

Segurança do cliente: Preparação e administração de medicação numa unidade de cardiologia

Patient safety: Preparation and administration of medication in a cardiology unit

Cláudia Cartaxo¹, Armandina Antunes^{1,2}

1. Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

2. Mestre em Ciências de Enfermagem.

Resumo

Enquadramento: As quebras de segurança podem acontecer em todas as vertentes dos cuidados de saúde. Os eventos adversos relacionados com a gestão da medicação podem ocorrer em qualquer fase do processo. Foram identificados comportamentos que não correspondiam a práticas seguras na preparação e administração da medicação numa unidade de cardiologia, que conduziram ao desenvolvimento deste projeto.

Objetivo: Incrementar a segurança na preparação e administração da medicação na unidade de cardiologia.

Metodologia: O presente projeto teve por base a metodologia de trabalho de projeto, estando dividido nas fases de diagnóstico de situação, planeamento, execução e avaliação do projeto de intervenção.

Resultados: Com a implementação deste projeto observaram-se mudanças significativas no comportamento dos enfermeiros na preparação e administração de medicamentos, havendo ainda necessidade de continuidade do mesmo de forma a consolidar os comportamentos e abranger todos os elementos da equipa.

Conclusão: Com a realização deste projeto, foi possível identificar quais os comportamentos adotados pela equipa de enfermagem durante a preparação e administração da medicação, e planear e executar uma estratégia de intervenção de forma a modificar os comportamentos menos corretos, através de ações de formação e de reforço do conhecimento da equipa de enfermagem.

Palavras-chave: enfermagem; segurança do cliente; erros de medicação

Abstract

Background: Safety breaches can happen in all aspects of health care. Adverse events related to pharmacotherapy may occur at any stage of the medication management process. A project was started in a cardiology unit where behaviors were identified that did not correspond to safe practices in the preparation and administration of the medication.

Objective: Increase safety in the preparation and administration of medication in the unit.

Methodology: This project was based on the project method, being divided into the following phases: diagnosis of situation, planning, execution and evaluation of the intervention project.

Results: The implementation of this project led to significant changes in the nurses' behavior while preparing and administering medications. There is still the need for the project's continuity in order to broaden and consolidate the new behaviors by the whole nursing team.

Conclusion: With the realization of this project, it was possible to identify the behaviors adopted by the nursing team during the preparation and administration of the medication, and to plan and execute this project, in order to modify the less correct behaviors, through training and knowledge update of the nursing team.

Keywords: nursing; patient safety; medication errors

Introdução

É mundialmente reconhecido que a segurança e a qualidade na prestação de cuidados de saúde assumem dimensões críticas. A evidência demonstra que serviços com baixos níveis de qualidade e segurança conduzem a resultados de saúde diminuídos e dano para a pessoa. Desta forma, os serviços de saúde têm cada vez mais como preocupação fundamental a segurança do cliente e a qualidade dos cuidados prestados (World Health Organization [WHO], 2017),

A segurança do cliente é definida pela WHO como a ausência de danos evitáveis a um cliente durante a prestação de cuidados de saúde (WHO, 2004). Reconhecida como uma problemática na garantia da qualidade dos cuidados de saúde, em 2004 a WHO lançou o *Patient Safety Program* com o objetivo de coordenar, disseminar e promover melhorias na segurança dos clientes a nível mundial.

O processo de melhoria contínua da qualidade é um processo coletivo, que tem como principal objetivo garantir uma maior segurança dos clientes, suprimindo a ocorrência de incidentes evitáveis e suscetíveis de comprometerem a qualidade dos serviços de saúde. Não é possível dissociar a segurança na prestação de cuidados de saúde da qualidade, “quer pelo impacto nos resultados administrativos, clínicos e

financeiros, quer pela dimensão de satisfação e de reputação dos clientes” (Fragata, 2011, p. 20).

Desde 2004 que os países têm reconhecido progressivamente a importância de melhorar a segurança dos clientes, contudo continua a ser um problema grave de saúde pública à escala mundial, sendo que nos países desenvolvidos, um em cada dez clientes é prejudicado durante o atendimento hospitalar (WHO, 2017).

Mais recentemente a Joint Commission definiu como meta do programa *National Patient Safety* a melhoria da segurança do cliente, sendo um dos objetivos a melhoria da segurança no uso do medicamento (The Joint Commission, 2016). Em Portugal, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (2015-2020) contempla como objetivo estratégico “aumentar a segurança na utilização da medicação” (Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro, p. 3882).

O presente artigo emergiu da necessidade de dar resposta a um problema identificado no âmbito dos cuidados de enfermagem, nomeadamente na área da segurança do cliente relacionado com a preparação e administração da medicação. Desta forma, pretende-se contribuir para a prática de cuidados de excelência, através da melhoria contínua da qualidade. Foram identificadas falhas na gestão da medicação numa unidade de cardiologia de um centro hospitalar, as

quais poderiam condicionar a segurança do cliente. Perante esta situação problemática desenvolveu-se um projeto de melhoria contínua da qualidade suportado pela prática baseada em evidência, a qual apresenta uma eficácia comprovada na melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos clientes, e consequentemente, dos resultados em saúde (Larrabee, 2011).

Enquadramento

O processo de gestão da medicação tem como objetivo a “prestação integrada de cuidados de saúde ao doente promovendo o uso racional e seguro da medicação, quer por este, quer pela equipa multidisciplinar envolvida” (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2015, p. 4).

A segurança na gestão da medicação consiste nas ações necessárias para “evitar, prevenir ou corrigir incidentes que podem resultar do uso de medicamentos” (DGS, 2015, p. 4). A possibilidade de existência de erros durante o processo de gestão da medicação, em particular em contexto hospitalar é alto, devido ao elevado número de medicamentos administrados ao cliente, mas também devido ao número de profissionais de saúde envolvidos e atividades incluídas no processo. A gestão da medicação em meio hospitalar constitui um processo complexo, apresentando diversas fases

“desde a seleção, aquisição e armazenamento dos medicamentos, até à sua prescrição, validação, dispensa, preparação, administração e monitorização” (DGS, 2015, p. 4). Os erros que podem ocorrer ao longo do processo, afetam não só os clientes, como também o próprio sistema de saúde.

A probabilidade de ocorrência de erros prende-se com as diversas fases, podendo ser de prescrição, de transcrição, de dispensa ou de administração (Belela, Pedreira, & Peterlini, 2011; Cassiani, 2005).

A fase de preparação e administração da medicação é o foco deste projeto, uma vez que é nesta fase do processo de gestão da medicação que incide o problema identificado.

A segurança da medicação acompanha um percurso que envolve práticas seguras, pelo que deve ser garantido o cumprimento sistemático das regras de segurança. Kohn, Corrigan e Donaldson (2000, p. 14) realçam “a necessidade das organizações de saúde desenvolverem uma cultura de segurança de modo a que a organização dos processos de cuidados e seus colaboradores se focalizassem na melhoria da fiabilidade e segurança dos cuidados prestados aos seus doentes”.

A segurança nas fases de preparação e administração de medicação obriga à aplicação de diversos mecanismos de segurança, nomeadamente os certos

(Sousa, & Mendes, 2014). Na literatura atual, ainda não existe unanimidade em relação ao número e quais os certos a adotar, contudo pode considerar-se pelo menos nove certos

medicamento certo (confirmar a prescrição médica e o medicamento a administrar), hora certa (confirmar a hora de administração da medicação e administrá-la dentro do intervalo preconizado), dose certa (confirmar a dose do medicamento a administrar), via certa (confirmar a via de administração da medicação), doente certo (verificar a pulseira de identificação e sempre que possível validar o nome com o doente realizando uma identificação positiva), registo certo (após administração da medicação, efetuar o registo corretamente), preparação certa (preparar a medicação corretamente, tendo em conta a forma de apresentação do medicamento, o solvente, quantidade adequada e as questões relativas à prevenção de infeção), conhecimento certo (conhecer o medicamento a administrar, a ação, os seus efeitos secundários, interações medicamentosas, incompatibilidade, margem terapêutica e farmacocinética) e educação certa (realizar ensinamentos ao doente sobre a medicação a administrar, esclarecendo dúvidas apresentadas (Sales, Quintão, & Teixeira, 2018, p. 36).

Na instituição onde se desenvolveu o projeto, existe em vigor o Procedimento Interno – Prescrição, Fornecimento e Administração de Medicamentos, que define os procedimentos que todos os

serviços clínicos e farmacêuticos devem adotar durante as fases de prescrição, fornecimento e administração da medicação, tendo sido este que serviu de base para a realização deste projeto. Os procedimentos que se devem ter em consideração durante as fases da preparação e administração da medicação estão de acordo com os cinco certos – medicação certa, na dose certa, à pessoa certa, pela via certa e no momento certo; todos os medicamentos devem ser preparados imediatamente antes da sua administração e a partir da própria embalagem em que são distribuídos; deve ser dada especial atenção aos injetáveis, uma vez que os riscos associados ao erro são maiores, pelo que os procedimentos de verificação devem ser executados antes do medicamento aberto, a pessoa que abre o medicamento deve ser a mesma que o administra e devem ser verificadas se as vias de administração a utilizar são as corretas; os injetáveis não devem ser preparados com antecedência; de maneira a evitar que os medicamentos de administração oral e endovenosa sejam administrados pela via incorreta, devem ser administradas primeiro todos os de via oral e só depois os destinados à via endovenosa; nas situações de alto risco, deve-se proceder à dupla verificação antes da administração, nomeadamente nas infusões intravenosas, nas substâncias controladas, nos cálculos complexos e

nos cuidados pediátricos; e, devem ser mantidos registos adequados.

Objetivo

O objetivo geral estabelecido consiste em incrementar a segurança na preparação e administração da medicação numa unidade de cardiologia.

Metodologia

Para este projeto de melhoria contínua da qualidade recorreu-se à metodologia de trabalho de projeto. Esta

baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. (...) através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência. (Ruivo, Ferrito, Nunes, & Estudantes do 7º CLE, 2010, p. 2).

Na fase de diagnóstico de situação procedeu-se à recolha de informação, através de observação direta e entrevistas aos enfermeiros responsáveis. Foram ainda utilizados dois instrumentos de análise diagnóstica que permitem a identificação e validação dos problemas, sendo estes a Failure Mode and Effect Analysis (FMEA) e a Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threat analysis (SWOT), estando implícito em

ambos os instrumentos, a observação direta dos participantes inseridos nas atividades em situação real (Ruivo et al., 2010). As etapas selecionadas para aplicação da FMEA coincidem com as identificadas como de maior probabilidade de erro, nomeadamente a prescrição médica, a preparação e administração da medicação, e o registo e avaliação da resposta à medicação administrada, por parte da equipa de enfermagem.

Após a análise dos resultados da aplicação da FMEA, constatou-se que as ações prioritárias estavam relacionadas com as fases de preparação e administração da medicação.

Em termos de estrutura e organização, a medicação era preparada dentro da unidade de cardiologia junto à unidade do cliente e não foi possível instituir a distribuição de medicamentos por unidade devido à elevada rotatividade dos clientes internados. A medicação era preparada para todos os clientes, por um enfermeiro e só à *posteriori* administrada, podendo ser pelo enfermeiro que procedeu à preparação ou não. Esta situação colide com o método de distribuição de trabalho padronizado para a unidade, o de enfermeiro responsável, onde se assume que os cuidados prestados são individualizados, estando cada um dos clientes ligado a um único enfermeiro que é responsável por todos os cuidados que lhe são prestados, estando por isso incluídos a preparação e administração de

medicação (Costa, n.d). Esta situação poderia comprometer a segurança do cliente, levando à possibilidade de existência de erros durante a preparação e administração da medicação. Desta forma, o problema identificado foi a existência de erros na segurança da preparação e administração de medicação numa unidade de cardiologia.

A análise SWOT é um exercício de reflexão e confronto entre os pontos fortes e os pontos fracos do projeto, bem como as ameaças à sua implementação e as oportunidades que a sua realização possibilita (Santos, 2010). Em relação aos pontos fortes identificados através da análise SWOT pode ressaltar-se a aquisição de novos conhecimentos e capacitação da equipa e a motivação para a melhoria dos cuidados e segurança. As oportunidades identificadas foram a importância atual do tema na área da segurança do cliente, a possibilidade de proporcionar ganhos em saúde e diminuir os custos associados aos cuidados de saúde, assim como o cumprimento do objetivo estratégico “aumentar a segurança na utilização da medicação” (Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro, p. 3882-(5)) do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes. A principal fraqueza do projeto consiste na resistência à mudança por parte dos enfermeiros que pode levar à falta de adesão da equipa ao projeto, às sessões formativas e, consequentemente, à não

alteração de comportamentos. A ameaça mais importante identificada prende-se com a dotação de enfermeiros na unidade, assim como a imprevisibilidade da carga de trabalho.

A partir desta análise, foram definidos como objetivos específicos, aumentar o conhecimento da equipa sobre a segurança na preparação e administração de medicação e aumentar a segurança na preparação e administração da medicação, através do cumprimento da norma do processo de gestão do medicamento. Foi ainda realizada a recolha de informação acerca dos recursos necessários, das limitações que poderão existir à implementação do projeto, e delinearam-se as atividades a realizar e o respetivo cronograma (Hungler et al., 2001, citado por Ruivo et al., 2010).

Os indicadores de avaliação estipulados para cada objetivo foram os seguintes: participação de 50% da equipa de enfermagem na ação de formação elaborada e adoção de dois comportamentos durante a administração dos medicamentos por mais de 45% da equipa.

Uma das principais estratégias desenvolvidas foi a realização e apresentação de uma ação de formação em serviço sobre a temática da segurança na administração e preparação da medicação, com enfoque nas áreas

críticas identificadas na fase de diagnóstico da situação.

Em relação ao objetivo aumentar o conhecimento da equipa sobre a segurança na preparação e administração da medicação, as estratégias definidas foram a realização de pesquisa de informação atual acerca da preparação e administração de medicação e a elaboração, apresentação e avaliação da ação de formação em serviço sobre a temática. Foi dado enfoque às áreas críticas identificadas após a realização da observação direta e da determinação de prioridades.

Em relação ao objetivo aumentar a segurança na preparação e administração da medicação, através do cumprimento do Procedimento - Prescrição, Fornecimento e Administração de Medicamentos, as estratégias definidas foram a aplicação da grelha de observação, antes da ação de formação, de forma a perceber se os comportamentos estabelecidos com a equipa foram ou não adotados, e a replicação da ação de formação em serviço sobre a temática, com enfoque nas áreas críticas identificadas após a realização da observação direta e de determinação das prioridades.

Na etapa de execução do projeto foi aplicada uma grelha de observação, elaborada com base no procedimento interno sobre prescrição, fornecimento e administração de medicamentos em vigor no centro hospitalar. Este instrumento

permite identificar quais são os comportamentos de risco durante a preparação e administração da medicação. A grelha de observação foi aplicada por um observador que realizou vinte observações. Posteriormente, os dados foram analisados e de acordo com as lacunas identificadas foi planeada e realizada uma ação de formação, a qual teve como tema “Segurança do Cliente – Preparação e Administração de Medicação na Unidade”, sendo o grupo alvo a equipa de enfermagem da unidade de cardiologia em estudo.

Os principais comportamentos identificados com necessidade de ser alterados foram: a administração da medicação não realizada imediatamente a seguir à sua preparação; quem prepara a medicação, na maioria das vezes, não é quem administra; não é realizada a dupla verificação de infusões intravenosas, tal como preconizado pela instituição.

Foi realizada a ação de formação durante a qual foram estipulados, em acordo com os elementos da equipa de enfermagem e com a Enfermeira Coordenadora do Serviço, dois comportamentos a modificar até à próxima ação de formação, sendo estes “quem prepara, é quem administra a medicação, imediatamente após a sua preparação” e a “dupla verificação da preparação das infusões endovenosas”. Foram realizadas vinte observações para perceber se o objetivo de alteração dos dois comportamentos estabelecidos no

procedimento foram cumpridos, de maneira a adequar a ação de formação à nova situação.

Avaliação

Em relação ao indicador participação na ação de formação atingiu-se o objetivo, estando presentes 55% dos possíveis participantes.

No que diz respeito ao objetivo aumentar a segurança na preparação e administração da medicação, através do cumprimento da norma do processo de gestão do medicamento, este foi parcialmente atingido, pois foram estipulados como indicadores de avaliação a adoção de dois comportamentos por pelo menos 45% dos elementos que compõem a equipa de enfermagem. Os comportamentos selecionados foram: quem prepara, é quem administra a medicação, imediatamente após a sua preparação e a dupla verificação da preparação das infusões endovenosas.

A avaliação dos indicadores demonstrou que das vinte observações realizadas, a medicação foi administrada imediatamente após a sua preparação, em quatro observações (20%), enquanto que nas primeiras observações, este comportamento tinha sido verificado em apenas uma (10%). Apesar de se ter verificado uma melhoria, podemos constatar que nesta área a equipa de

enfermagem necessita de novo reforço em relação à sua importância, de forma a promover a segurança do cliente.

Em relação ao comportamento quem prepara é quem administra a medicação, em catorze observações (70%) foi o que se verificou enquanto, que nas primeiras observações, se tinha observado em sete (35%). Este resultado indica que a equipa de enfermagem aderiu ao novo comportamento e entende a sua importância na prevenção de erros. No caso da dupla verificação nas administrações de infusões intravenosas, em vinte observações, o comportamento foi observado em 35% das situações aplicáveis, contudo nas primeiras observações, o comportamento foi verificado em 17% das situações aplicáveis. Em relação a este último comportamento é difícil inferir uma conclusão em relação à mudança de comportamento, todavia, podemos perceber uma melhoria significativa, o que pode demonstrar a adoção do comportamento por alguns elementos da equipa de enfermagem.

No sentido de compreender de que maneira os elementos da equipa de enfermagem, consideraram pertinente ou não a ação de formação realizada, no final da sessão foram entregues as fichas de avaliação pelo formador para avaliar a formação. Dos participantes, 50% procederam ao seu preenchimento. Foram analisados a utilidade do tema, os

objetivos da ação, os conteúdos e a estrutura da ação, numa classificação que poderia ser de insuficiente, suficiente, bom e muito bom. Em relação à utilidade do tema e aos objetivos da ação de formação, 100% classificaram em muito bom e em relação aos conteúdos e estrutura da ação, 88% avaliaram também como muito bom.

Conclusão

Com a realização deste projeto foi possível identificar quais os comportamentos adotados pela equipa de enfermagem durante a preparação e administração da medicação, e se estes correspondiam ou não, a práticas seguras.

Através das primeiras observações, foram identificados os comportamentos que necessitavam de ser alterados pela equipa de enfermagem, de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados e aumentar a segurança do cliente. Os resultados foram disponibilizados à equipa de enfermagem, através da ação de formação, que foi planeada de forma a atingir os objetivos propostos.

Com a realização das segundas observações, foi possível verificar uma mudança de comportamento. É contudo, necessário perceber o que leva à existência de resistência em mudar o comportamento referente à administração

da medicação realizada imediatamente após a sua preparação, pelo que se sugere o estudo aprofundado sobre as causas associadas a esta resistência. Esta situação poderá dever-se à dificuldade da equipa de enfermagem em perceber a dimensão real do problema e também, devido ao facto de este ser um comportamento há muito enraizado e por isso difícil de modificar, o que nos mostra a importância do reforço do conhecimento sobre a segurança do cliente e do procedimento instituído sobre a preparação e administração da medicação na instituição.

A elaboração deste projeto na área da segurança do cliente, que atualmente constitui uma preocupação constante dos decisores políticos, das organizações internacionais, das instituições de saúde e dos clientes que recorrem e necessitam de cuidados de saúde, contribuiu para aumentar o nível de segurança na gestão do processo da medicação e desta forma, a qualidade dos cuidados prestados.

Sendo este um projeto que teve como foco principal a melhoria contínua da qualidade, e tal como a própria definição indica, implica uma continuidade no projeto que não pode ser limitado a um curto espaço de tempo, existe a necessidade de continuar a desenvolver o projeto até que todos os elementos da equipa de enfermagem tenham adotado os comportamentos mais adequados

durante a preparação e administração da medicação.

Referências bibliográficas

Belela, A., Pedreira, M., & Peterlini, M. (2011). Erros de medicação em Pediatria. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(3), 563-569. DOI: 10.1590/S0034-71672011000300022

Cassiani, S. (2005). A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(1), 95-99. DOI: 10.1590/S0034-71672005000100019

Costa, J. D. (n.d.). *Métodos de prestação de cuidados*. Escola Superior de Enfermagem de Viseu. Recuperado de <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf>

Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro. (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da República N.º 28, II Série*, 3882-3882. Recuperado de <https://dre.pt/application/file/66457154>

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Orientação n.º 14/2015. Procedimento de Gestão da Medicação*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Recuperado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142015-de-17122015.aspx>

Fragata, J. (2011). *Segurança dos Doentes - Uma abordagem prática*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (2000). *To Err is Human. Building a Safer Health System*. Washington: National Academy Press.

Larrabee, J. H. (2011). *Prática Baseada em Evidências em Enfermagem*. Porto Alegre: AMGH Editora Ltda.

Ruivo, M. A., Ferrito, C., Nunes, L., & Estudantes do 7º CLE. (2010). Metodologia de Projecto: colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 15. Recuperado de http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Sales, L., Quintão, J., & Teixeira, M. (2018). Segurança na preparação e administração de medicação pelo enfermeiro: quantos são os “certos”? *Revista de Ciências da Saúde da ESS-CVP*, 10, 30-40. Recuperado de <http://www.salutisscientia.esscvp.eu/Site/default.aspx?edicaoObjId=31829>

Santos, M. (2010). *Texto de apoio sobre a análise swot e selecção de prioridades*. Universidade de Évora. Recuperado de http://home.uevora.pt/~mosantos/download/SWOT_Prioridades_25Mar09.pdf

Sousa, P., & Mendes, W. (2014). *Segurança do Paciente: Conhecendo os Riscos nas Organizações de Saúde*. 1, 160-184. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

The Joint Commission. (2016). *National Patient Safety Goals Effective - Behavioral Health Care Accreditation Program*. Recuperado de https://www.jointcommission.org/assets/1/6/2016_NPSG_BHC.pdf

World Health Organization. (2004). *Patient Safety*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de <https://www.who.int/patientsafety/publications/en/>

World Health Organization. (2017). *Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf;jsessionid=1C1C58D672F1A7705FC64CDB645F9055?sequence=1>