



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

ESCOLA DE ENFERMAGEM

ALINE NAZARÉ VALENTE SANTOS FISCINA

**ERROS DE MEDICAÇÃO NOTIFICADOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE
GRANDE PORTE**

SALVADOR

2023

ALINE NAZARÉ VALENTE SANTOS FISCINA

**ERROS DE MEDICAÇÃO NOTIFICADOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE
GRANDE PORTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestra em Enfermagem e Saúde na Área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, na Linha de Pesquisa: Formação, Gestão e Trabalho em Enfermagem e Saúde.

Orientador: Prof.Dr. Handerson Silva Santos

Coorientadora: Prof^a.Dra^a. Ednir Assis Souza

SALVADOR

2023

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA), com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

F529 Fiscina, Aline Nazaré Valente Santos
Erros de medicação notificados em hospital público de grande porte/
Aline Nazaré Valente Santos Fiscina. – Salvador, 2023.
55 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Handerson Silva Santos; Coorientadora:
Prof^ª. Dr^ª. Ednir Assis Souza.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de
Enfermagem/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, 2023.
Inclui referências e apêndices.

1. Erro de medicação - notificação. 2. Enfermagem. 3. Hospital
público. I. Santos, Handerson Silva. II. Souza, Ednir Assis.
III. Universidade Federal da Bahia. IV. Título.

CDU 616.831:614


ALINE NAZARÉ VALENTE SANTOS FISCINA

ERROS DE MEDICAÇÃO NOTIFICADOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE GRANDE PORTE


Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestra em Enfermagem e Saúde na Área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, na Linha de Pesquisa: Formação, Gestão e Trabalho em Enfermagem e Saúde.

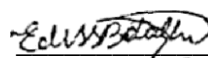
Salvador, 15 de agosto de 2023.


BANCA EXAMINADORA

Handerson Silva Santos (Orientador e Presidente da Sessão) 
Doutor em Enfermagem e Saúde pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da UFBA
Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Maristela Santini Martins (1ª Examinadora- membro externo)
Doutora em Ciências - Universidade de São Paulo
Docente da Universidade de São Paulo

Documento assinado digitalmente
 **MARISTELA SANTINI MARTINS**
Data: 26/09/2023 21:43:27-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Edenise Maria Santos da Silva Batalha (2ª Examinadora- membro externo) 
Doutora em Gerenciamento em Enfermagem - Universidade de São Paulo
Docente da Universidade do Estado da Bahia (UNEB)

Cláudia Geovana da Silva Pires (Suplente) 
Doutora em Enfermagem e Saúde pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da UFBA
Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

AGRADECIMENTOS

Concluir uma pós-graduação, depois de muito tempo de formada, é acima de tudo, desafiador, porém uma realização pessoal. E durante essa jornada tive ao meu redor pessoas que me impulsionam a concretizar esse sonho.

Meu primeiro sentimento de gratidão é a Deus, que em toda sua magnitude me concedeu saúde, sabedoria, resiliência e vivacidade para lutar por meus objetivos. Há tanto para agradecer depois de uma jornada como essa, no meio de uma pandemia, com aulas remotas, seminários, trabalhos.... tantos acontecimentos na minha vida profissional e pessoal, que as palavras não dão conta. No entanto, existem aqueles e aquelas que não podem deixar de ser lembradas aqui, pelo apoio e auxílio prestado, pela força dada, pelo incentivo e dedicação, pelo silêncio confortante.

Aos meus familiares, minha mãe, figura que tem uma representatividade forte e marcante na minha vida, o sempre “não desista”, na ponta da língua, quando esmorecia; aos meus manos, cunhadas e sobrinhos mesmo distantes, sei o quanto torcem por mim, sinto a energia boa emanada para que tudo desse certo.

Ao meu marido querido Aymone, pelo apoio, o partilhar das tarefas domésticas, criando tempo para que possa estudar. Não confessa, mas tem orgulho de mim. Aos meus filhos Rafael, Felipe e Camila, que me motiva, me incentiva, em todas as horas, Amo mais que a vida!

Agradeço a todos da família NSP-HGRS. Em especial a Manoela Maciel, responsável pela minha inscrição na pós, minha parceira de mestrado, sua companhia constante ao longo dessa jornada foi fundamental para chegar ao fim dessa etapa. Outras pessoas, que tenho que agradecer pelo convívio, pelas conversas/discussões engrandecedoras, pelas aventuras, por dividir angústias alegrias, os sorrisos, o interesse em ajudar, o aprendizado, são elas: Quessia Paz, responsável por despertar em mim, o amor à pesquisa quantitativa, pessoa encantadora e incentivo maior para o mundo acadêmico. Aline Brandão, pela robustez nas falas e sensibilidade na escrita, sempre inspiradora. Cristiane, Aline Melo, Ana Dantas e Márcia Cazumbá. Muito obrigado pelo amor e carinho demonstrados por todos vocês ao longo desses anos.

Ao Grupo de Pesquisa GERIR, espaço que me acolheu, onde aprendo com meus professores e colegas, tantos ensinamentos, reflexões e visão crítica construtiva sobre obem-estar coletivo, fundamental para o trabalhador e trabalhadora de saúde.

À banca examinadora pelos elogios que dispensaram ao meu trabalho e pelas valiosas contribuições.

Ao meu orientador Handerson Silva que me fez aprender a pensar criticamente, separando “a pesquisadora da profissional” Foram tantos ir e vir de escritas, “burilando os pensamentos e palavras”, acredito que criamos afinidades e tenho muito orgulho de ter sido uma das suas primeiras orientandas do mestrado. Obrigada por tudo que me proporcionou, por toda a dedicação.

À minha companheira de grupo de pesquisa Iara Cavalcante, pelo apoio nos momentos de desespero, pelos desabafos, pelas comilanças oriundas do desejo gestacional. Mamãe da Maya Roberta, agradeço pelo convívio fraterno e amizade que estabelecemos.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001. "This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001".

“Você pode encarar um erro como uma besteira a ser esquecida ou
como um resultado que aponta uma nova direção”

Steve Jobs

FISCINA, Aline Nazaré Valente Santos. Erros de medicação notificados em um hospital público de grande porte. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde). Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2023. 55 p.

RESUMO

O objetivo geral deste estudo foi analisar os erros de medicação notificados em um hospital público de grande porte, na cidade de Salvador-Bahia. Trata-se de uma pesquisa com abordagem quantitativa do tipo transversal e retrospectiva das notificações de erros de medicação, na janela temporal de 2019 a 2022. As variáveis do estudo correspondem a/aos: tipos de erros notificados que ocorrem na etapa do processo medicamentoso; turno de ocorrência dos erros notificados; categoria profissional que notifica; setor notificado, onde ocorreu o erro medicamentoso; setor que notifica erros envolvendo a terapia medicamentosa e grau de dano ocasionado ao paciente. A análise dos dados foi realizada no STATA versão 17, onde todas as variáveis coletadas foram submetidas a análise descritivas. Para as variáveis categóricas, foram calculadas as frequências absolutas (n) e relativas (%). Para a verificação de associação entre essas variáveis foi aplicado o teste Qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher. O nível de significância estatístico adotado foi de 5%. Nos resultados demonstrados notou-se quantitativos de notificações de erros de medicamentos com valores diferenciados e, por estas razões, agregados bianualmente (2019-2020 e 2021-2022). No que se refere ao período de ocorrência dos erros notificados, com destaque no biênio de 2021-2022, tem-se o período diurno, destaca-se ainda a redução de 63,7% das notificações de erro no período noturno do segundo biênio estudado. Quanto ao tipo de erro na etapa do processo medicamentoso, houve maior número de notificações na etapa da administração em todos os períodos analisados. Em relação à categoria profissional que mais notificou erros de medicação, as enfermeiras e as técnicas de enfermagem tiveram destaque, em ambos os biênios. Referente aos setores do hospital que receberam notificações de erros de medicação e os setores que efetuaram notificações envolvendo os erros medicamentosos, observam-se resultados parecidos nos dois biênios investigados, com destaque para as enfermarias, as unidades de terapia intensiva e a emergência, respectivamente em ambas as situações de notificações. Quanto ao grau de dano ao paciente referente à terapia medicamentosa errônea, evidenciou-se em maior quantidade o grau leve em ambos os biênios investigados, com 97,1% e 93,42%, respectivamente. Sublinha-se nesses resultados a significância estatística em todas as variáveis estratificadas em relação à variável de interesse. Este estudo contribuiu para caracterizar os erros medicamentosos notificados em um hospital público de grande porte. A análise das notificações relacionadas a erros de medicação reverbera em aprendizagem organizacional, impulsiona criação de ações estratégicas, possibilitando que as causas sejam identificadas e evitadas, sugere revisão e melhoria dos processos assistenciais.

Palavras-chave: Erro de medicação. Notificação. Enfermagem. Hospital.

FISCINA, Aline Nazaré Valente Santos. Medication notification errors in a large public hospital. Dissertation (Master's in Nursing and Health). School of Nursing at the Federal University of Bahia, Salvador, 2023. 55 p.

ABSTRACT

The general objective of this study was to analyze medication errors reported in a large public hospital, in the city of Salvador-Bahia. This is research with a cross-sectional and retrospective quantitative approach to notifications of medication errors, in the time window from 2019 to 2022. The study variables cover types of reported errors that occur in the process stage medicated; time of occurrence of reported errors; professional category that notifies; notified sector, where the medication error occurred; sector that reports errors arising from drug therapy and the degree of damage caused to the patient. Data analysis was carried out in STATA version 17, where all collected variables were subjected to a descriptive analysis. For categorical variables, absolute (n) and relative frequencies (%) were calculated. To check the association between these variables, Pearson's Chi-square test or Fisher's exact test was applied. The level of statistical significance adopted was 5%. Our results demonstrated that there were quantitative reports of medication errors with differentiated values and, for these reasons, aggregated biennially (2019-2020 and 2021-2022). Regarding the period of occurrence of reported errors, particularly in the 2021-2022 biennium, there is the daytime period, and the 63.7% reduction in error notifications during the night period of the second biennium trained is also highlighted. Regarding the type of error in the medication process stage, there were a greater number of notifications in the administration stage in all specific periods. In relation to the professional category that most reported medication errors, nurses and nursing technicians stood out in both biennia. Regarding the sectors of the hospital that received notifications of medication errors and the sectors that made notifications involving medication errors, similar results were observed in the two biennia investigated, with emphasis on the wards, intensive care units and the emergency, respectively in both notification situations. Regarding the degree of harm to the patient related to erroneous drug therapy, the mild degree was more evident in both biennia investigated, with 97.1% and 93.42%, respectively. These results highlight the statistical significance in all variables stratified in relation to the variable of interest. This study contributed to characterizing medication errors reported in a large public hospital. The analysis of notifications related to medication errors reverberates in organizational learning, drives the creation of strategic actions, enabling causes to be identified and avoided, and suggests review and improvement of care processes.

Keywords: Medication error. Notification. Nursing. Hospital.

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1-	Característica do erro medicamentoso, segundo biênio de ocorrência em um hospital de grande porte na cidade de Salvador, 2019-2022.	31
Figura 1-	Queijo suíço de James Reason adaptado.	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência de Vigilância Sanitária
CAF	Central de Atendimento Farmacêutico
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFF	Conselho Federal de Farmácia
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde
EA	Eventos Adversos
IBSP	Instituto Brasileiro sobre Segurança do Paciente
LPP	Lesão por pressão
MS	Ministério da Saúde
NOTIVISA	Sistema de Notificação e Vigilância Sanitária
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SBRAFH	Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
STATA	Statistic Data Analysis
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCUD	Termo de Compromisso de Utilização de Dados
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO	18
3 REVISÃO DE LITERATURA	19
3.1 PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE (PNSP)	19
3.2 ERROS DE MEDICAÇÃO	23
4 METODOLOGIA.....	28
4.1 TIPO DE ESTUDO	28
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	28
4.3 FONTE E VARIÁVEIS	29
4.4 COLETA DE DADOS.....	30
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	31
4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	31
5 RESULTADOS	32
6 DISCUSSÃO	35
7 LIÇÕES APRENDIDAS	38
8 CONCLUSÕES.....	39
REFERÊNCIAS.....	40
APÊNDICE A - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)	46
APÊNDICE B – Quadro de erro medicamentoso notificado.....	47
ANEXO - Ficha de notificação e não conformidades.....	50

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) denomina erro de medicação como qualquer evento evitável que pode levar ao uso inadequado de medicamentos, quando este se encontra sob o controle de profissionais de saúde, de paciente ou do consumidor, podendo ou não provocar danos ao paciente. (WHO, 2017).

Segundo Reason (2000) o erro é um ato não intencional, componente normal do comportamento humano, produto das circunstâncias em que as ações planejadas não alcançam o resultado desejado. Existem várias designações atribuídas ao erro, denominados: deslizes, lapsos, equívocos, erros de planejamento e execução, erro no nível da habilidade e no nível do conhecimento. O autor enfatiza a importância da análise do erro a partir da complexidade do sistema em que os trabalhadores estão inseridos, e não apenas unilateralmente. Com isso, o autor questiona o paradigma individual do erro (REASON, 2009)

De fato, o paradigma individual do erro foca na culpabilização do trabalhador que está na linha de frente do cuidado, desfocando as atenções dos demais responsáveis pela ocorrência do erro, que envolve as condições produtoras desse desfecho, Silva (2018). Todavia, não se deve eximir a associação do erro à natureza humana, mas ponderar as condições latentes que os trabalhadores estão expostos no seu ambiente de trabalho.

O trabalho produzido e consumido no sistema de saúde dá-se num meio ambiente propício para ocorrência de erros, dentre esses destaca-se o erro de medicação. Esses erros estão relacionados a vários fatores que o profissional na sua prática laboral está exposto, como por exemplo: quantidade excessiva de procedimentos, a complexidade da assistência, problemas de comunicação, incluindo prescrição, rótulos, embalagens, nomes, distribuição, dispensação, preparação, administração, monitoramento e uso de medicamentos soma-se a isso as variáveis de precarização do trabalho em enfermagem na saúde (BRASIL, 2014).

Quando analisamos a atuação de trabalhadores de saúde nos serviços públicos, outros problemas são encontrados, como por exemplo os identificados no estudo de Araújo *et al.* (2018) relacionados à equipe de enfermagem. Estes estão submetidos à intensidade do trabalho através do acúmulo de vínculos empregatícios resultando em fadiga física, mental e psicológica. Além disso, as condições precárias e os modelos de gestão de trabalho revelam a exploração de sua força de trabalho e contribui para a ocorrência de erros na assistência.

Nesse mesmo item, Melo (2016) salienta que a estrutura física sucateada dos hospitais públicos com precárias condições de trabalho diversas como: o tipo de vínculo (efetivo e terceirizado), a instabilidade, a renda, a jornada de trabalho com cumprimento das tarefas e atividades de administração de medicamentos, monitoramento e vigilância sobre os pacientes de forma contínua e ininterrupta, falta de qualificação para os trabalhadores mediante complexidade da assistência articulando o trabalho com os demais profissionais da saúde, predispondo-as a sobrecarga de trabalho que causa desgaste físico e psíquico, onde potencializa a ocorrência de erros.

Por conseguinte, o acontecimento desses erros leva a falta de credibilidade à atuação dos profissionais, prolonga a permanência dos pacientes nas instituições de saúde e consequentemente aumentam os custos hospitalares destes internamentos (BRASIL, 2014).

Os erros de medicação têm se destacado nos relatórios, manuais e artigos voltados para a segurança do paciente (BRASIL, 2013).

Nos Estados Unidos, diariamente, morre pelo menos 1 paciente em decorrência do erro medicamentoso que ocorre a 1,3 milhão de pessoas/ano, causando um custo de US \$42 bilhões, o que equivale a quase 1% do total de despesas em saúde no mundo (MAIA *et al.*, 2019). Na Europa os dados indicam que 8 a 12% dos pacientes internados em instituições de saúde, foram afetados por erros de medicação (WHO, 2017).

Segundo o Instituto para Práticas Seguras do Medicamento no Brasil (ISMP), os eventos referentes a erros na administração de medicações no Brasil fazem 8.000 mil óbitos por ano, e 7% das internações hospitalares, em média 840.000 mil casos (MENDES *et al.*, 2018). Estudo realizado em um hospital público de urgência e emergência, no interior da Bahia, identificou 151 casos de notificações de erro de medicação em instituição hospitalar, sendo estes distribuídos nas seguintes etapas da terapia medicamentosa: 51,7% na prescrição, 45,7% na administração e 2,6% na dispensação (LOPES *et al.*, 2021).

Para tanto, em 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tornou a segurança do paciente um objetivo mundial, aprovado na 57^a Assembleia Mundial de Saúde, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente para despertar a consciência profissional e o comprometimento político dos governos para uma melhor segurança na assistência à saúde e apoiar os países no desenvolvimento de políticas públicas e na implantação de boas práticas assistenciais (FREITAS, 2019).

Porém, somente em 2013, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa Nacional de

Segurança do Paciente (PNSP) por meio da portaria nº 529/2013, com vista ao aperfeiçoamento e atualização no manejo do cuidado nas instituições de saúde brasileiras, para favorecer a redução da ocorrência de eventos adversos (LLAPA *et al.*, 2017). O PNSP é composto por 06 metas internacionalmente conhecidas: identificação correta dos pacientes; melhorar a comunicação entre os profissionais; melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; assegurar a segurança local de intervenção, procedimento e paciente corretos; higiene das mãos; prevenção de lesão por pressão (LPP) e risco de quedas. Tais metas estão inseridas em protocolos emanados que explicam sua finalidade e norteiam a sua aplicabilidade. Além disso, o programa prevê a implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2013).

Esta pesquisa está ancorada na terceira meta do PNSP, denominada: “a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos”, cujo objetivo é a promoção de práticas seguras no uso de medicações em estabelecimentos de saúde no país (BRASIL, 2013).

É notória a persistência do aumento de eventos relacionados à terapia medicamentosa nas instituições de saúde públicas e privadas, o que culminou com a necessidade de serem implementadas ações voltadas especificamente para a segurança no sistema de medicação. Para tanto, em 2017 a OMS lança o terceiro Desafio Global “Medication Without Harm” que propõe reduzir 50% dos danos evitáveis relacionados aos medicamentos em todo o mundo até 2022 (WHO, 2017).

Pela magnitude dos eventos relacionados à terapia medicamentosa, faz-se necessário a vinculação com órgãos como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde (MS), que supervisiona as práticas assistenciais hospitalares, e o Sistema de Notificação e Vigilância Sanitária (NOTIVISA), que gera boletins avaliativos a partir de notificações recebidas de erros e eventos adversos das organizações que prestam serviços de saúde (SILVA *et al.*, 2018; REIS *et al.*, 2020). As notificações devem ser incentivadas como instrumento fundamental para a segurança do paciente, servindo como mecanismo de aprendizado e melhoria do processo de trabalho (SESAB, 2020).

As notificações são provenientes do acontecimento do erro, onde será realizado registro do evento na ficha de notificação que se encontra disponível na instituição sob duas formas: impressa onde o preenchimento acontece manualmente ou de forma digitada na versão editável existente no sistema de comunicação eletrônico hospitalar, em arquivo compartilhado e de conhecimento por todos os profissionais dos setores da instituição (SBRAFH, 2017).

O formulário apresenta cabeçalho que deve ser preenchido, não sendo obrigatório ter identificação do notificante, entretanto caso queira acompanhar o desfecho do evento, pode adicionar seu e-mail, no entanto, os demais dados do cabeçalho do formulário, incluindo dados pertinentes ao paciente tais como: idade, sexo, diagnóstico do paciente, setor de internamento, leito do paciente, turno que ocorreu o evento, data da ocorrência do evento, data da realização da notificação, além de descrever o evento ocorrido deve ser preenchido na sua totalidade, sinalizando também meta de segurança do paciente que foi envolvida (OPAS, 2011).

Tratando de notificação impressa, estas serão depositadas em caixas acrílicas dispostas em todos os setores do hospital, sendo posteriormente recolhidas por funcionários do setor e encaminhadas para o NSP. Quanto às notificações feitas por meio eletrônico são encaminhadas para e-mail do núcleo, onde após recebimento são impressas seguido de apreciação inicial, transcrição de todos os dados das notificações para uma planilha de software Microsoft Excel e dependendo do comprometimento do erro, será feito registro no sistema NOTIVISA, que gera uma numeração automaticamente e deve proceder a investigação causa-raiz que originou tal evento, obedecendo as recomendações e prazos pré-estabelecidos para tratativa de cada evento. No entanto, reações e eventos adversos graves devem ser comunicados imediatamente ao NSP, para fins de investigação e mitigação. Agora, o NSP é responsável por contactar autoridades para notificação e existem prazos para isso: 72 horas para ocorrências graves e 15 dias para envio de outros eventos (OPAS, 2011; BRASIL, 2013).

Considera-se a notificação de eventos adversos como fonte para obter dados pelos órgãos e agências reguladoras com o objetivo de promover o conhecimento sobre os eventos adversos (ANVISA, 2017).

A ocorrência do erro no processo medicamentoso, que é considerado complexo e multiprofissional, resultante de várias etapas e envolve profissionais distintos, portanto precisa de barreira para a ocorrência de erros que podem acontecer a partir da prescrição médica ilegível ou mal interpretada, seguindo para dispensação do fármaco (realizado pelo atendente de farmácia ou farmacêutico), continuando por um aprazamento (no contexto hospitalar, feito pela enfermeira), seguindo para preparo, que pode envolver diluição ou não, até efetivamente a aplicação deste medicamento, estas últimas etapas geralmente, realizadas por profissional de nível técnico em enfermagem (FREITAS *et al.*, 2019).

Devem ser consideradas no contexto do trabalho em enfermagem e da saúde as condições de trabalho os quais profissionais estão inseridos durante o processo de trabalho, por

vezes desfavoráveis nos serviços de saúde, corroborando para a ocorrência de erros, além da existência de outros fatores, complexidade da assistência prestada, infraestrutura deficitária, sobrecarga de trabalho, alta demanda de atendimento e falta de protocolos institucionalizados e insegurança no trabalho (SANTOS, 2018).

De acordo, com Woods (2013), a ocorrência do erro medicamentoso, por mais que seja um ato individual, não pode ser separada do contexto em que ocorre, principalmente por ser parte de um processo de cunho terapêutico. Salientando que a terapia medicamentosa pode ocorrer em ambientes diversos tais como: domicílio, ambulatórios ou consultórios, em *home care*, casas de longa permanência, porém majoritariamente acontece em ambiente hospitalar, onde trabalhadores em enfermagem, sobretudo técnicos e auxiliares em enfermagem, constituem a linha de frente e executam as administrações medicamentosas das prescrições médicas, fato que as expõe a maior ocorrência do erro (SILVA *et al.*, 2018).

Elemento fundamental para todo o processo de abordagem do erro no ambiente de trabalho em saúde, sobretudo pela atuação dos NSP, a notificação do erro é a principal dificuldade para o trabalhador envolvido na prestação do cuidado profissional, gerando a subnotificação, característica comum, que ocorre por diversos fatores, dentre eles o medo, a culpa, a vergonha, a autopunição, medo da crítica de outros profissionais (CAPUCHO *et al.*, 2014).

Para Damascena (2021), aos erros cometidos pelos trabalhadores da saúde, é imputada uma abordagem punitiva pelas organizações de saúde. Essa posição tem gerado omissões e como consequência a perda da chance de conhecer e abordar adequadamente esses eventos.

Ponderando que os profissionais de enfermagem são o maior contingente de força de trabalho nas instituições hospitalares e seu envolvimento com diversas etapas da medicação, incluindo dispensação pela farmácia, recebimento da medicação pela equipe de enfermagem, separação das medicações por paciente no setor, armazenamento da medicação no setor, preparo da medicação e administração da medicação a beira leito, independente de incorrer em dano ao paciente, é relevante aplicar a notificação desse evento e direcionar a análise da causa-raiz numa abordagem sistêmica (FORTE; MACHADO; PIRES, 2016; SOUZA, 2020).

Considerando que a realização dessas múltiplas tarefas, numa sequência de atos repetitivos onde protocolos operacionais são fragilizados e as condições estruturais desfavoráveis corroborando para a ocorrência de erros na realização da terapia medicamentosa.

Pelo exposto, surge a pergunta que norteia essa pesquisa: Quais as características dos erros de medicação notificados que ocorrem em um hospital público de grande porte?

O objetivo geral é estimar os erros de medicação notificados em um hospital público de grande porte, no período de 2019 a 2022, na cidade de Salvador-Bahia.

Este estudo proporcionará trazer à tona informações de erros medicamentosos notificados em um hospital público de alta complexidade, podendo subsidiar, futuramente, a construção de estratégias de ações de educação permanente, corroborando para minimizar erros na terapia medicamentosa. Também viabilizará retratar o contexto e o modo como os serviços são executados, possibilitando um reposicionamento dos gestores das organizações de saúde, além de estratégias que visem melhorias no ambiente de trabalho para promover uma assistência segura à população.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A Teoria do Queijo Suíço, criada por James Reason, britânico e professor de psicologia da Universidade de Manchester, Reino Unido propõe que os acidentes dependem de uma combinação de fatores e circunstâncias, e que os erros dependem de dois tipos de falhas, a saber: as falhas de execução (lapsos e deslizes) e as falhas no planejamento (enganos), e que, para evitá-los são necessárias diferentes barreiras e diferentes condutas (REASON, 2000; 2003).

A abordagem individual – se detém em atos inseguros dos indivíduos tais como: esquecimento, desatenção, descuido, desmotivação, negligência e imprudência e na abordagem sistêmica tem como princípio básico a falibilidade dos seres humanos e, portanto, erros são esperados mesmo nas organizações de excelência. Reason (2003) assume a premissa de que não se pode mudar a natureza humana, mas é possível mudar as condições em que os indivíduos trabalham. Os sistemas de barreiras são a base dessa abordagem. Na ocorrência do erro, a questão importante é identificar como e porque as barreiras falharam (NASCIMENTO, 2014).

Afirmando que os erros são inerentes ao ser humano, Reason criou o modelo de barreiras para o erro humano, mas para evitá-los utilizando-se de barreiras que impedem que a falha atinja o paciente e a esse modelo deu o nome de Queijo Suíço. Dentre as barreiras existentes, considerando o processo medicamentoso que inicia-se pela prescrição médica, onde deve ser observado erro de via, dose, frequência ou medicação prescrita, na próxima etapa dispensação deve ser criteriosamente avaliado erro no envio da medicação da farmácia para os setores solicitados, em continuação ao processo medicamentoso, atentar e conferir o armazenamento, onde as medicações parecidas devem ser guardadas separadamente, e na última etapa e não menos importante, a administração do fármaco, que deve ser realizada seguindo adequadamente os treze certos (REASON, 2000; 2003; SBRAFH, 2017).

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE (PNSP)

Em 2013 o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) por meio da portaria nº 529/2013, com vista ao aperfeiçoamento e atualização no manejo do cuidado nas instituições de saúde brasileiras, favorecendo a redução da ocorrência de eventos adversos (MS, 2013).

As seis metas internacionais que compõem o PNSP são: identificação correta dos pacientes; melhorar a comunicação entre os profissionais; melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos; higiene das mãos e prevenção de lesão por pressão (LPP) e risco de quedas (ANVISA, 2016).

A meta identificação dos pacientes tem por objetivo garantir a correta identificação do paciente, reduzindo a ocorrência de erros e enganos. Preconiza-se o uso da pulseira de identificação, constando no mínimo três itens identificadores como: nome completo do paciente, nome completo da mãe do paciente, data de nascimento do paciente ou número de prontuário do paciente (CBA, 2011).

Referente à meta comunicação efetiva entre os profissionais de saúde, cita que a ocorrência de falhas de comunicação entre profissionais de saúde ou entre estes profissionais e os pacientes são um dos principais fatores diretos ou contribuintes para ocorrência de erros nos cuidados à saúde e nos eventos adversos. Sendo assim, orienta que a comunicação deva ser efetiva e clara, para que não comprometa nenhuma etapa da assistência, sendo fundamental para a melhoria da segurança do paciente (IBSP, 2022).

Em relação à segurança medicamentosa, propõe a promoção de práticas seguras no uso de medicamentos em estabelecimentos de saúde preconizando estratégias como a padronização de processos de trabalho, o uso de recursos de tecnologia da informação, a participação da educação permanente, aprimorando conhecimentos técnico-científicos aos profissionais de saúde e principalmente, o acompanhamento das práticas dos profissionais em todas as etapas do processo que envolve a administração medicamentosa (FERRACINI, 2005).

No que se refere a cirurgia segura, estabelece rotinas a serem implantadas para diminuir

a ocorrência de eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, permitindo maior segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, por meio do uso da Lista de Verificação de Cirurgia Segura (LVCS), instrumento a ser aplicado no pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório para cada paciente a ser submetido a intervenções ou procedimentos cirúrgicos (SHEKELLE *et al.*, 2013).

Quanto a higienização das mãos, instituir e promover a higiene das mãos, englobando desde a higiene simples, a higiene antisséptica até a fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica comumente utilizados nos serviços de saúde com o objetivo de prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) garantindo à segurança do paciente, dos profissionais de saúde e de todos aqueles envolvidos na assistência aos pacientes. Portanto, faz-se necessário ter o fácil acesso ao produto de higienização das mãos que deverá estar tão próximo quanto possível do profissional, ou seja, ao alcance das mãos no local de tratamento, evitando o deslocamento deste, do ambiente onde o paciente se encontra (ANVISA, 2013).

Para prevenção de lesão por pressão (LPP) e reduzir o risco de quedas nos pacientes, determina a implantação e/ou implementação de mudança de decúbito que promovam a prevenção da ocorrência de LPP e outras lesões, assim como a redução da ocorrência de queda de pacientes e o dano dela decorrente, garantindo o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro e que proporcione ações educativas para o paciente, familiares e profissionais (IHI, 2013).

O PNSP, dentre as regulamentações dadas pela Anvisa com a publicação da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº. 36, de 25 de julho de 2013, tem-se a criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) em serviços de saúde (BRASIL, 2013). O NSP deve ser estruturado nos serviços de saúde públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa (BRASIL, 2013). A RDC institui a obrigatoriedade de criação de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde, com a atribuição de elaborar ações estratégicas voltadas à segurança do paciente. Para tanto, os membros do NSP devem ter autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente (PSP), devendo estar hierarquicamente ligado a alta gestão da instituição e manter uma articulação constante com os setores assistenciais (de enfermagem e farmacêutica) e com os setores não assistenciais (engenharia hospitalar, compras, serviço de higiene e limpeza, hotelaria) que estão interligados (BRASIL, 2016).

Com a criação do NSP, a OMS objetiva representar um ciclo de melhoria contínua, realçando a identificação, a prevenção, a detecção e a redução do risco; a recuperação do incidente e a resiliência do sistema através de ações caracterizadas da seguinte forma: Ações definidas a partir da identificação de um erro; Ações que previnem ou moderam a progressão de um erro; Ações de melhoria para aprimorar ou compensar qualquer dano ao paciente depois de um erro; Ações de redução de risco – para prevenir a ocorrência de um mesmo erro ou de erro similar; Ações que busquem compreender a realidade e o perfil assistencial do serviço prestado, possibilitando observar os maiores riscos envolvidos no cuidado (BRASIL, 2014).

Para a organização do plano é importante que se conheça os fatores contribuintes ou circunstâncias, que desempenham um papel na origem ou no desenvolvimento de um erro ou no aumento do risco para ocorrência do erro. Os fatores podem ser: humanos (relacionados ao profissional); sistêmico (relacionados ao ambiente de trabalho); externos (relacionados a fatores fora da governabilidade do gestor); e/ou relacionados ao próprio paciente (exemplo: não adesão ao tratamento). Conhecer e modificar o fator contribuinte de um erro é uma ação de prevenção primária (BRASIL, 2014).

Além de atender os objetivos propostos pela OMS, o NSP deve estabelecer um Plano de Segurança do Paciente (PSP) que deve contemplar um processo eficaz e decisivo viável para o gerenciamento dos serviços de saúde, metas a serem alcançadas, estratégias de ação, ferramentas de gestão de risco, monitoramento contínuo, plano de avaliação das atividades e instrumento de notificação de eventos adversos e não conformidades, relacionados à assistência à saúde (BRASIL, 2016). E a resolução do Comitê Intergestores Bipartite (CIB) nº 133/2023 - Aprova o Plano Estadual de Segurança do Paciente (PESP) do Estado da Bahia no âmbito do SUS, visando contribuir para a implementação de uma cultura de qualidade e segurança nos serviços de saúde, em todos os níveis de atenção à saúde da população no Estado da Bahia, por meio de ações sistemáticas. que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente para a qualificação do cuidado nos estabelecimentos de saúde do território nacional, por meio de promoção e apoio a iniciativas voltadas à segurança do paciente em diversos níveis de atenção, com o objetivo de mitigar a ocorrência do evento adverso.

Nesse sentido, orienta-se a todo e qualquer trabalhador da instituição, mediante qualquer incidente relacionado à assistência à saúde, incluindo os EAs ocorridos, notificar ao Núcleo de Segurança do Paciente através da ficha de notificação de incidente e não conformidades

(BRASIL, 2015).

Cabe ao NSP a função de identificar, analisar todos os incidentes notificados relacionados à assistência, inclusive os EA que ocorreram no serviço de saúde. Para tanto, precisa categorizar o grau de dano, ocasionado pelo incidente. Podendo ser LEVE: o paciente apresentou sintomas leves, danos mínimos ou intermediários de curta duração sem intervenção ou com uma intervenção mínima (pequeno tratamento ou observação); MODERADO: o paciente necessitou de intervenção (exemplo: procedimento suplementar ou terapêutica adicional), prolongamento da internação, perda de função, danos permanentes ou em longo prazo; GRAVE: necessária intervenção para salvar a vida, grande intervenção médico-cirúrgica ou causou grandes danos permanentes ou em longo prazo; perturbação/risco fetal ou anomalia congênita. MORTE (causada pelo evento adverso) (BRASIL, 2016).

Na notificação não existe a obrigatoriedade de identificação do notificador do evento adverso, porém faz-se necessário citar a data da ocorrência, setor e assinalar a natureza do evento, descrever o problema evidenciado ou registrar a ocorrência administrativa percebida, além de ter que registrar o nome do paciente, pois em casos de agravamentos após evento ou incidente será necessário, investigar maiores detalhes do ocorrido, e com a devida identificação do paciente na ficha de notificação facilita a localização do mesmo. A tratativa dada a este instrumento não resultará na punição dos envolvidos, mas em adoção de ações educativas. Seu uso é de cunho epidemiológico, sendo utilizado tanto nos serviços de saúde quanto nas instâncias de gestão do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2015).

Desmistificando o caráter coercivo ou punitivo, as notificações devem ser consideradas como item de construção de ações de melhorias nos processos assistenciais do cuidado, ter sua aplicabilidade como tema para capacitações em educação permanente entre os profissionais e colaboradores da instituição, servindo de meio para promoção de cultura de segurança do paciente (BRASIL, 2016).

A obrigatoriedade das notificações no sistema NOTIVISA, retrata uma burocratização documental cumprida de modo automatizado. Necessário fazer uma reflexão apurada dos detalhes que desencadearam tal evento. Tratando-se de fator humano como mola propulsora, vale avaliar por quanto tempo, quais fatores e circunstâncias que levaram para acionar esses gatilhos que culminaram com o erro.

Em um ambiente hospitalar de alta complexidade assistencial, uma das condutas terapêuticas mais utilizadas é a terapia medicamentosa. Nesse contexto, os medicamentos

cumprem papel importante no processo de tratamento, reabilitação e/ou cura das pessoas, sejam as doentes, sejam as que utilizam por seu poder preventivo ou para fins de diagnóstico. Apesar disso, esses produtos também são possíveis causadores de eventos desagradáveis (SOUSA *et al.*, 2018).

A terapêutica medicamentosa implantada num hospital com fluxos de atendimento tão diversos, intensos e por vezes logisticamente complicado, possui um sistema de dispensação de medicamentos que deve ser: racional, eficiente, seguro, econômico e por tratar-se de instituição pública deve seguir uma regulamentação estabelecida por órgão competente (Brasil, 2010). Adotar medidas que visam a segurança medicamentosa por vezes necessitam de recursos financeiros que oneram as instituições, principalmente se forem voltados para obtenção de tecnologias duras (recursos materiais), todavia, quando se refere a investimentos no setor saúde deve incluir o foco nas tecnologias leves (treinamento e qualificação para os profissionais), cujos resultados obtidos são visíveis e menos custosos.

3.2 ERROS DE MEDICAÇÃO

Segundo o Conselho Federal de Farmácia (CFF, 2018) o Brasil ocupa a 6^o posição no ranking dos maiores mercados consumidores de medicamentos no cenário mundial, tal condição reforça a predominância do modelo assistencial hospitalocêntrico adotado amplamente no país.

O processo de medicação é complexo, multidisciplinar e envolve vários profissionais com formação em saúde ou não. Inicia-se com o planejamento da aquisição dos medicamentos, gerenciamento do abastecimento e logística de distribuição desse arsenal terapêutico; em seguida avança para as outras etapas, que se subdividem em: prescrição, dispensação, administração, monitoramento e avaliação farmacoterapêutica. Fazendo menção a instituição do estudo, essas etapas devem observar critérios relacionados às especialidades e perfil epidemiológico da população que atende (OMS, 2015; LEITE *et al.*, 2016).

Em relação ao planejamento e gerenciamento dos serviços de abastecimento através de sistemas de informação é indispensável para o uso racional, eficiente, seguro de medicamentos, através da utilização de protocolos clínicos e esquemas terapêuticos padronizados. Com a finalidade de auxiliar na melhor efetividade do tratamento medicamentoso adotado para o paciente, manter os estoques abastecidos e reduzir o risco de problemas de fornecimento. Além

disso, faz-se necessário: registros de entradas dos medicamentos na instituição, devoluções realizadas pelas unidades, saídas dos medicamentos para os pacientes, além da realização de inventários periódicos (PEREIRA, 2016; DIEHL *et al.*, 2016; CONITEC, 2020).

No que se refere ao quesito distribuição e acondicionamento dos medicamentos adquiridos, os locais destinados à guarda de medicamentos incluem: centrais de abastecimento da farmácia, farmácias satélites e dispensários. Eles devem estar sempre sob controle e monitoramento das condições ideais para armazenar os medicamentos de forma que garanta a qualidade e segurança dos produtos. Na continuidade da etapa do processo medicamentoso, o critério distribuição deve ser também correto, racional e confiável, proporcionando agilidade por meio de programações de entrega, fornecimento dos medicamentos corretos na quantidade certa, mantendo as condições ideais de transporte. Outro ponto importante na distribuição é a conferência dos pedidos enviados. Na verdade, a checagem deve estar presente em diversas etapas do ciclo. Evitando desvios inconvenientes de trocas ou faltas (PINTO, 2016; DIEHL; SANTOS; SCHAEFER, 2016).

A etapa da utilização dos medicamentos tem início a partir de um plano terapêutico medicamentoso para o paciente, formalizado por meio da prescrição, sendo realizado por profissional habilitado. Deve apresentar barreiras para a prevenção de erros de medicação na etapa de escolha terapêutica medicamentosa e redação da prescrição, para tanto preconiza-se o uso de uma lista de medicamentos selecionados/padronizados possibilitando ao prescritor maior familiaridade com os medicamentos e apresentações disponíveis na instituição ou adoção de protocolos clínicos baseados em evidência no intuito de contribuir para o uso seguro de medicamentos (SANTI, 2016).

A prescrição deve ser redigida de maneira legível, correta e completa, contendo dados como: nome de completo do paciente, número de registro ou prontuário, data de nascimento e peso (dados que auxiliarão nos cálculos de doses e ajustes de dose, por exemplo), nome do medicamento, dose, forma farmacêutica, posologia, quantidade total para o uso, duração do tratamento, data da prescrição e nome, número do prescritor (registro do conselho de classe) e assinatura do prescritor (Brasil, 2014; OPAS; OMS, 2015).

Depois da prescrição, segue para dispensação dos medicamentos prescritos, nesta etapa a atuação do profissional farmacêutico é imprescindível, pois, pela sua formação acadêmica está qualificado e será responsável por avaliar itens como compatibilidade físico-química e farmacológica, dose, forma farmacêutica, via e horários de administração da terapia

medicamentosa adotada, orientar os funcionários antes de fornecer ou entregar o medicamento. Toda essa atenção na dispensação dos fármacos gera um processo mais seguro (CONASS, 2011; SOARES *et al.*, 2016; SBRAFH, 2017).

A etapa final desse processo terapêutico, a administração de medicamentos geralmente envolve os profissionais da enfermagem, e para que a administração segura de medicamentos aconteça, é necessário que todas as etapas anteriores do ciclo estejam em sintonia, sendo elas: planejamento, aquisição, armazenamento, distribuição e utilização. É essencial que a instituição entregue corretamente, no horário, que disponibilize informações acerca do medicamento e que a prescrição seja clara, completa e correta. O enfermeiro deve também revisar a prescrição médica antes da administração dos medicamentos, sendo um dos últimos obstáculos para a interceptação de erros (CAPUCHO, 2016).

Para realizar uma tarefa de fundamental importância como administração medicamentosa, o profissional de saúde vai requer ambiente adequado, iluminado, organizado e com o mínimo de interrupções, reservado para a realização de cálculos e preparo de medicamentos. O cumprimento atento e seguro desta etapa requer seguir “os treze certos da administração de medicamentos”: 1 – prescrição certa; 2-paciente certo; 3 – medicamento certo; 4– validade certa; 5 – forma/apresentação certa; 6 – dose certa; 7 –compatibilidade certa; 8 – orientação correta; 9 –via de administração certa; 10- horário certo; 11- tempo de administração certo; 12- ação certa; 13- registro certo (CONASS, 2018).

Partindo do pressuposto que o paciente hospitalizado e sua recuperação é o principal propósito de toda equipe multiprofissional da instituição, o processo de monitoramento e observância de reações adversas, eventos adversos, interações medicamentosas e inefetividade terapêutica são alguns exemplos de problemas que podemos nos deparar, diante de um tratamento farmacológico, com diversos riscos, devendo ser realizadas intervenções quando ocorrerem (CAPUCHO, 2016).

Diante de uma ocorrência de erro profissional na administração medicamentosa, comumente tem-se uma responsabilidade de cunho pessoal, associado a falibilidade humana de quem administra medicações, culpando a trabalhadora por seu esquecimento ou desatenção (MELO, 2016). Em consonância, estudo realizado por SIMAN *et al.* (2021), aponta que a equipe de enfermagem compreende o erro de medicação como erro de conduta profissional, podendo resultar em consequências graves ao paciente.

A Teoria do Erro Humano elaborada por James Reason baseia-se nos processos

cognitivos que são susceptíveis ao erro. Todavia, o teorista faz alusão entre a combinação de fatores cognitivos prenunciadores do erro com outros fatores que, no caso da área da saúde, são referentes ao meio ambiente hospitalar e toda estrutura organizacional e às condições de trabalho (SILVA-SANTOS, 2018).

Nunes *et al.*, (2014), listam diversos fatores que se encontram relacionados ao EA em medicações: causas técnicas, recursos humanos reduzidos, prescrições ilegíveis, sobrecarga de trabalho decorrentes de altas demandas e múltiplos vínculos empregatícios. Reforçam ainda a necessidade de ambientes seguros de trabalho e educação permanente em segurança do paciente para minimizar os agravos causados por esses EA.

Vale ressaltar a importância da abordagem sistêmica para erradicar os fatores produtores de erro, na maioria das vezes relacionadas às condições precárias de trabalho, tais como: subdimensionamento de pessoal, sobrecarga de trabalho, déficit na formação/capacitação, rotatividade de profissionais, falta de protocolos assistenciais, baixa remuneração, infraestrutura sucateada, equipamentos e/ou materiais inadequados e escassez de equipamentos de proteção individual. Criar estratégias para a resolução sistêmica de processos, consequentemente criará barreiras potentes para os erros oriundos de comportamentos humanos (FORTE, 2019).

A ilustração abaixo (Figura 1) do queijo suíço, adaptada de James Reason, apresenta a abordagem sistêmica no processo da terapia medicamentosa, retratando as etapas desse processo através de fatias do queijo, onde deveriam existir barreiras para evitar a ocorrência do erro de medicação. A devida implementação das barreiras pode reduzir os riscos de danos nos pacientes e trazer repercussões positivas para a instituição (IBSP, 2022).

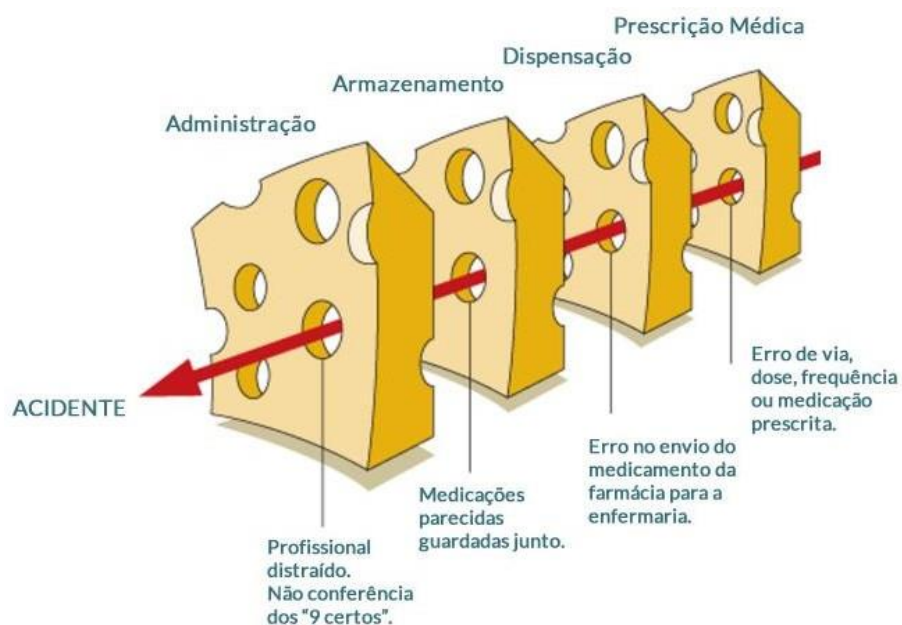
Nesse sentido, é imprescindível que sobre as condições precarizadas onde os profissionais trabalham devam ser implementadas barreiras a fim de mitigar erros, tornando os processos de trabalho mais seguros (MELO, 2016).

Outro ponto relevante diz respeito à avaliação da causa que deve ser efetiva para mitigação do problema. Através de ações assertivas é possível reduzir os incidentes recorrentes e evitáveis ao paciente (IBSP, 2022).

Ações educativas, treinamentos relacionados à segurança medicamentosa poderão ser adotados para minimizar os erros nos processos de uso e administração de medicamentos. São elas: padronizar os processos, identificar corretamente os pacientes, não confiar na memória, implantar a dupla checagem, divulgar entre profissionais fontes de informações sobre medicamentos, utilizar novos materiais que ajudem a criar barreiras no processo de preparação e

administração de medicamentos. E para garantir que todas essas medidas sejam implantadas e os processos sejam realizados de forma adequada, o monitoramento contínuo e consistente é a solução para avaliar e identificar os riscos, antes que ocorram os erros (WARELINE, 2016).

Figura 1 - Queijo suíço de James Reason adaptado



FONTE: https://www.saude.ce.gov.br/wpcontent/uploads/sites/9/2018/06/segurana_paciente_prioridade_ou_pre_requisito.pdf

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa com abordagem quantitativa do tipo transversal e retrospectiva das notificações de erros de medicação, na janela temporal de 2019 a 2022. O caráter retrospectivo confere ao estudo um aspecto de retratar fatos do passado, podendo este ser delineado pelo pesquisador marcar um ponto no passado e conduzir a pesquisa até o momento presente (MARCONI; LAKATOS, 2021). No estudo em questão, será descrito quantitativamente os erros de medicação mais notificados desde 2019 a 2022.

Por se tratar de pesquisa com abordagem quantitativa permite no desenvolvimento desta, classificar a relação entre as variáveis para garantir a precisão dos resultados, evitando contradições no processo de análise e interpretação. Essa abordagem é empregada em pesquisas, inclusive nas descritivas, visando analisar a interação de certas variáveis, compreender processos experimentados por grupos sociais e apresentar contribuições no processo de mudança das atitudes dos indivíduos (PRODANOV, 2013).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em um hospital geral público, localizado na capital baiana. Este referido hospital trata-se do maior hospital público do estado da Bahia, com 640 leitos, classificado como um hospital de grande porte, de alta complexidade, terciário e de caráter assistencial. É também uma instituição de ensino, certificada pelos ministérios da Saúde e da Educação. Atualmente é referência nos serviços de emergência, hemorragia digestiva, nefrologia, pediatria, clínica médica, cirurgia bucomaxilofacial, cirurgia geral, neurocirurgia, cirurgia pediátrica e neonatal, cirurgia vascular e maternidade de alto risco, entre outras especialidades médicas (SESAB, 2020).

A instituição hospitalar em estudo, atende a um protocolo operacional padrão com fluxo de distribuição de medicamentos, que se inicia de uma Central de Atendimento Farmacêutico (CAF), local apropriado para recebimento de grandes volumes de fármacos e insumos destinados à terapia medicamentosa. Depois do devido abastecimento, armazenamento e acondicionamento

de fármacos e insumos, os mesmos são gradativamente distribuídos em quatro unidades menores, estrategicamente localizadas três unidades no térreo e uma unidade no primeiro andar da instituição, denominadas farmácias-satélites. Onde, de acordo com o fluxo de atendimento, respectivamente, uma das farmácia-satélite do térreo atende as unidades de terapia intensiva (UTI Geral1, UTIGeral2, UTI Cirúrgica, UTI Neurológica, UTI Pediátrica), a outra farmácia-satélite do térreo atende aos setores Emergência Adulto, Emergência Pediátrica, UTI Cardiovascular, Unidade de Acidente Vascular Cerebral e o Centro de Hemorragia Digestiva; e a outra farmácia satélite do térreo responde às demandas de prescrições medicamentosas dos setores do Centro Cirúrgico, Emergência Obstétrica e Centro Obstétrico. A unidade satélite localizada no primeiro andar, atende às demandas das prescrições medicamentosas dos pacientes internados nas enfermarias do 1º, 2º, 3º e 4º andar, além de suprir de medicamentos e insumos a UTI Neonatal, localizada no 3º andar. Cada andar de unidade de internamento possui 03 enfermarias distintas ala A, ala B e ala C.

4.3 FONTE E VARIÁVEIS

Este estudo tem os registros de notificações de erros no processo medicamentoso ao NSP do referido hospital como unidades de análise.

A fonte primária dos dados analisados são as fichas de notificação que registram os erros de medicação e a fonte secundária dos dados é o banco de dados do hospital com todas as notificações de erro de medicação de 2019 a 2022. A ficha de notificação é um instrumento sinalizador que foi implementado no hospital seguindo o modelo existente na ANVISA, onde enfatiza a não obrigatoriedade de identificação do notificador do evento adverso, porém faz-se necessário citar a data da ocorrência, setor e assinalar a natureza do evento ocorrido, entre eles: medicação, hemocomponentes, dieta, identificação do paciente, materiais/equipamentos, cirurgia (BRASIL, 2016). Dessa forma, a amostra será constituída pelas notificações (unidades de análise) referentes aos erros de medicação.

As variáveis do estudo correspondem a/aos: 1) tipos de erros notificados que ocorrem na etapa do processo medicamentoso; 2) turno de ocorrência dos erros medicamentos notificados; 3) categoria profissional que notifica; 4) setor notificado, onde ocorreu o erro medicamentoso; 5) setor que notifica erros envolvendo a terapia medicamentosa e 6) grau de dano ocasionado ao paciente.

Com relação aos tipos de erros notificados que ocorre na etapa do processo

medicamentoso, estes são categorizados da seguinte forma: i) dispensação, que envolve situações como medicamento vencido, medicação e dispensação errada que estatisticamente trouxe resultados com baixa significância; ii) prescrição, que envolve o erro na prescrição e/ou na dose do medicamento; iii) administração, que envolve as seguintes etapas: atraso na administração de medicamentos, extravasamento de soluções, flebite secundária à infiltração de soluções, omissão de medicação, via errada de administração, erro no aprazamento, erro no preparo de medicação, erro na checagem e erro na técnica de administração do medicamento.

4.4 COLETA DE DADOS

A fonte de dados do estudo é do tipo secundário. Prodanov (2013, p.102) relata que:

Os “dados” em uma pesquisa, referem-se a todas as informações das quais o pesquisador pode se servir nas diferentes etapas do trabalho. São chamados dados secundários por se tratar de “dados de segunda-mão”. Cumpre ressaltar que essa expressão não tem caráter pejorativo, apenas indica que são dados disponíveis e que não foram coletados especificamente para o nosso trabalho em particular. Há diferentes fontes de dados secundários, como jornais, registros estatísticos, periódicos, livros, cartas etc.

Esses dados secundários que foram analisados, são advindos das fichas de notificações de eventos adversos e não conformidades (Anexo A), alimentam um banco de dados do NSP do hospital do estudo, o qual fornece informações para a construção de boletins que são divulgados nos setores da instituição.

Essa ficha de notificação encontra-se disponível para os trabalhadores no sistema eletrônico de comunicação intra-hospitalar, a qual pode ser impressa ou enviada por e-mail para o NSP. Pensando na indisponibilidade de internet ou energia nas unidades, o núcleo também disponibiliza fichas impressas.

Funcionários do núcleo, devidamente registrados na NOTIVISA, alimentam esse sistema de informação bem como alimentam uma planilha própria utilizando a ferramenta Microsoft Excel. Assim, após o atendimento das exigências do protocolo de pesquisas com seres humanos, será solicitado ao NSP acesso a essa planilha para apreensão dos dados.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A estatística descritiva foi realizada a partir das medidas de frequências relativas e absolutas. Para verificação de associação entre as variáveis categóricas foi realizado o teste Qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher, quando o valor esperado era menor que 5.

Todas as análises foram realizadas no STATA versão 17. Para todos os testes foi empregado o nível de significância estatística de 5%.

Os resultados são apresentados em tabela para melhor visualização dos dados.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Os aspectos éticos são atendidos conforme as resoluções nº 510 de 07 de abril de 2016, que fala dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, a resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa assegurar os direitos e deveres dos participantes da pesquisa e nº 580 de 22 de março de 2018 que foi homologada para regulamentar o item XIII. 4 da Resolução nº 466/12, que prevê resolução complementar tratando das especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o SUS. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da referida instituição, tendo obtido parecer CAAE aprovado sob o nº 60651622.4.0000.5028.

Por se tratar de uma pesquisa com dados secundários, cabe citar a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), Lei nº 13.709/2018, onde foi promulgada para proteger os direitos fundamentais de liberdade, de privacidade e a livre formação da personalidade de cada indivíduo. Como no estudo em questão, não há necessidade de informações que identifiquem os pacientes ou funcionários que realizaram a notificação, não necessário a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No entanto, foi solicitada autorização do serviço de saúde para coleta de dados e solicitado assinatura no Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) apresentado no Apêndice A.

5 RESULTADOS

Os resultados descritos abaixo estão apresentados por biênio, (2019-2020 e 2021-2022) pelas seguintes razões: com a declaração de pandemia de covid-19 pela Organização Mundial da Saúde, em 11 de março de 2020, o cenário epidemiológico mundial sofreu alterações. Nos hospitais do Sistema Único de Saúde as internações tiveram queda de 14% em 2020, mas com aumento de utilização de Unidades de Terapia Intensiva (ALBUQUERQUE, 2021). A pandemia da covid-19 também provocou mudanças na cultura de segurança, como a diminuição das notificações de segurança em hospitais e na atenção primária (MAROTO *et al.*, 2022) e o aumento do risco de erros e práticas inseguras de medicação (BOHAND, JORDAN, DUBOIS, 2021).

No hospital investigado, entre 2021 e 2022, houve a reestruturação da coordenação do Núcleo de Segurança do Paciente, que fora desvinculada da Diretoria de Enfermagem, tornando-se subordinada administrativamente à Diretoria Geral do hospital. Outras mudanças incluíram a redução do quantitativo de pessoal responsável pela auditoria das notificações do hospital e a implantação de um novo sistema eletrônico de notificação, que demandou capacitação e treinamento para o funcionamento.

Pelo exposto, notou-se nos anos estudados quantitativos de notificações de erros de medicamentos com valores discrepantes e, por estas razões, agregados bianualmente. A Tabela 1 retrata as características do erro medicamentoso, sob diferentes variáveis. No que se refere ao período de ocorrência dos erros medicamentosos notificados, com destaque no biênio de 2021-2022, tem-se o período diurno, com significância estatística. Destaca-se ainda a redução de 63,7% das notificações de erro medicamentoso no período noturno do segundo biênio estudado.

Quanto ao tipo de erro na etapa do processo medicamentoso, houve maior número de notificações na etapa da administração em todos os períodos analisados, com significância estatística.

Em relação à categoria profissional que mais notificou erros de medicação, as enfermeiras e as técnicas de enfermagem tiveram destaque, principalmente no biênio 2021-2022, em comparação ao quantitativo do biênio de 2019-2020, também apresentando significância estatística.

Quanto aos setores do hospital que receberam notificações de erros de medicação e os

setores que efetuaram notificações envolvendo os erros medicamentosos, observam-se resultados parecidos nos dois biênios investigados, com destaque para as enfermarias, as unidades de terapia intensiva e a emergência, respectivamente. Além da significância estatística para esta variável, sublinha-se que no setor Emergência houve variação percentual de aumento como “setor notificado” (68,4%) e também variação percentual de aumento como “setor notificante” (81,8%).

Quanto ao grau de dano ao paciente referente à terapia medicamentosa errônea, evidenciou-se em maior quantidade o grau leve em ambos os biênios investigados, com 97,1% e 93,42%, respectivamente, apresentando significância estatística.

Tabela 1. Característica do erro medicamentoso, segundo biênio de ocorrência em um hospital de grande porte na cidade de Salvador, 2019-2022.

Características	Biênios		Valor de p*
	2019-2020 (n=568)	2021-2022 (n=517)	
Período de ocorrência			0,000**
Diurno	400 (70,42)	456 (88,20)	
Noturno	168 (29,58)	61 (11,80)	
Tipo de erro na etapa do processo medicamentoso			0,001**
Dispensação	30 (5,28)	42 (8,12)	
Prescrição	126 (22,18)	71 (13,73)	
Administração	412 (72,54)	404 (78,14)	
Categoria profissional notificante			0,000
Enfermeira	356 (62,68)	419 (81,04)	
Farmacêutica	0,0	12 (2,32)	
Médica	2 (0,35)	7 (1,35)	

Técnica em enfermagem	210 (36,97)	76 (14,70)	
Outros	0,0	3 (0,58)	
Setor notificado			0,009
Enfermaria	317 (55,91)	276 (53,38)	
UTIs	154 (27,16)	114 (22,05)	
Apoio e diagnóstico	41 (7,23)	44 (8,51)	
Centro Cirúrgico	14 (2,47)	18 (3,48)	
Emergência	38 (6,70)	64 (12,38)	
Administrativo	3 (0,53)	1 (1,19)	
Setor notificante			0,000
Enfermaria	342 (60,21)	316 (61,12)	
UTIs	158 (27,82)	126 (24,37)	
Apoio e diagnóstico	12 (2,11)	5 (0,97)	
Centro Cirúrgico	9 (1,58)	9 (1,74)	
Emergência	33 (5,81)	60 (11,61)	
Administrativo	14 (2,46)	1 (0,19)	
Grau de dano			0,001**
Leve	555 (97,71)	483 (93,42)	
Moderada/grave	13 (2,29)	34 (6,58)	

*Teste exato de Fisher; **Teste de Qui-quadrado; Resultados apresentados sob a forma de N e proporções.

6 DISCUSSÃO

A segurança de medicação é uma prioridade internacional e a identificação e notificação de erros de medicação são essenciais para a segurança do paciente. Ademais, no período investigado leva-se em consideração dados coletados nos três anos do período pandêmico, que em análise de tendência (WY SOCK *et al.*, 2022) apresentou risco aumentado para a ocorrência de erros de medicação.

Neste estudo, o período diurno apresentou maior frequência na ocorrência do erro/notificações de erro de medicação em ambos os biênios investigados. Resultado similar foi reportado em pesquisa realizada em outro hospital público na capital baiana, onde a maioria dos incidentes medicamentosos ocorreu/notificado durante o dia (51,93%) (MOTA *et al.*, 2022). Sabe-se que no período diurno em um hospital há rotinas relacionadas à organização do processo de trabalho interprofissional que corroboram para a maior exposição ao risco de erro medicamentoso, a exemplo de prescrição, alteração de prescrição/dosagem, dispensação, armazenamento, preparo, administração e etc.

Na fase do processo medicamentoso, a administração do medicamento, em ambos os biênios, revelou-se o tipo de erro mais frequente. Quanto a isso, os estudos são dispersos e apresentam resultados divergentes em relação à fase do processo medicamentoso em que os erros são mais frequentes. Coadunando com esta pesquisa, diferentes estudos, com métodos diversos, também apontam a maior ocorrência em erros de medicação na etapa de administração (ALSHARGI; ALBALAGI, 2023; MOTA *et al.*, 2022). Outros estudos apontam diferentes fases do processo medicamentoso como crítica para a ocorrência de erro, sobretudo envolvendo prescrição (DESPOTT, *et al.*, 2023; CHAPIUS, 2019; LAHER, 2021) e dosagem (MAROTO *et al.*, 2022).

Os resultados deste estudo apontando para maior ocorrência de erro de medicação no setor de enfermarias e na fase de administração, revelam relação com o processo de trabalho em enfermagem. Segundo Damascena, 2021, o erro está relacionado às condições precárias de trabalho, fragmentação na produção e na execução das atividades no trabalho.

Quanto a categoria profissional que mais notificou os erros medicamentosos no hospital investigado, tem-se as trabalhadoras que compõem o campo da enfermagem, enfermeiras e técnicas de enfermagem, responsáveis por 99,65% das notificações no biênio 2019-2020 e por

95,74% das notificações no biênio 2021-2022. Se por um lado esse achado revela a adesão das trabalhadoras da enfermagem à cultura de segurança do paciente, notadamente a notificação de erros, por outro lado revela a não adesão de outrascategorias profissionais que compõem a equipe multidisciplinar na prestação do cuidado. Estudo revisional identificou o medo dos profissionais de saúde em realizar a notificação dos erros em razão do desfecho punitivo (ALVES *et al.*, 2019). Na Turquia, as enfermeiras são capazes de identificar os erros de medicação, mas resistem em notificá-los por medo das consequências e, quando relatam, é provável que seja para os médicos (DIRIKI *et al.*, 2019).

As pesquisas que buscam compreender as razões dos profissionais de saúde em não notificar erro de medicação apontam para a abordagem punitiva como central na decisão da omissão. Podemos afirmar, do ponto de vista da Teoria do Erro Humano (REASON, 2009), que a omissão desse tipo de informação resulta em mais furos nas barreiras que mitigam a ocorrência de erros de medicação. Assim, infere-se que a abordagem individual e punitiva do erro humano em sistemas complexos resulta num tipo de censura pelo medo, que desponta como a principal razão para a não notificação. No Brasil, estudo revela crescimento exponencial de processos judiciais contra médicos em razão de erros reportados ao Tribunal de Justiça do Distrito Federal (DELDUQUE *et al.*, 2022).

Contudo, registra-se que no segundo biênio investigado houve redução de 63,80% das notificações realizadas pelas técnicas de enfermagem. Este fato, que merece estudo aprofundado, pode estar relacionado ao cenário pandêmico ocorrido no país, que causou mudanças na assistência nas instituições de saúde. Do mesmo modo como já discutido que a pandemia da covid-19 afetou a segurança do paciente (MAROTO *et al.*, 2022), também resultou em impacto negativo nos processos de trabalho em enfermagem (LOPES; RIBEIRO, 2022).

No Brasil, a pandemia da covid-19, chegou junto com a intensificação das formas de flexibilização do trabalho, com aumento da vulnerabilidade dos/as trabalhadores/as em enfermagem por meio de contratos flexíveis apoiados em regulamentações governamentais que aprofundaram a precarização do trabalho (FERREIRA *et al.*, 2022). Estudos com trabalhadoras do campo da enfermagem revelaram que o período pandêmico agravou uma histórica e precária condição de trabalho e saúde, com aumento da sobrecarga de trabalho, falta de equipamentos de proteção individual e de recursos materiais para a assistência, subdimensionamento, baixos salários e perda de direitos trabalhistas (GALON *et al.*, 2022). Além disso, como consequência desse contexto tem-se o sofrimento mental gerado nessas trabalhadoras, com sintomas de

ansiedade, depressão e estresse (SANTOS, *et al.*, 2021).

Referente aos setores notificadores, ou seja, aqueles que emitiram uma notificação de erro de medicação ocorrido interna ou externamente ao setor, e setores que foram notificados, ou seja, setores que receberam algum tipo de notificação de erro de medicação ocorrido interna ou externamente ao setor, as enfermarias e, em seguida, as UTI's apareceram com destaque nos dois biênios investigados neste estudo. Tal fato pode estar relacionado ao maior número de leitos de enfermarias no hospital investigado (451 leitos) e pelo fato de no período pandêmico os leitos de UTI terem tido elevada demanda. No hospital investigado existem 9 unidades de terapia intensiva totalizando 152 leitos. Esse achado é diferente de outros estudos que apontam a UTI como o setor hospitalar que apresenta maior frequência de notificações de erros de medicações, sobretudo porque a dinâmica do ambiente da UTI, aliada à complexidade da patologia do paciente, aumenta o risco de erros de medicação (LAHER, 2021; CHAPIUS, 2019; LOPES *et al.*, 2021).

Estudo realizado em hospital público de 276 leitos da rede Sesab, sendo 29 desses para UTI, no interior da Bahia, revelou a UTI como o setor que mais notifica erros de medicação, por apresentar maior vigilância e suporte ao paciente (LOPES *et al.*, 2021).

Em relação ao grau de dano ao paciente (ANVISA, 2020), este estudo evidenciou que a maioria foi do tipo leve em ambos os biênios investigados (97,71% e 93,42%, respectivamente), com uma discreta queda percentual no biênio 2021-2022, significando que o paciente necessitou de pequeno tratamento ou observação. Em relação aos erros moderados/graves sublinha-se o aumento percentual de 161,3% no biênio 2021-2022, coadunando com a tendência do aumento de risco de erro de medicação no período pandêmico (WYSOCK *et al.*, 2022), demandando estudo que comprove essa hipótese.

Considerado um resultado favorável pela frequência de grau leve de dano ao paciente, todo erro de medicação deve ser mitigado, tanto pelo dano (ou potencial dano) ao paciente, quanto pelo custo ao sistema de saúde. É provado que os erros de medicação podem gerar alto custo, desperdício e ineficiência hospitalar (VILELA *et al.*, 2018), reiterando a importância na adoção de medidas preventivas.

7 LIÇÕES APRENDIDAS

Durante a realização dessa pesquisa, foram observados vários pontos positivos e relevantes com relação à notificação dos erros, assim como algumas fragilidades nesse processo que devem ser analisadas pelos diretores e coordenadores da instituição, a fim de melhorar as rotinas de trabalho, a qualidade da assistência oferecida e a segurança dos pacientes atendidos. Como potencialidade, a planificação de todos os erros notificados possibilita (a visualização) e propicia as discussões junto com seus trabalhadores acerca dos eventos adversos, seja como forma de aprendizagem com o erro e não de forma punitiva.

A instituição deve estimular a adesão às notificações, percebe-se aumento de notificações nos períodos estudados refletindo um avanço no fortalecimento da cultura de segurança aos pacientes ou melhor gerenciamento de riscos na atuação dos profissionais.

Os tipos de conflitos ocorridos entre os membros da equipe, pacientes e acompanhantes são observados na compilação dos dados, ao proceder a leitura e tabulação das notificações pelo registrado no descritivo do evento. Transparece existência de falha na comunicação efetiva e adequada, interferindo na satisfação dos trabalhadores e pode repercutir ou não no surgimento de inconformidades resultando em falhas ou erros assistenciais.

As notificações do erro medicamentoso ficaram, na sua totalidade centradas na figura do enfermeiro, deduzindo que a responsabilidade pela segurança do paciente não é compartilhada igualmente por outros profissionais de saúde. Vale destacar que a notificação de incidentes não é de responsabilidade de uma única categoria profissional. A notificação dos fatos indesejáveis deve ocorrer por todos da instituição.

Novos estudos sob a mesma temática são pertinentes, a fim de analisar mais profundamente esse processo de notificação bem como ampliar os resultados através da percepção de outras categorias profissionais.

8 CONCLUSÕES

Este estudo contribuiu para caracterizar os erros medicamentosos notificados em um hospital público de grande porte, nos biênios 2019-2020 e 2021-2022, com as características a seguir: ocorrem com maior frequência no período diurno; nas etapas do processo medicamentoso de administração e prescrição; as enfermeiras e as técnicas de enfermagem os membros da equipe multiprofissional que mais notificam; as enfermarias, as UTI's e a emergência os setores que mais notificam e/ou são notificados; e com grau de comprometimento leve aos pacientes. Sublinha-se nesses resultados a significância estatística em todas as variáveis estratificadoras em relação à variável de interesse.

O estudo apresenta como limitações o fato de ter sido realizado em apenas uma única instituição hospitalar pública, justificado pela escolha da pesquisadora, e por considerar a existência de subnotificações em eventos envolvendo erros na terapia medicamentosa, conforme já discutido neste estudo.

Os erros de medicações abordados neste estudo atingem diretamente o objeto de trabalho da enfermagem: as necessidades dos indivíduos atendidos e seus familiares que sofrem as consequências de tais fatalidades, mesmo as de grau leve, muitas vezes evitáveis. A melhoria das condições de trabalho da enfermagem, promoção à adesão aos protocolos e rotinas hospitalares e educação permanente são fatores capazes de modificar comportamentos e fortalecer a cultura de segurança na instituição.

A análise das notificações relacionadas a erros de medicação reverbera em aprendizagem organizacional, impulsiona criação de ações estratégicas, possibilitando que as causas sejam identificadas e evitadas, sugere revisão e melhoria dos processos assistenciais.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Ceres. Pandemia diminui número e muda perfil de internações no SUS em 2020. Observatório de Política e Gestão Hospitalar / COGETIC Financiamento: Departamento de Gestão Hospitalar (DGH/SAS/MS). **Fiocruz**. 2021. Disponível em: <https://www.google.com/url?q=https://www.observatoriohospitalar.fiocruz.br/debates-e-opinioes/pandemia-diminui-numero-e-muda-perfil-de-internacoes-no-sus-em-2020&sa=D&source=docs&ust=1686709789077764&usg=AOvVaw3om9Qrr1yxdguvJxsFQzup>.
- ALSHARGI, Omar; ALBALAGI, Nader. Role of drug information centre in detecting medication errors in a tertiary care hospital, central region, Saudi Arabia. **JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association**, v. 73, n. 4, p. 755-758, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.47391/JPMA.922>.
- ALVES, Michelle de Fatima Tavares; CARVALHO, Denise Siqueira de; ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcanti de. Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2895-2908, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.23912017>
- ARAÚJO, Tatiane dos Santos et al.. Denúncias das trabalhadoras da enfermagem aossindicatos: o desafio da resistência e da ação. **Rev baiana enferm.** 2018;32:e20453.
- BOHAND, Xavier; JORDAN, Dominique; DUBOIS, Frederique. Managing the risk of shortages and medication errors with curares during the COVID-19 pandemic: a hospital pharmacy experience. **European Journal of Hospital Pharmacy**, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/ejhpharm-2020-002605>
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - **Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente**. Brasília: ANVISA; 2015.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC n°. 36, de 25 de julho de 2013. **Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências**. Diário Oficial da União, 2013.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária- ANVISA. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Brasília, 2017.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária-ANVISA. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Série: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). **Sobre o Proqualis**. Disponível em: <<https://proqualis.net/sobre-o-proqualis>>. Acesso em: 14 ago 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Entendendo a Incorporação de Tecnologias em Saúde no SUS: como se envolver**. Brasília, 2016.

CAPUCHO, Helaine Carneiro et al. Monitoramento e Avaliação Farmacoterapêutica: o medicamento fez efeito? Qual. **Uso racional de medicamentos**, p. 1-7, 2016.

CAPUCHO, Helaine Carneiro; ARNAS, Emily Rasquini; CASSIANI, Silvia Helena De Bortoli. Segurança do paciente: comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, p. 164-172, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA - CFF. **Informações sobre medicamentos, apenas de fontes seguras**. 2018. Disponível em: <https://www.cff.org.br/noticia.php?id=4786>. Acesso em: 10 de agosto de 2021.

CHAPUIS, Claire et al. Interprofessional safety reporting and review of adverse events and medication errors in critical care. **Therapeutics and Clinical Risk Management**, p. 549-556, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/TCRM.S188185>

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Brasília, 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. **O uso seguro de Medicamentos no Brasil**. Consensus, Brasília, 26ª ed., 2018.

COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS - CONITEC. **Protocolos e Diretrizes**. Brasília, 2020. Disponível em: <http://conitec.gov.br/index.php/protocolos-e-diretrizes>. Acesso em: 04 abr 2022.

DAMASCENA, Dhuliane Macêdo. **Condições de produção de erro no trabalho em enfermagem**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, 2021. 134 f.

DELDUQUE, Maria Célia et al. O erro médico nos tribunais: uma análise das decisões do Tribunal de Justiça da capital brasileira. **Saúde e Sociedade**, v. 31, p. e220144pt, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022220144pt>

DESPOTT, Richard et al. Risk management of medication errors: a novel conceptual framework. **Expert Opinion on Pharmacotherapy**, v. 24, n. 4, p. 523-534, 2023.

DIEHL, Eliana Elisabeth; SANTOS, Rosana Isabel dos; SCHAEFER, Simone da Cruz.

Logística de medicamentos. In: **Logística de medicamentos**. 2016. p. 152 p-152 p.
Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/187552/4%20-%20Log%C3%ADstica%20de%20medicamentos%20e-book.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

DIRIK, Hasan Fehmi et al. Nurses' identification and reporting of medication errors. **Journal of clinical nursing**, v. 28, n. 5-6, p. 931-938, 2019. Disponível em: <https://doi-org.ez68.periodicos.capes.gov.br/10.1111/jocn.14716>

FERRACINI, Fábio Teixeira. Estrutura organizacional. **Ferracini FT, Filho WM. Prática farmacêutica no ambiente hospitalar: do planejamento à realização**. São Paulo: Atheneu, p. 21361-190, 2005.

FERREIRA, Ithana Queila Borges Pizzani et al. Repercussions of the labor reform on nursing work in the context of the covid-19 pandemic. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0058pt>

FREITAS, Weslen Carlos Junior et al. Distrações e interrupções no preparo e na administração de medicamentos em unidades de internação hospitalar. **Revista Eletrônica Enfermagem**. n. 21, p. 1-8, 2019.

FORTE, Elaine Cristina Novatzki et al. Work process: a basis for understanding nursing errors. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, 2019.

FORTE, Elaine Cristina Novatzki; MACHADO, Francele Luz; DE PIRES, Denise Elvira Pires. A relação da enfermagem com os erros de medicação: uma revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 5, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/43324/pdf>. Acesso em: 03 abr. 2022

GALON, Tanyse; NAVARRO, Vera Lucia; GONÇALVES, Angélica Martins de Souza. Percepções de profissionais de enfermagem sobre suas condições de trabalho em saúde no contexto da pandemia de COVID-19. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 47, p. ecov2, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6369/15821PT2022v47ecov2>

GIL, Antonio Carlos et al. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE - IBSP. **A teoria do queijo suíço na construção de barreiras aos erros em saúde**. 2022b. Disponível em: <https://segurancadopaciente.com.br/protocolo-diretrizes/a-teoria-do-queijo-suico-na-construcao-de-barreiras-aos-erros-em-saude>. Acesso em: 02 mar. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE - IBSP. **Segurança e Gestão**. 2022a. Disponível em: <https://segurancadopaciente.com.br/seguranca-e-gestao/comunicacao-ineficaz-esta-entre-as-causas-raizes-de-mais-de-70-dos-erros-na-atencao-a-saude/>. Acesso em: 19 fev 2022.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. **How-to-Guide: Prevent Pressure Ulcers.** Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement. 2011. Disponível em <http://www.ihl.org>. Disponível em: 26 março 2013.

JOINT COMMISSION. Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde - CBA. **Padrões de Acreditação da Joint Commission Internacional para Hospitais.** 4ª ed. Rio de Janeiro. 2011.

LAHER, Abdullah E. et al. Medication errors at a tertiary hospital intensive care unit. **Cureus**, v. 13, n. 12, 2021. doi: 10.7759/cureus.20374

LEITE, Silvana Nair et al. Assistência Farmacêutica no Brasil-Política, Gestão e Clínica Vol. II. Florianópolis: **Editora UFSC**. v. 2. 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/187550/2-%20Gest%C3%A3o%20da%20assist%C3%A2ncia%20farmac%C3%A2utica%20e-book.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

LLAPA-RODRIGUEZ, Eliana Ofelia et al. Assistência segura ao paciente no preparo e administração de medicamentos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, 2018.

LOPES RIBEIRO, Olga Maria Pimenta et al. The COVID-19 pandemic and professional nursing practice in the context of hospitals. In: **Healthcare**. MDPI, 2022. p. 326. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/healthcare10020326>

LOPES, Diana Silva et al. Notificações de erros de medicação em um hospital geral de urgência e emergência. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 7, p. e32410716528-e32410716528, 2021.

MAIA, Jacione Lemos Botelho et al. Fatores associados a erros de dispensação de medicamentos: contribuição à melhoria de sistemas de medicação. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2019; 27:e 44633. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.44633>

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. Metodologia do trabalho científico. 9ª ed. São Paulo, SP: **Atlas**, 2021.

MAROTO, M. Macías et al. Impacto de la pandemia COVID-19 en los sistemas de notificación de incidentes de seguridad del paciente y errores de medicación. **Journal of Healthcare Quality Research**, v. 37, n. 6, p. 397-407, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2022.03.003>.

MELO, Cristina Maria Meira de et al. Força de trabalho da enfermeira em serviços estaduais com gestão direta: Revelando a precarização. **Escola Anna Nery**, v. 20, 2016.

MELO, Cristina Maria Meira; et al. Erro profissional e processo de trabalho em enfermagem: análise de notícias do jornalismo online. **Universidade Federal da Bahia**. GERIR/ FAPESB, 2016.

MENDES, Josiane Ribeiro et al. Tipos e frequência de erros no preparo e na administração de medicamentos endovenosos. **Einstein (São Paulo)**, v. 16, 2018.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082018AO4146>.

MOTA, Rosana Santos et al. Notificação de incidentes relacionados à cadeia medicamentosa em um hospital de ensino. **Enfermagem Brasil**, v. 21, n. 5, p. 543-555, 2022.

NASCIMENTO, Nádia Bomfim. 4. O erro e as violações no cuidado em saúde. **Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Riode Janeiro: EAD/ENSP**, p. 73-92, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575416419.0007>.

OLIVEIRA NUNES, Flávia Danyelle et al. Segurança do paciente: como a enfermagem vem contribuindo para a questão?. **Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental**, v. 6, n. 2, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Uso racional de medicamentos: fundamentação em condutas terapêuticas e nos macroprocessos da Assistência Farmacêutica**. Brasília, DF; 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Boas práticas de farmacovigilância para as Américas**. Washington, D.C, 2011.

PINTO, Vanusa Barbosa et al. Armazenamento e distribuição: o medicamento também merece cuidados. **Uso Racional de Medicamentos: fundamentação em condutas terapêuticas e nos macroprocessos da Assistência Farmacêutica**, v. 1, n. 12, p. 1-7, 2016.

PRODANOV, Cleber Cristiano; DE FREITAS, Ernani Cesar. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico-2ª Edição**. Editora Feevale, 2013.

REASON, James. El error humano. 1ª Ed. Madrid: **Modus Laborandi**, 2009.

REASON, James. Human error: models and management. **Bmj**, v. 320, n. 7237, p. 768-770, 2000.

REIS, Gisele Silva dos; COSTA, Josiane Moreira da. Erros de medicação no cotidiano dos profissionais de um hospital de ensino: estudo descritivo exploratório. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, v. 3, n. 2, 2020.

SANTI, L. Q. Uso racional de medicamentos: fundamentação em condutas terapêuticas e nos macroprocessos da Assistência Farmacêutica: Prescrição: o que levar em conta. **Rev Panam Salud Publ**, v. 1, n. 14, p. 1-11, 2016.

SANTOS, H. S. Análise do discurso sobre erro no trabalho em Enfermagem. **Salvador: Universidade Federal da Bahia**, 2018.

SANTOS, Katarina Márcia Rodrigues dos et al. Depressão e ansiedade em profissionais de enfermagem durante a pandemia da covid-19. **Escola Anna Nery**, v. 25, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0370>

SANTOS, Patricia Reis Alves dos; ROCHA, Fernanda Ludmilla Rossi; SAMPAIO, Camila

Santana Justo Cintra. Ações para segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos em unidades de pronto atendimento. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, p. e20180347, 2019.

SANTOS, Tatiane Araújo dos. Valor da força de trabalho da enfermeira. 2012. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DA BAHIA - SESAB. DIVISA - Diretoria de Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental. **Relatório das ações de segurança do paciente monitoradas pelo NSP visa do estado da Bahia**. 1ª ed. 2020.

SHEKELLE, Paul G. et al. The top patient safety strategies that can be encouraged for adoption now. **Annals of internal medicine**, v. 158, n. 5, Part 2, p. 365-368, 2013.

SILVA, Marcelo Flávio Batista da; SANTANA, Jefferson da Silva. Erros na administração de medicamentos pelos profissionais de enfermagem. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 47, n. 4, p. 146-154, 2018.

SIMAN, Andréia Guerra et al. Erro de medicação: concepções e conduta da equipe de enfermagem. **Rev. Pesqui.(Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**, p. 109-116, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.7853>

SOARES, Luciano et al. Assistência Farmacêutica no Brasil-Política, Gestão e Clínica Vol. V. 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/187553/5%20-%20Atua%C3%A7%C3%A3o%20cl%C3%ADnica%20do%20farmac%C3%AAutico%20e-book.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE FARMÁCIA HOSPITALAR E SERVIÇOS DE SAÚDE - SBRAFH. **Padrões mínimos para farmácia hospitalar e serviços de saúde**. 3. ed. São Paulo, 2017.

VILELA, Renata Prado Bereta et al. Custo do erro de medicação e eventos adversos à medicação na cadeia medicamentosa: uma revisão integrativa. **JBES: Brazilian Journal of Health Economics/Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, v. 10, n. 2, 2018.

WARELINE DO BRASIL. DESENVOLVIMENTO DE SOFTWARE LTDA. **Gerenciamento dos processos relacionados a medicamentos**. 2016. Campinas.SP. Disponível em: <https://www.wareline.com.br/wareline/noticias/gerenciamento-dos-processos-relacionados-a-medicamentos> Disponível em : 05 de abril de 2022.

WOODS, David D.; COOK, Richard I. Mistaking error. **Patient safety handbook**, v.95, p. 108, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety**. Geneva: World Health Organization, 2017.

WYSOCKI, Viven; GRABE, D W; MEEK, PD.SA44 Trends in medication error reporting during the COVID-19 pandemic: An analysis of faers data, 2016 to 2021. Value in Health. **Albany College of Pharmacy and Health Sciences**, Albany, NY, USA- JULY 2022.

APÊNDICE A - Termo de compromisso de utilização de dados (TCUD)

Eu, ALINE NAZARÉ VALENTE SANTOS FISCINA, discente do Programa de Pós Graduação de Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal da Bahia no âmbito do projeto de pesquisa intitulado "ERROS DE MEDICAÇÃO NOTIFICADOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE GRANDE PORTE", orientada pelo pesquisador e professor Dr. Handerson Silva Santos, comprometo-me com a utilização dos dados contidos na planilha de notificações de não conformidades e eventos adversos do Núcleo de Segurança do Paciente desta instituição de saúde, a fim de alcançar os objetivos previstos neste projeto, e somente após receber a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados na planilha, bem como com a privacidade de seus conteúdos. Esclareço que os dados a serem coletados se referem a FICHAS DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS, no período de 2013 a 2021. Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas.

Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, às pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. Qualquer outra pesquisa em que eu precise coletar informações serão submetidas à apreciação do CEP para o Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Salvador- BA, 20/06/2022.



Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE B – Quadro de erro medicamentoso notificado

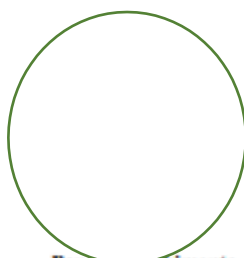
Quadro - Erro medicamentoso notificado, quantitativo e percentual, conforme período de ocorrência, em um hospital de grande porte na cidade de Salvador, 2019 a 2022.

	Ano 2019	%	Ano 2020	%	Ano 2021	%	Ano 2022	%
Segurança Medicamentosa: Erros notificados	129		439		325		192	
Turno de Ocorrência:								
Período: SD - erros notificados	77	59,69%	323	73,58%	273	84,00%	183	95,31%
Período: SN - erros notificados	52	40,31%	116	26,42%	52	16,00%	9	4,69%
Categoria Profissional:								
Categoria notificante: Enfermeira	94	72,87%	195	44,42%	239	73,54%	180	93,75%
Categoria notificante: Técnica em enfermagem	35	27,13%	175	39,86%	71	21,85%	5	2,60%
Categoria notificante: Médica	0	0	2	0,46%	3	0,92%	4	2,08%
Categoria notificante: Farmacêutica	0	0	67	15,26%	12	3,69%	0	0
Categoria notificante: Outros (acompanhantes/visitantes)	0	0	0	0	0	0	3	1,56%
Tipos de Erros Medicamentoso								
Etapa: DISPENSAÇÃO								
Dispensação errada / Medicamento vencido / medicação errada	8	6,20%	22	5,01%	13	4,00%	29	15,10%
Etapa: PRESCRIÇÃO								
Erro na prescrição de medicamentos / Dose errada	31	24,03%	95	21,64%	42	12,92%	29	15,10%
Etapa: ADMINISTRAÇÃO								

Atraso administração de medicamentos /Extravasamento desoluções/ Flebite secundário infiltração de soluções / Omissão medicação /Via errada/ Erro no aprazamento / Erro no preparo demedicação/ Erro na checagem / Erro na administração de medicação	90	69,77%	322	73,35%	270	83,08%	134	69,79%
Grau de dano ao paciente								
LEVE	125	96,90%	430	97,95%	302	92,92%	181	94,27%
MODERADO	3	2,33%	9	2,05%	22	6,77%	11	5,73%
GRAVE	1	0,78%	0	0%	1	0,31%	0	0%
Setores do Hospital (NOTIFICANTE)								
ENFERMARIAS	2019(N)	2019(%)	2020(N)	2020(%)	2021(N)	2021(%)	2022(N)	2022(%)
UI A; UI B; UI C; UAVC; 1A; 1B; 1C; 2A; 2B; 2C; 3A; 3B; 4A; 4B; 4C; UCINCA	92	71,32%	250	56,95%	184	56,62%	132	68,75%
APOIO E DIAGNOSTICO	2019(N)	2019(%)	2020(N)	2020(%)	2021(N)	2021(%)	2022(N)	2022(%)
SAPFE; CME; CHD; HEMODINÂMICA; BIOIMAGEM; LABORATÓRIO; FARMÁCIA; AMBULATÓRIO	1	0,78%	11	2,51%	1	0,31%	4	2,08%
UTIS	2019(N)	2019(%)	2020(N)	2020(%)	2021(N)	2021(%)	2022(N)	2022(%)
UCINCO; UTI 1; UTI 2; UTICARDIO; UTI NEURO; UTI CIRÚRGICA; UTI NEO; UTI PED	26	20,16%	132	30,07%	80	24,62%	46	23,96%
UNIDADES CIRÚRGICAS	2019(N)	2019(%)	2020(N)	2020(%)	2021(N)	2021(%)	2022(N)	2022(%)
CC; CO	3	2,33%	6	1,37%	6	1,85%	3	1,56%
EMERGÊNCIAS	2019(N)	2019(%)	2020(N)	2020(%)	2021(N)	2021(%)	2022(N)	2022(%)
EMERGÊNCIA ADULTO; EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA	7	5,43%	26	5,92%	54	16,62%	6	3,13%

SETORES ADMINISTRATIVOS	2019(N)	2019(%)	2020(N)	2020(%)	2021(N)	2021(%)	2022(N)	2022(%)
NIR; HIGIENIZAÇÃO; ALMOXARIFADO; NÚCLEO DE PRONTUÁRIOS; PADRONIZAÇÃO, NSP; NHE; COORFISIO; MANUTENÇÃO; NTI; NUTRIÇÃO; LAVANDERIA; ROUPARIA	0	0	14	3,19%	0	0	1	0,52%
Setores do Hospital (NOTIFICADOS)								
ENFERMIARIAS	2019(N)	2019(%)	2020(N)	2020(%)	2021(N)	2021(%)	2022(N)	2022(%)
UI A; UI B; UI C; UAVC; 1A; 1B; 1C; 2A; 2B; 2C; 3A; 3B; 4A; 4B; 4C; ENFERMARIA CARDIOCLINICA; UCINCA	78	60,47%	240	54,67%	164	50,46%	112	58,33%
APOIO E DIAGNOSTICO	2019(N)	2019(%)	2020(N)	2020(%)	2021(N)	2021(%)	2022(N)	2022(%)
SAPFE; CME; CHD; HEMODINÂMICA; BIOIMAGEM; LABORATÓRIO; FARMÁCIA; AMBULATÓRIO	8	6,20%	33	7,52%	15	4,62%	29	15,10%
UTIS	2019(N)	2019(%)	2020(N)	2020(%)	2021(N)	2021(%)	2022(N)	2022(%)
UCINCO; UTI 1; UTI 2; UTICARDIO; UTI NEURO; UTI CIRÚRGICA; UTI NEO; UTI PED	23	17,83%	131	29,84%	79	24,31%	35	18,23%
UNIDADES CIRÚRGICAS	2019(N)	2019(%)	2020(N)	2020(%)	2021(N)	2021(%)	2022(N)	2022(%)
CC; CO	13	10,08%	1	0,23%	11	3,38%	7	3,65%
EMERGÊNCIAS	2019(N)	2019(%)	2020(N)	2020(%)	2021(N)	2021(%)	2022(N)	2022(%)
EMERGÊNCIA ADULTO; EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA	7	5,43%	31	7,06%	56	17,23%	8	4,17%
SETORES ADMINISTRATIVOS	2019(N)	2019(%)	2020(N)	2020(%)	2021(N)	2021(%)	2022(N)	2022(%)
NIR; HIGIENIZAÇÃO; ALMOXARIFADO; NÚCLEO DE PRONTUÁRIOS; PADRONIZAÇÃO, NSP; NHE; COORFISIO; MANUTENÇÃO; NTI; NUTRIÇÃO; LAVANDERIA; ROUPARIA	0	0	3	0,68%	0	0	1	0,52%

ANEXO - Ficha de notificação e não conformidades



Para preenchimento
do NSP

Ordem da
Notificação.

DADOS DO NOTIFICADOR – NÃO É OBRIGATÓRIO	
Data da Ocorrência: ___/___/___	Hora / Turno da Ocorrência: _____ Setor: _____
Data do Relato: ___/___/___	Hora / Turno do Relato: _____ Leito: _____
Nome do Paciente: _____	Registro _____
Sexo: _____	Idade: _____ Cor: _____
Data de Internação: ___/___/___	Diagnóstico médico: _____
Nome do Notificador (OPCIONAL): _____	
Categoria profissional: _____	
E-mail do notificador: _____	

INCIDENTE- Evento ou circunstância que poderia ter resultado ou resultou em dano desnecessário ao paciente.

QUASE FALHA- Incidente que não atingiu o paciente.

EVENTO ADVERSO- Incidente que atingiu o paciente e causou dano.

ASSINALE A NATUREZA DO EVENTO	
<p>MEDICAÇÃO</p> <input type="checkbox"/> Reação adversa a medicamento <input type="checkbox"/> Erro no aprazamento <input type="checkbox"/> Medicação errada <input type="checkbox"/> Erro no preparo <input type="checkbox"/> Dose errada <input type="checkbox"/> Diluição errada <input type="checkbox"/> Via errada <input type="checkbox"/> Erro na velocidade <input type="checkbox"/> Infiltração de infusão <input type="checkbox"/> Extravasamento de soluções <input type="checkbox"/> Outros _____	<p>MATERIAIS/EQUIPAMENTOS</p> <input type="checkbox"/> Equipamento não funciona (mesmo ligado) <input type="checkbox"/> Equipamento causa dano(choque/queimadura/etc.) <input type="checkbox"/> Material causa reação / lesão <input type="checkbox"/> Material falha / quebra ao tentar usar <input type="checkbox"/> Problema na apresentação/ composição <input type="checkbox"/> Outros _____
<p>HEMOCOMPONENTES</p> <input type="checkbox"/> Reação transfusional <input type="checkbox"/> Prescrição de hemoterapia incorreta(Volume/UI tempo de infusão) <input type="checkbox"/> Extravasamento de hemocomponente <input type="checkbox"/> Falha na identificação do hemocomponente/ receptor <input type="checkbox"/> Falha na identificação da amostra do receptor / Volume <input type="checkbox"/> Armazenamento inadequado /c cirúrgico /co <input type="checkbox"/> Bolsa Incompleta/manipulação/falta de monitorização <input type="checkbox"/> Outros _____	<p>OUTROS</p> <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Lesão por pressão <input type="checkbox"/> Flebite <input type="checkbox"/> Extubação acidental <input type="checkbox"/> Descumprimento de acordo intersetorial <input type="checkbox"/> Transporte de pacientes <input type="checkbox"/> Problemas relacionados a esterilização/desinfecção <input type="checkbox"/> Problemas relacionados a exames <input type="checkbox"/> Rouparia <input type="checkbox"/> Núcleo Interno de Regulação (NIR) <input type="checkbox"/> Obstrução de dispositivos <input type="checkbox"/> Exteriorização de dispositivos <input type="checkbox"/> Higienização <input type="checkbox"/> Problemas relacionados a precaução:Contato/respiratório <input type="checkbox"/> Evasão <input type="checkbox"/> Outros _____
<p>DIETA</p> <input type="checkbox"/> Exteriorização de SNE <input type="checkbox"/> Broncoaspiração <input type="checkbox"/> Nutrição Parenteral - via e validade <input type="checkbox"/> Perda por desconexões <input type="checkbox"/> Outros _____	<p>CIRURGIA</p> <input type="checkbox"/> Jejum incorreto <input type="checkbox"/> Ausência de demarcação de lateralidade <input type="checkbox"/> Check list incompleto <input type="checkbox"/> Alergia desconhecida <input type="checkbox"/> Falta de assinatura do consentimento informado <input type="checkbox"/> Outros _____
<p>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</p> <input type="checkbox"/> Pulseira <input type="checkbox"/> Leito <input type="checkbox"/> Prontuário <input type="checkbox"/> Outros _____	

DESCRIÇÃO DO PROBLEMA				
OCORRÊNCIA ADMINISTRATIVA				
Reação Adversa ou Queixa Técnica Medicamentosa				
Medicação	Nº ANVISA	Laboratório	Lote	Validade
Descrição:				
Medicamento já foi utilizado anteriormente? () Sim () Não				
Medicamento apresentou problema anteriormente? () Sim () Não Se sim, qual? _____				
Causou ou contribuiu para a intervenção médica ou cirúrgica adicional? () Sim () Não Se sim, qual? _____				
Queixa Técnica – Produtos Hospitalares (materiais ou equipamentos)				
Produto ou equipamento	Nº ANVISA	Fabricante	Lote (se descartável)	Validade
Descrição				
Produto já foi utilizado anteriormente? () Sim () Não				
Produto apresentou problema anteriormente? () Sim () Não Se sim, qual? _____				
Causou ou contribuiu para a intervenção médica ou cirúrgica adicional? () Sim () Não Se sim, qual? _____				
DATA ____/____/____		Ass:		

Orientações para preenchimento da ficha de notificação: após editar essa ficha, salve em seu computador e encaminhe para notificacaonsphgrs@gmail.com