante anos de experiência, rituais próprios e na observação de outrem na realização das tarefas⁽⁹⁾. Além disso, percebe-se que membros da equipe de enfermagem atuam, muitas vezes, sem supervisão, educação continuada e reciclagem necessárias para o desempenho da tarefa⁽⁹⁾.

Como "ato mecânico e rotineiro", esta prática pode parecer uma tarefa simples, mas, na realidade, ela se reveste de complexidade que exige dos elementos da equipe de enfermagem uma constante atualização.

Muitas são as falhas que podem ocasionar a administração errônea de medicamentos. Dentre elas, destacamos a letra ilegível do médico na prescrição, o fornecimento incorreto do medicamento pela farmácia, a sobrecarga de trabalho e a não utilização dos "5 certos" - medicação certa, paciente certo, dose certa, via certa e horário certo. Quando existe a adoção dos "5 certos" pela equipe de enfermagem, existe uma probabilidade menor de erros na administração dos medicamentos⁽⁹⁾.

O conceito adotado pelo NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATION ERROR REPORTING AND PREVENTION – NCC/MERP⁽¹⁰⁾ para erro de medicação é:

"Erro na medicação é definido como qualquer evento previsível que pode ser causado ou surgir do uso inconveniente ou falta de uma medicação, causando prejuízo (dano ou injúria) ao paciente, enquanto a medicação está sob o controle dos profissionais de saúde, pacientes ou consumidor. Tais eventos podem estar relacionados à prática profissional, aos produtos para o cuidado à saúde, procedimentos e sistemas, incluindo a prescrição, comunicação da prescrição, rótulo do produto, embalagem e nomenclatura; à composição, à distribuição, à administração; à educação dos enfermeiros e pacientes; à supervisão e uso."

Os tipos de erros de medicação são definidos em categorias e classificados por diversos autores na literatura internacional^(11,12,13), como relacionado a seguir

- *erro de prescrição*: seleção inapropriada do medicamento (baseada em indicações, contra-indicações, conhecimento de alergias, existência de terapia medicamentosa e outros fatores), dose, forma da dosagem, quantidade, via, concentração, taxa de administração, ou instruções para o uso do produto prescrito ou autorizado pelo médico.
- *erro de omissão*: falha para administrar uma dose prescrita pelo médico. Consideram-se exceções as doses não administradas devido à recusa do paciente em tomar a medicação.
- *erros na administração de medicamento não autorizado*: administração de uma dose de medicamento não prescrito pelo médico. São incluídas nesta categoria as doses administradas ao paciente errado, doses duplas, administração de medicamentos não prescritos, administração de medicação errada e doses fora do parâmetro ou dos protocolos clínicos.
- *erro de dose extra*: administração de doses duplicadas, isto é, uma ou mais unidades de dosagem, além das prescritas.
- *erro de dose*: administração de medicamento em uma dose maior ou menor do que a prescrita.
- *erro de via*: administração pela via errada ou por uma via que não a prescrita. Também são incluídas doses administradas por via correta, mas no sítio errado.
- *erro de forma da dosagem*: administração do medicamento em diferentes formas de dosagens que não aquelas especificadas pelo médico.
- *erro de horário*: falha em administrar a dose de medicamento no horário ou em intervalos predefinidos pela instituição ou pela prescrição médica.

- *erros devido a incorreções no preparo*: medicação incorretamente formulada ou manipulada; diluição ou reconstituição incorreta ou inexacta; falhas ao agitar suspensões, diluir medicações que não podem ser diluídas, misturar medicamentos que são física ou quimicamente incompatíveis; embalagem inadequada do produto.
- *erros devido a técnicas incorretas na administração*: uso de procedimentos inconvenientes ou técnicas impróprias.
- *erros pela utilização de medicamentos deteriorados*: administração de medicamentos quando a integridade física ou química da dose foi comprometida.
- *erro potencial*: erros na prescrição, distribuição ou administração de medicamentos detectados e corrigidos antes de se administrar o medicamento.

A classificação acima é referendada por Carvalho⁽⁹⁾ e aceita por nós, por suas características abrangentes. Observa-se que o erro pode ocorrer em qualquer fase da terapia medicamentosa, desde a prescrição até a administração do medicamento. Deve-se ressaltar que o indivíduo que administra o medicamento não é a única fonte do erro, podendo ocorrer também falhas no sistema⁽¹⁴⁾, o que corrobora a afirmação de Fuqua e Stevens⁽¹⁵⁾ de que "a ação do indivíduo sozinho não é a única causa do erro; subcausas e outros fatores de contribuição combinam-se para causar o erro".

Para Pepper⁽¹⁴⁾ uma das causas do erro pode estar relacionada a: "experiências pessoais e características da enfermeira, tais como, estado de saúde mental, família, estresse pessoal, distração e outras experiências".

Portanto, na ocorrência de um erro, o hospital deve iniciar imediatamente uma investigação completa, determinando e documentando os detalhes exatos da natureza do erro, quando ocorreu, quem o cometeu, em que turno ocorreu, tipo de erro e outros. Mas, na verdade, existe uma dificuldade em coletá-los, sendo difícil dispor de quantidades suficientes de relatos de erros para subsidiar análises abrangentes.

Neste estudo, pretendeu-se analisar erros de medicação a partir da documentação desses erros em uma instituição hospitalar privada onde se estabeleceu um sistema de registro dos mesmos.

Objetivo

Identificar, caracterizar e reclassificar os erros de administração de medicamentos ocorridos na prática de enfermagem em um hospital privado de Belo Horizonte, no período de junho de 1999 a maio de 2000.

Metodologia

Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório para identificar e reclassificar os erros de administração de medicamentos

descritos na ficha de Notificação de Ocorrências Adversas –NOA (Anexo 1).

Este instrumento administrativo pode ser conceituado como aquele que contém "toda e qualquer ocorrência indesejável ocorrida com o paciente, familiar, setor, funcionário, médico ou instituição, podendo ou não ser devido à negligência". O impresso foi reformulado no mês de junho de 1999 e é utilizado pela Coordenação de Enfermagem, enfermeiros ou chefias de enfermagem de cada setor. Após o relato do erro, a chefia imediata do funcionário que recebeu a notificação estabelece o plano de ação, ou seja, o que se deve fazer para prevenir que nova ocorrência aconteça. Estas fichas são encaminhadas à Coordenação de Enfermagem, onde são codificadas e digitadas em software específico para coleta de dados, permanecendo arquivadas.

Local do Estudo

O estudo foi realizado em um hospital geral e privado, que conta com um total de 130 leitos distribuídos em clínica médica, maternidade, clínica pediátrica, centro de terapia intensiva adulto (CTI), unidade de terapia intensiva pediátrica (UTIP), bloco cirúrgico e unidade de pronto atendimento. Com exceção dos setores fechados, os leitos estão alocados em apartamentos numa relação de um leito para cada apartamento. Em três apartamentos estão previstos dois leitos em cada um deles.

A maioria da clientela atendida é constituída por clientes conveniados ou particulares, não existindo internações mediadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, o corpo clínico da instituição é do tipo aberto, em que médicos credenciados por diversos tipos de convênios podem atender seus clientes.

Os profissionais de enfermagem de nível médio trabalham em turno de 12 horas para cada 36 horas de descanso e a escala diária é definida por apartamentos. Cada profissional é responsável pelo cuidado integral ao cliente, inclusive a administração de medicamentos.

Aos enfermeiros cabem as atividades de supervisão de enfermagem, e também a prestação de cuidados de maior complexidade técnica e outras atividades de cunho administrativo-burocráticas. Esses profissionais fazem uma jornada de trabalho de quarenta horas semanais e contam ainda com o auxílio dos acadêmicos de enfermagem.

População, Amostra e Coleta de Dados

Foram levantados 468 ocorrências arquivadas no período de junho de 1999 a maio de 2000. Dessas, 228 (49%) receberam codificações pela instituição como sendo erros de medicação. Foram consideradas 168 (74%) ocorrências entendidas pelos pesquisadores como erros de medicação propriamente ditos, que foram então reclassificadas com base na classificação de erros, descrita anteriormente. Coletaram-se também a data do erro, o turno de ocorrência, o setor e o código do erro no NOA. Esses dados foram anotados em fichas especialmen-

te elaboradas para o registro de cada relato de erro na administração de medicamentos.

Análise dos dados

Os dados obtidos foram lançados em programa computadorizado, o "Statistic Package for Social Sciences" (SPSS), versão 8.0 e analisados em relação ao objetivo proposto, utilizando-se freqüências absolutas, relativas e o cruzamento de variáveis dependentes com a variável independente, tipo de erro.

Resultados e Discussão

Vários autores^(7,8,9,16,17) têm estudado os erros de medicação na enfermagem. Alguns desses autores^(16,17) informam que os erros de administração de medicamentos são muito comuns e que fatores humanos (falhas em seguir prescrição, confusão acerca de nomes de medicamentos e falhas na comunicação de erros) são os maiores responsáveis por esse tipo de erro, que não pode ser corrigido simplesmente pelo estabelecimento de medidas normativas. Para Cooper,⁽¹⁶⁾ existem na enfermagem diferenças individuais que contribuem para a ocorrência dos erros, como a sobrecarga e a divisão de trabalho, fatores ambientais e temporais (em determinadas horas do dia as pessoas estão mais propensas a erros).

A maioria dos erros (64%) de administração de medicamentos, ocorridos no período entre junho de 1999 e maio de 2000, no hospital campo de estudo, aconteceu no turno diurno. No período noturno ocorreram 25% dos erros. Foram comuns a ambos os turnos, 3% dos erros. Apenas em 8% dos relatos de erros não foi especificado o turno (gráfico 1). No hospital, os membros da equipe de enfermagem responsáveis pela administração de medicamentos trabalham num esquema de 12/36 horas e a maior parte das ações é realizada durante o dia, quando acontece também o maior contingente de demandas.

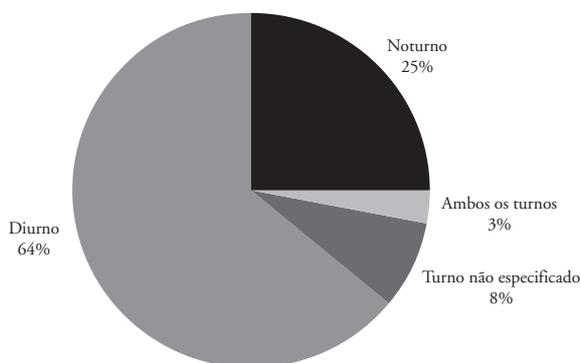


Gráfico 1 - Determinação dos erros de medicação por turno de ocorrência.

Com base no gráfico 2, pode-se observar que os erros de medicação foram mais freqüentes no 5º, 6º e 7º andares, clínicas médicas e cirúrgicas, perfazendo um total de 62,5% do total de erros considerados. No 7º andar, os erros relatados cor-

responderam a 24,4%. Os leitos do 5º e do 6º andares são destinados a internações de indivíduos em tratamento clínico. Já o 7º andar atende tanto a clientes pediátricos como da clínica médica. Observa-se, ainda, que nos setores fechados, UTIP e CTI, esta prevalência de erros representa 32,8% do total de NOA's considerados. Nos setores de hemodinâmica, maternidade e pronto atendimento, os erros de administração de medicamentos são menos freqüentes e perfazem um total de 4,8%.

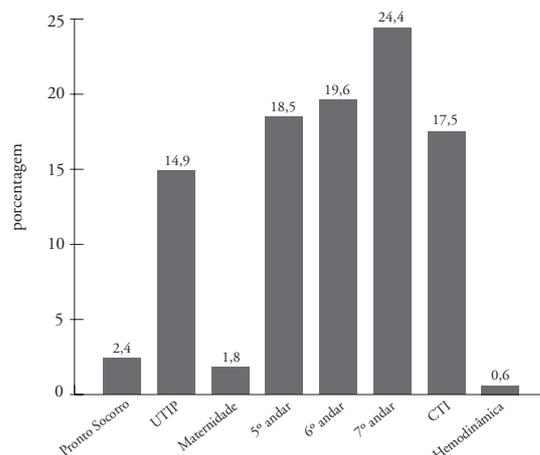


Gráfico 2 - Distribuição das ocorrências de erros por unidade do hospital.

O gráfico 3 apresenta a distribuição dos vários tipos de erros ocorridos. Mostra que o tipo de erro mais freqüente foi o erro por "omissão de doses" (31,5%). O "erro potencial" vem em segundo lugar com 18,5%, seguido do erro por "dose errada" e "de horário" com 15,5% e 13,1%, respectivamente. Acrescentando a esses quatro tipos de erros citados o erro de "velocidade de gotejamento" (6% do total), temos 84,6% do total de erros ocorridos na instituição. Os outros nove tipos de erros representam uma minoria dos erros de medicação cometidos na instituição no período, e somados perfazem um total de 15,4%.

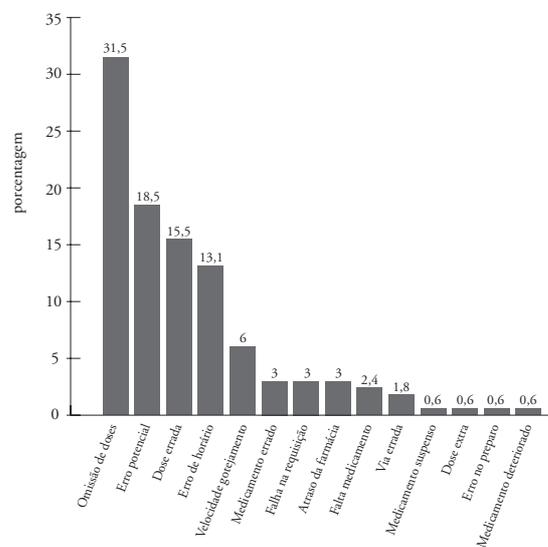


Gráfico 3 - Distribuição dos tipos de erros detectados.

Estratégias são propostas⁽⁶⁾ para serem adotadas nas instituições a fim de evitar erros. Os autores⁽⁶⁾ acreditam que os erros resultam de deficiências de conhecimento, de desempenho ou de ambos. Os erros acima apontados denunciam principalmente deficiências no desempenho dos profissionais envolvidos, e os tipos de erros a que se referem parecem envolver falta de atenção, enganos e lapsos, talvez por estafa, estresse no trabalho, sobrecarga de atividades, denunciando ora falta de habilidade, para seguir regras, ora falta de conhecimento. Por outro lado, considera-se que as condições predisponentes a erros citadas acima podem deixar os indivíduos mais suscetíveis a cometer erros e deveriam ser mais pesquisadas na instituição em questão.

Reportando ao gráfico 4, pode-se observar que nos primeiros seis meses subseqüentes à reformulação do impresso NOA, junho a novembro de 1999, houve uma maior notificação dos erros de medicação, correspondendo a 67,9%(114) do total de NOA's. No segundo semestre, dezembro de 1999 a maio de 2000, os relatos de erros representam apenas 32,1% (54) do total de NOA's. As fichas de ocorrências adversas parecem estar sendo abandonadas.

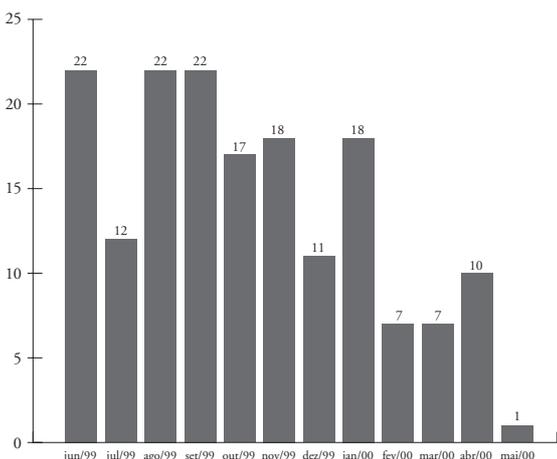


Gráfico 4 - Distribuição da frequência de erros por mês de ocorrência.

Os erros de administração de medicamentos têm, em sua maioria, origem humana (por exemplo, omissão de doses, erro potencial, dose errada, erro de horário), representando ônus para as instituições, funcionários e pacientes. Os erros são difíceis de ser detectados, relatados e até mesmo aceitos; são de curta duração e os envolvidos e testemunhas costumam ligar-se afetivamente ao problema.

No entanto, é necessário analisar os erros a fim de estabelecer estratégias para evitá-los. Chianca¹ afirma que para proceder a essa análise é preciso que se disponha de descrições dos erros e que estas devem conter o contexto e circunstâncias envolvidas, bem como suas conseqüências.

O gráfico 5 mostra o cruzamento dos dados referentes aos tipos de erros e o setor de ocorrência dos mesmos. Observa-se que na Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico (UTIP) ocorrem, em maior freqüência o erro de cálculo da velocidade

de gotejamento (70%) e o erro de dose extra (100%). Administração de medicamentos com prescrição suspensa na papeleta e preparo do medicamento são erros mais evidentes no Centro de Tratamento Intensivo (CTI), perfazendo um total de 100% em ambos os casos. No 7º andar os erros mais cometidos foram os erros classificados como potenciais e a administração de medicamento errado com 61,3% e 60%, respectivamente. No 6º andar o erro mais freqüente foi a falha na requisição do medicamento (60%).

O gráfico 6 mostra que mais de 50% de todos os tipos de erros ocorrem durante o dia. Mostra também que 60% dos erros por velocidade de gotejamento errada e 66,7% por via errada acontecem no turno noturno. Apresenta ainda os erros ocorridos em ambos os turnos e o turno que não foi especificado nos NOAs. No entanto, estes constituem uma minoria.

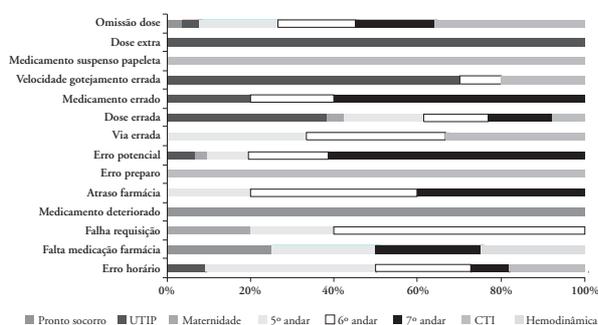


Gráfico 5 - Distribuição dos tipos de erros por setor de ocorrência.

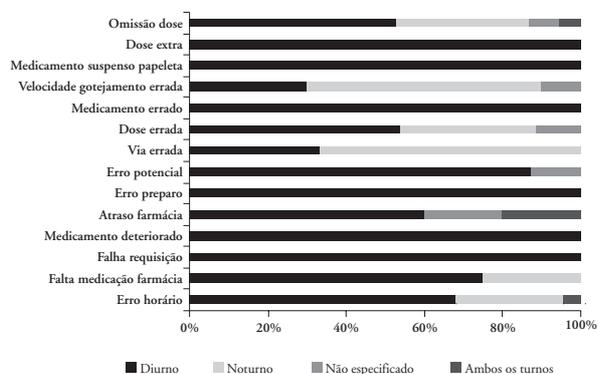


Gráfico 6 - Distribuição dos tipos de erros por turno de ocorrência.

Observa-se que a maioria dos erros por dose extra, medicamento suspenso na papeleta, medicamento errado, erro no preparo, medicamento deteriorado e falha na requisição ocorre no turno diurno. Não se verifica a ocorrência de tais erros no turno da noite. Além desses, 20% dos casos de erros referentes ao atraso da farmácia ocorreram tanto no turno diurno como no noturno.

Ao nosso ver, os tipos de erros ocorridos no período do dia no hospital em estudo mostram a necessidade de orientações, treinamentos e reciclagens aos quais os elementos da equipe de enfermagem e secretários de unidades devem ser submetidos.

dos. Verifica-se também a necessidade de revisão dos instrumentos de comunicação instituídos no hospital, tais como os de prescrição, requisição, distribuição e administração de medicamentos de modo a agilizar, facilitar e incrementar a comunicação entre os elementos dos setores envolvidos na tarefa.

Entretanto, é preciso levar em conta que mesmo se pudéssemos estabelecer medidas para prevenir que erros não ocorressem, ainda assim eles aconteceriam. Portanto, é preciso compreender que existe uma relação muito forte entre três elementos presentes nos erros: o tipo de tarefa e as circunstâncias ambientais que a envolvem; as regras estabelecidas e aceitas para sua execução e a natureza individual de quem executa a atividade, no caso, a administração de medicamentos.

Conclusões

Entre as 468 ocorrências de erros arquivadas até maio de 2000, 228 foram classificadas previamente pela instituição como erros de administração de medicamentos. É importante observar que esses erros, previamente codificados, nem sempre poderiam ser considerados como erros de medicação propriamente ditos, ou seja, não se enquadravam no conceito adotado pelo NCC/MERP e na classificação adotada neste estudo.

Dessa forma, dos 228 NOAs existentes, 168 (74%) constituíram objeto para re-classificação. A maioria dos erros de medicação ocorreu durante o dia (64%). Tal fato pode ser justificado por se ter um maior volume de administração de medicamentos nesse turno. O setor que apresentou maior ocorrência de erros foi o sétimo andar, com 24,4% do total, sendo que os erros mais comuns foram a administração de medicação errada e o erro potencial. Uma possível causa para esse fato é o uso mais freqüente do NOA, pela enfermeira desse setor, como um instrumento de documentação de erro. Entre os erros, o tipo mais comum foi o de omissão de doses (31,5%). Neste setor, ocorreu uma falha na administração de uma dose de medicamento prescrita pelo médico. Encontramos ainda 18,5% de erro potencial, seguidos de erro por dosagem errada (15,5%) e erro de horário (13,1%).

Desde fevereiro de 2000 o número de notificações de erros na instituição vem diminuindo, provavelmente porque nos primeiros meses após a reformulação do NOA (junho de 1999) as chefias o utilizavam com maior freqüência para relatar os erros de medicações ocorridos ou para confirmar que o processo de educação continuada, já implantado, tem sido eficiente.

Vale salientar que lidamos com vidas humanas, e que nem por isso estamos isentos de errar. Temos responsabilidades e preceitos éticos que norteiam nossa profissão e, muitas vezes atividades corriqueiras implicam a execução de ações com desatenção, o que predispõe ao erro. Existem estratégias para diminuir a possibilidade de erros, sobretudo os erros de medicação, para os quais a utilização da regra dos "cinco certos" pode ser profícua. É preciso que os elementos da equipe de enfermagem se conscientizem da importância da adoção dessa regra durante a administração de medicamentos. Além disso, ressaltamos a importância de o enfermeiro estabelecer um pro-

cesso contínuo de educação em serviço, no qual as atividades devem estar voltadas para os profissionais de nível médio.

Summary

It is a descriptive-exploratory study to identify and to re-classify the errors of administration of medications constant in the record of Notification of Adverse Occurrences (NAO) of a private hospital. It got up 468 occurrences filed in the period of June of 1999 to May of 2000. Between the occurrences 228 (49%) were referring to the administration of medications, being taken advantage of 168 (74%). It was also collected the date of the error, occurrence shift, section, code of the error in NOA. So, we proceeded to the re-classification based on theoretical framework⁽⁹⁾. We observed that most of the errors refers to the omission, potential error of both wrong dose and schedule. Those results will subsidize continuing education programs in the institution.

Key-words: Medication Error; Nursing; Hospital Administration

Resumen

Es un estudio descriptivo-exploratorio para identificar y re-clasificar los errores de administración de medicaciones constantes en el Registro de Notificación de Ocurrencias Adversas (NOA) de un hospital privado. Se levantó 468 ocurrencias archivadas en el periodo de Junio de 1999 a Mayo de 2000, del que 228 (49%) estaban refiriéndose a la administración de medicaciones, aprovechándose de 168 (74%). También fue reunido la fecha del error, cambio de la ocurrencia, sección, el código del error en NOA. Entonces se procedió a la reclasificación basado en referencial teórico⁽⁹⁾. Fue observado que la mayoría de los errores se refiere a la omisión, error potencial, de dosis mala y de horario malo. Esos resultados subvencionarán programas de educación continuados en la institución.

Unitermos: Error de la medicación; Alimentando; Administración del hospital

Referências Bibliográficas

1. Chianca TCM. Análise sincrônica e diacrônica de falhas na assistência de enfermagem em pós-operatório imediato. (Tese de Doutorado) Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, 1997:151.
2. Iida I. Ergonomia: projeto e produção. São Paulo: Edgard Blücher, 1990.
3. Leplat J. Erreur humaine. Fiabilité humaine dans le travail. Paris: Armand Colin, 1985.
4. Reason J. Human error. 3th ed. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

CLASSIFICAÇÃO DE ERROS DE MEDICAÇÃO OCORRIDOS EM UM HOSPITAL PRIVADO DE BELO HORIZONTE

5. Reason J. Generic error-modelling system (GEMS): a cognitive framework for locating common human error forms. In: Rasmussen J et al. New technology and human error. New York: Willey, 1987. Cap. 7:63-83.
6. Leplat J. Error analysis, instrument and object of task analysis. Ergonomics 1989; 32 (7):813-22.
7. Biordi DL. Nursing error and caring in the workplace. Nurs Admin Quar 1993; 17(2):38-45.
8. Cohen MR, Senders J, Davis NM. 12 ways to prevent medication errors. Nursing 1994 Feb; 24:34-41.
9. Carvalho VT. Erros na administração de medicamentos: análise de relatos dos profissionais de enfermagem. (Dissertação Mestrado) Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, 2000:132.
10. National Coordinating Council for Medications Errors Reporting and Prevention. NCC MERP taxonomy of medication errors. [online] Rockville: NCC MERP, 1998. [cited 13.11.1998]. Disponível em URL: <http://www.nccmerp.org/taxo0514.pdf>.
11. Backer KN, Mikeal RL, Pearson RE, Illig NA, Morse ML. Medication errors in nursing homes and small hospitals. Am J Hosp Pharm 1982 jun; 39:0987-91.
12. Josefczyk KG, Schneider PJ. Medication errors a pharmacy-coordinated drug administration program. Am J Hosp Pharm 1986 Oct; 43:2464-7.
13. Allen EL, Barcker KN, Cohen MR. Draft guidelines on preventable medication errors. Am J Hosp Pharm 1992 Mar; 49 (3):640-8.
14. Pepper GA. Errors in drug administration by nurses. Am J Health Syst Pharm 1995; 52 (15):390-5.
15. Fuqua RA, Stevens KR. What we know about medication errors: a literature review. J Nurs Quar 1988; 3(1):1-17.
16. Cooper MC. Can a zero defects philosophy be applied to drug errors? J Adv Nurs 1995; 21:487-91.
17. Calliari D. The relationship between a calculation test given in nursing orientation and medication errors. J Contin Educ Nurs 1995 Jan/Feb; 26(1):11-4.

Anexo

MATER DEI HOSPITAL		NOTIFICAÇÃO DE OCORRÊNCIAS ADVERSAS		Registro N.º (Não preencher)
TODO E QUALQUER EVENTO INDESEJÁVEL OCORRIDO AO PACIENTE, SETOR, FUNCIONÁRIO, MÉDICO OU INSTITUIÇÃO, PODENDO OU NÃO SER DEVIDO À NEGLIGÊNCIA. PREENCHIMENTO SOB A RESPONSABILIDADE DO ENFERMEIRO OU CRIANÇAS ENCAMIHAR AO DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM NO MÁXIMO QUATRO DIAS APÓS O FATO OCORRIDO.				
DADOS DO REGISTRO				
Data:	Nome:	Sobrenome:	Número de Assentamento	
DADOS DA ANOMALIA (rotas originais e anomalia)				
Data:	Hora:	Síntese:	Fundo:	Cl / Pr
Paciente:	<input type="checkbox"/> Pronto-socorro	<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Família/Paciente	<input type="checkbox"/> Interdisc. Chefe
Chefe do Setor:		<input type="checkbox"/> Gerente Funcionário		
Responsável pela Anomalia: (se for funcionário, indicar nome completo)				
Código de Anomalia:	ANOMALIA (descrever de forma sintética)			
CONSEQUÊNCIAS				
1 Alteração do quadro hemodinâmico ou comprometimento físico do paciente colocando em risco sua sobrevivência. 2 Alteração do quadro hemodinâmico ou comprometimento físico. 3 Risco à segurança do paciente/funcionário (comprometimento físico não observado). 4 Maior sofrimento psicológico para o paciente/família/funcionário (ansiedade, insegurança). 5 Produtividade (valor agregado, qualidade, produtividade) prejudicada em função de retrabalho (transtorno administrativo, dificuldade de assistência de enfermagem). 6 Prejuízo financeiro para o cliente ou instituição.				
CAUSAS				
Porque o problema ocorreu?				
<input type="checkbox"/> Falta Atensão <input type="checkbox"/> Método <input type="checkbox"/> Meio Ambiente <input type="checkbox"/> Falta de Equipamento				
A- Este Procedimento Padrão prevalece para o caso relatado? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO B- Se este Procedimento Padrão, ele está atualizado e adequado? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO C- O Procedimento Padrão foi cumprido? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO D- A equipe possui habilidade para cumprir o padrão? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO E- A equipe tem dificuldade em entender o procedimento? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO F- A equipe tem dificuldade em entender o procedimento? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO G- A equipe sente necessidade de cumprir o padrão? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO H- As condições de trabalho são adequadas? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO				
PLANO DE AÇÃO				
Quem?	Como?	Quando?	Código	
1- Preparar PRT & Rotina PRT 2- Treinamento de acordo com PRT 3- Melhorar condições de trabalho 4- Informar setores resp. as anomalias 5- Atualizar o manual de procedimentos individuais/gonais 6- Checar protocolos 7- Não se aplica.				
DE	Nome	Data	Assinatura	Observações
COORDENAÇÃO				
CHEFE				
OCORRÊNCIA				