

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO**  
**CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE ESCOLA - GHC**  
**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO**  
**GRANDE DO SUL – CÂMPUS PORTO ALEGRE**

**TÉCNICO EM ENFERMAGEM**

**SEGURANÇA DO PACIENTE:**  
**MAIS QUE UMA RESPONSABILIDADE,**  
**UM COMPROMISSO DE TODOS**

**DIOGO DELLA'SANTA RUBIO ORIGUELLA RÖNNAU**

**ORIENTADOR: MAXIMILIANO SILVA STORCH**

**PORTO ALEGRE**

**2018**

DIOGO DELLA'SANTA RUBIO ORIGUELLA RÖNNAU

SEGURANÇA DO PACIENTE:  
MAIS QUE UMA RESPONSABILIDADE, UM COMPROMISSO DE TODOS

Relatório apresentando como requisito de conclusão do curso Técnico em Enfermagem do Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde – Escola GHC

Orientador: Maximiliano Silva Storch

PORTO ALEGRE

2018

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente agradeço a Deus por ter me orientado, guiado e fortalecido para enfrentar e superar as dificuldades. Agradeço também por toda saúde que me deu, me permitindo alcançar esta etapa tão esperada e importante em minha vida.

Agradeço de forma especial a minha esposa e às minhas filhas que sempre me apoiaram nos momentos mais difíceis e sempre me ofereceram amor. A elas, eu deixo uma palavra de carinho e uma promessa de gratidão eterna.

A esta instituição e a toda sua direção eu deixo meu agradecimento por todo ambiente acolhedor, inspirador e pela oportunidade de concluir este curso.

Aos professores, eu agradeço a orientação incansável, o carinho, o empenho e a confiança que ajudaram a tornar possível este sonho tão especial.

A todas as pessoas que de alguma forma fizeram parte do meu percurso eu agradeço com todo meu coração.

## RESUMO

Garantir a segurança do paciente é um desafio enfrentado por gestores e demais profissionais de qualquer unidade de assistência à saúde. Com a intenção de proporcionar uma assistência baseada em ações que possibilitam maior segurança, no Brasil foram publicadas Portarias que estabelecem a elaboração e implantação de um conjunto de protocolos básicos em instituições de saúde. Neste trabalho, realizo reflexões sobre alguns erros referentes à segurança do paciente, sobretudo, erros de medicamentos vivenciados enquanto atuei como estagiário do curso de Técnico em Enfermagem, em uma grande Instituição Hospitalar de Porto Alegre que presta atendimentos 100% pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A administração de medicamentos aos pacientes é um processo complexo, com várias etapas, contemplando uma série de decisões e ações inter-relacionadas, envolvendo diversos profissionais bem como o próprio paciente. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) adotou do *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* (NCCMERP) o conceito de erro de medicação definido como: qualquer evento adverso evitável ou não, e que pode levar ao uso inadequado e/ou equivocado de medicamentos, ou causar dano a um paciente, enquanto o medicamento está sob o controle dos profissionais de saúde ou pacientes. Existem tipos de erros diferentes, porém, os mais comuns ocorrem durante o preparo e a administração de medicamentos que são procedimentos desempenhados pela enfermagem. Visando minimizar os erros, os profissionais de saúde devem se atualizar constantemente e as instituições de saúde, promover esta educação continuada e estimular os profissionais pela busca do conhecimento, adotando uma política de prevenção de erros.

Palavras chave: Segurança do paciente. Administração segura de medicamentos. Erros de medicação. Eventos adversos.

## LISTA DE ABREVIATURAS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
AVE - Acidente vascular encefálico  
AVP - Acesso venoso periférico  
GHC - Grupo Hospitalar Conceição  
HCR - Hospital Cristo Redentor  
HNSC - Hospital Nossa Senhora da Conceição  
MG - Miligramas  
ML - Mililitros  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
PNSP - Programa Nacional de Segurança do Paciente  
SUS - Sistema Único de Saúde  
TCE - Traumatismo crânio encefálico  
UTI - Unidade de terapia intensiva  
UI - Unidade internacional

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	6
<b>2 ENTENDENDO OS 9 CERTOS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS</b> .....	8
<b>3 RELATOS DE VIVÊNCIAS</b> .....	10
3.1 RELATO DE VIVÊNCIA 1.....	10
3.2 RELATO DE VIVÊNCIA 2.....	11
3.3 RELATO DE VIVÊNCIA 3.....	13
3.4 RELATO DE VIVÊNCIA 4.....	14
3.5 RELATO DE VIVÊNCIA 5.....	16
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	18
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	19

## 1 INTRODUÇÃO

Há um movimento mundial que visa melhorar a segurança do paciente, bem como garantir atendimento de qualidade para a população. Esse movimento envolve esforços de todos os cuidados de saúde, sistema de gestão de risco e promover um ambiente seguro, incluindo entre outras práticas, a administração segura de medicamentos, que é o principal enfoque deste trabalho.

Segurança do paciente foi definido como a redução do risco de danos desnecessários associados ao cuidado de saúde a um mínimo aceitável (BRASIL. Ministério da Saúde, 2013b). Em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) juntamente com a Joint Commission International lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente e identificaram seis áreas de atuação, entre elas identificar o paciente corretamente, melhorar a comunicação efetiva, melhorar a segurança de medicamentos de alta-vigilância, assegurar cirurgias com local de identificação correto, procedimento e paciente correto, reduzir riscos de infecções associadas aos cuidados de saúde, bem como reduzir riscos de lesões, decorrentes de quedas (HINRICHSEN, 2012).

Recentemente, no Brasil, foi lançado o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), através da Portaria nº 529 de abril de 2013, que define gestão de risco como aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos e condutas, recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança (BRASIL. Ministério da Saúde, 2013b).

Neste trabalho relatarei algumas experiências vivenciadas como estagiário durante o curso Técnico em Enfermagem que evidenciam erros de medicações em momentos distintos e por diferentes profissionais inseridos neste processo, mostrando a importância da total atenção em todas as etapas pelas quais um medicamento passa até chegar ao paciente. Ressalto que cabe, prioritariamente, aos técnicos de enfermagem a administração segura dos medicamentos e, se estes estiverem realmente atentos, podem evitar enganos e equívocos cometidos por outros profissionais desta rede, antes que esta medicação chegue de forma errada ao paciente. Para tanto, com o intuito de minimizar estes erros, o Ministério da Saúde criou o Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos, estabelecendo os nove certos da administração segura de

medicamentos (BRASIL. Ministério da Saúde, 2013a). A utilização destes nove certos não garante que os erros de administração não ocorrerão, mas segui-los pode prevenir significativa parte desses eventos, melhorando a segurança e a qualidade da assistência prestada ao paciente durante o processo de administração de medicamentos.

Conforme Rosa e Perini (2003), o uso de medicamentos em instituições hospitalares é um processo abrangente e multidisciplinar, que envolve cerca de 20 a 30 etapas diferentes, implicando na dedicação de diversos profissionais, transmissão de ordens ou materiais entre pessoas, contendo em cada etapa, grande probabilidade para ocorrência de erros. Os eventos adversos relacionados a medicamentos vão muito além de situações que envolvam drogas concentradas ou de alta vigilância. Os erros de medicação e as reações adversas a medicamentos estão entre os erros mais frequentemente vistos nos cuidados em saúde, sendo de grande importância destacar que estas situações, muitas vezes, poderiam ter sido evitadas em alguma das três principais fases deste processo de medicação – prescrição, dispensação e administração, as quais envolvem ações multiprofissionais de equipes médicas, de enfermagem e farmacêuticas (BRASIL. Ministério da Saúde, 2013a).

## 2 ENTENDENDO OS 9 CERTOS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

De acordo com o protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, do Ministério da Saúde, (2013a), os nove certos são:

- **Paciente certo:** é fundamental, a identificação correta do paciente, procurando sempre observar ao menos dois identificadores como nome completo e registro. Procurar não identifica-lo com o número do leito, pois este poderá trocar ao longo da internação.
- **Medicamento certo:** é importantíssimo conferir se o nome do medicamento que tem em mãos é o que está prescrito, comparando dosagem, via de administração, entre outros. Certificar-se quanto a possíveis alergias antes de administrar o medicamento.
- **Via certa:** sempre verificar se a via prescrita para a administração é compatível com aquele medicamento e se o paciente conseguirá receber esta medicação adequadamente.
- **Hora certa:** os medicamentos devem ser administrados preferencialmente no horário prescrito, evitando atrasos. Sempre procurar fazer a preparação de medicamentos na hora da administração e de preferência, quando possível, à beira do leito.
- **Dose certa:** confrontar atentamente a dose constante na prescrição com a apresentação de cada medicamento, bem como diluições e diluentes, quando este for o caso. Verificar sempre a unidade de medida utilizada na prescrição, em caso de surgir alguma dúvida por medidas imprecisas, consultar quem prescreveu, solicitando uma prescrição com unidade de medida do sistema métrico. Atentar sempre para a velocidade de gotejamento, realizando dupla checagem dos cálculos para o preparo e devida programação da bomba de infusão para administração de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância.
- **Registro certo:** registrar sempre de forma legível, completa, clara e sem rasuras sobre todas as ocorrências relacionadas à administração de medicamentos, sendo isso importante para garantir a segurança do paciente e dar continuidade aos cuidados. Nas anotações de enfermagem, registre o medicamento administrado em seu respectivo horário, justificando em casos de atrasos, cancelamentos, recusa por parte do paciente, falta do medicamento ou eventos adversos.

- Orientação correta: cabe ao profissional da saúde, toda a orientação quanto ao medicamento a ser administrado, bem como seus efeitos esperados. No momento da administração do medicamento, qualquer dúvida do paciente deverá ser esclarecida antes de administrar a medicação, pois o mesmo também constitui uma barreira para prevenir erros e deverá ser envolvido na sua segurança assistencial.
- Forma certa: é imprescindível observar se o medicamento disponível está de acordo com a prescrição para aquele paciente e o mesmo apresenta a forma farmacêutica correta.
- Resposta certa: nesta etapa, precisamos observar atentamente o paciente, para identificar se o medicamento administrado teve o efeito desejado, anotando e comunicando ao Enfermeiro em caso de algum efeito adverso.

### 3 RELATOS DE VIVÊNCIAS

#### 3.1 RELATO DE VIVÊNCIA 1

Este primeiro relato foi vivenciado em estágio curricular ainda no segundo semestre do curso Técnico em Enfermagem em uma ala de internação do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Hospital de referência, de grande porte e considerado 100% SUS.

Dentre os pacientes que fiquei responsável naquele dia, o Sr. J. internou com sangramento nas fezes (enterorragia) e estava aguardando por uma colonoscopia que aconteceria dentro de dois dias. Precisávamos iniciar o preparo para este exame, que consiste em tomar três comprimidos de Bisacodil, conforme prescrição médica.

Segundo Brambilla et al. (2008) a colonoscopia é o melhor exame de imagem para diagnosticar diversas patologias de cólon, inclusive câncer colorretal. A qualidade do preparo intestinal vai definir uma boa visualização do cólon, sendo isto, de fundamental importância para uma visualização adequada de toda a superfície colônica evitando assim, que algumas pequenas lesões possam ser negligenciadas. Além disso, o preparo intestinal adequado diminui o tempo de duração da colonoscopia, diminuindo também, o tempo de exposição do paciente.

No horário prescrito levei a ele a medicação, juntamente com meio copo de água. O paciente, que estava utilizando seu telefone móvel, pegou os comprimidos, largou-os na cama e continuou no telefone. Prontamente eu peguei os comprimidos e solicitei que tomasse, explicando que ali começava o preparo para seu exame e que o medicamento era o Bisacodil, que ele precisaria tomar naquele momento sob minha supervisão para sua segurança. Ele me olhou meio sem entender, então expliquei a ele que o Bisacodil é o princípio ativo do laxante Lacto-purga (nome comercial). Neste momento, todos do quarto começaram a rir, principalmente o paciente do leito 1, que havia feito uma colonoscopia na tarde anterior e, por conseguinte, havia feito este mesmo preparo dias antes, disse ele: *“ Por isso que cada vez que me davam estes comprimidos eu tinha que correr ao banheiro...”*

Segundo este paciente, o profissional que deu a ele esta medicação dias antes não explicou que medicamento que ele estava tomando, muito menos quais os efeitos esperados na utilização desta medicação, simplesmente deu.

O profissional que se detém na mecanização, na rotinização das tarefas, e, sobretudo, por ventura, já esteja sobrecarregado de trabalho, com a atenção reduzida, é um profissional potencialmente perigoso para incorrer na situação de evento adverso relacionado a medicamentos (CORBELLINI et al. 2011, p. 245).

Para os profissionais da saúde que estão acostumados com os nomes dos medicamentos fica óbvio os efeitos esperados de cada um, porém, não podemos esquecer que para o paciente pode ser algo desconhecido e nem sempre ele terá proatividade para questionar.

A precisão diagnóstica e segurança terapêutica dependerá da qualidade do preparo intestinal. Preparação inadequada está associada com maior duração do procedimento, com aumento do risco de alterações não percebidas, com incapacidade de concluir o procedimento, e outras consequências, tais como perfuração de cólon. No Brasil, a solução de manitol tem sido amplamente utilizada para a limpeza do cólon, sendo assim o agente de escolha na maioria dos centros (SOUSA, 2012, p. 11).

Segundo Corbellini et al. (2011), a utilização de medicamentos em instituições hospitalares é imprescindível, porém, é um fator desencadeante de um alto risco de incidentes, necessitando a aplicação de uma política completa de segurança para o uso dos medicamentos que garantam segurança na compra, prescrição, dispensação, administração, e registros de uso e controles que compõe a terceira meta internacional de segurança do paciente.

### 3.2 RELATO DE VIVÊNCIA 2

Neste relato, conto sobre um fato que ocorreu comigo no estágio do terceiro semestre, na Sala de Recuperação (SR) do HNSC. Naquele dia, fiquei com os cuidados de uma jovem de 25 anos que havia feito uma laqueadura tubária.

Esta paciente estava com alta prevista por volta do meio dia, porém às 11h ela tinha uma dipirona endovenosa (EV) prescrita. Era sua única medicação da manhã, ela estava com acesso venoso periférico (AVP) em membro superior esquerdo com soroterapia para manter veia.

A responsabilidade na administração de medicamentos é prioritariamente do técnico de enfermagem, sob a orientação técnica e supervisão profissional de um enfermeiro, o que de acordo com literatura, é uma das atividades mais sérias que pesam sobre ele, lembrando que esta nunca deverá ser realizada quando houver dúvidas ou desconhecimento da ação da droga, métodos e vias de administração, entre outros (COIMBRA; CASSIANI, 2001, p.57).

Segundo a tabela de diluição de medicamentos, presente e disponível em cada unidade, a Dipirona tem sua apresentação em ampola de 2 mL e deverá ser diluída em mais 8 mL de soro fisiológico 0,9% (SF 0,9%), totalizando 10 mL, que devem ser administrados EV direto lento, sob o risco de hipotensão, salinizando posteriormente. E é exatamente como eu iria fazer, porém a técnica que estava na escala não deixou, aspirando os 2 mL de Dipirona e adicionando ao restante de SF 0,9% contidos na bolsa, em torno de 100 mL, e que ainda faltava infundir. Porém, mesmo deixando o restante da bolsa, se levarmos em conta a extensão do conduto do equipo mais a extensão de equipo instalada, perdeu-se algo em torno de uns 30 mL de SF 0,9% + Dipirona. Ou seja, foi administrada uma subdose da medicação prescrita.

Embora o preparo de medicamentos seja procedimento que demanda conhecimentos complexos, nos hospitais, a enfermagem costuma fazê-lo como tarefa simples, atribuída sem distinção a auxiliares, técnicos ou enfermeiros, e entendida como parte de uma rotina. Dessa forma, o manejo inadequado de medicamentos tem chamado a atenção, dos profissionais de saúde, principalmente, por suas consequências, como os aspectos que podem diminuir a segurança microbiológica e a eficácia terapêutica dos mesmos. Vários aspectos podem diminuir a segurança microbiológica ou a eficácia terapêutica na terapia medicamentosa intravenosa quando esta é tratada simplesmente como rotina (CAMERINI; SILVA, 2011 p. 42).

*“É apenas um remedinho para dor e a paciente já está bem, já vai embora.”*

Foi o que a técnica de enfermagem da escala me disse enquanto fazia este procedimento. Como estava em estágio e os profissionais da unidade me acompanham dia a dia, não quis entrar em mérito com ela, mas fica o meu questionamento: Como ela classifica se o medicamento é ou não essencial para um paciente, se quem está com dor é o paciente? Com qual frequência e com quais medicamentos ela utiliza destes métodos? Se sabe fazer o certo, por que opta por fazer errado?

Sei que algumas perguntas como estas, jamais serão respondidas, pois as respostas encontram-se escondidas nas profundezas mais obscuras de sentimentos de conflitos internos.

### 3.3 RELATO DE VIVÊNCIA 3

Ainda na SR do HNSC, porém na semana seguinte, fiquei com os cuidados de uma senhora de 80 anos que havia feito a retirada de um abscesso na região sacra. Uma paciente complicada, diabética, hipertensa com um curativo de estágio 2 na região sacra. Naquele dia precisei dar banho nesta paciente, realizando a troca completa do curativo, (curativo primário e secundário). Dentre diversos cuidados, algumas medicações. Duas delas para às 11h e como o médico havia lhe dado alta para a enfermaria, precisávamos fazê-los o quanto antes para desocupar o leito para um próximo paciente.

A diminuição da equipe de enfermagem pode determinar a queda da eficácia e/ou qualidade de assistência e colocar em risco a assistência prestada. A carga de trabalho excessiva em ambientes de saúde é um condutor significativo de eventos adversos e erro humano devido à pressa. Uma das principais consequências dessa sobrecarga está relacionada à administração de medicamentos que pode representar riscos potenciais a segurança ao paciente e levar a morte em algumas ocasiões (OLIVEIRA et al., 2016, p. 691).

Realizado o banho, organizei o leito e fui preparar os medicamentos constantes na prescrição, um deles era Meropeném 2000 mg EV que vem em frasco ampola de 1000 mg cada, devendo ser reconstituído em 10 mL de SF 0,9% cada frasco, adicionando-os em 100 mL de SF 0,9% para correr em meia hora, conforme tabela de diluições constante na unidade. Tudo pronto, montado e instalado, fui preparar o segundo medicamento: na prescrição Vancomicina 750 mg. A Vancomicina tem sua apresentação em frasco ampola de 500 mg cada, devendo ser reconstituída cada ampola com 10 mL de SF 0,9% totalizando 20 mL, destes eu deveria pegar 15 mL e adicionar em uma bolsa com 100 mL de Soro Glicosado 5% (SG 5%). Com a técnica de enfermagem me pressionando para agilizar e outras duas conversando assuntos paralelos na minha volta, acabei colocando os 20 mL de Vancomicina na bolsa de SG 5%, chegando a uma dosagem de 1000 mg de Vancomicina, ultrapassando e muito as 750 mg prescritos. Porém como estou sempre atento e reviso tudo antes de administrar, identifiquei meu erro a tempo,

informei à professora, que orientou desprezar a medicação errada e preparar uma nova.

Segundo Veloso et al. (2011), os erros no momento do preparo de medicamentos ocorrem por diversos motivos e de várias maneiras, envolvendo ações de diversos profissionais. Uma prática atenta e minuciosa no momento do preparo de medicamentos reduz a probabilidade de erros e, conseqüentemente, favorece a relação do paciente com as práticas hospitalares.

Errar na preparação deste medicamento, me fez refletir sobre a importância deste momento. Observando como é fácil cometer erros e como é preciso estar atento neste momento de preparação de medicamentos. A conferência dos nove certos da administração segura de medicamentos, foi o que me possibilitou identificar o erro cometido antes que fosse tarde demais, do contrário, teria administrado uma sobredose do medicamento prescrito.

Não basta estar atento o tempo todo, pois apenas um segundo de desatenção pode ser crucial. É importante o hábito de fazer a dupla checagem sempre, revisando atentamente o que está sendo feito.

#### 3.4 RELATO DE VIVÊNCIA 4

Esta vivência de estágio, eu tive no terceiro semestre, na emergência do Hospital Cristo Redentor (HCR), onde nos foi oportunizado passar por todas as salas ao longo deste estágio. Naquele dia eu estava na Sala Laranja, onde são realizados procedimentos aos pacientes em estado mais grave.

O paciente J.L.K. de 55 anos, doente renal crônico que dialisa 3 vezes por semana, internou com traumatismo crânio encefálico (TCE), sofreu queda de própria altura após consumir cocaína. Transplantado renal há 10 anos e há 5 anos teve que voltar a dialisar. Tem um acidente vascular encefálico (AVE) prévio que o deixou hemiparético à direita. Inconsciente, entubado, mas sem sedação, recebendo potássio desde a tarde anterior.

O sódio e o potássio são os principais íons dos meios extra e intracelular, respectivamente. Os distúrbios relacionados a esses íons são frequentes e podem ser causados por inúmeras condições clínicas. A fisiopatologia e a gravidade das alterações indicam o tratamento a ser instituído (VIEIRA NETO; MOYSÉS NETO, 2003, p. 325).

Este paciente estava com os níveis de potássio elevados e sem um manejo adequado prescrito para regular, foi quando chegou um médico da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e prescreveu em um papel de rascunho: 10 mL de Gluconato de Cálcio 10% EV direto lento, 10 unidades internacionais (UI) de insulina regular EV direto, 50 mL de glicose 50% EV direto.

Todos da sala ficaram perplexos com este manejo por desconhecê-lo, mas o técnico de enfermagem o fez mesmo assim. Os residentes fizeram um acesso venoso central por onde o técnico de enfermagem administrou os medicamentos na seguinte ordem: 10 mL de Gluconato de Cálcio 10% lentamente, entre 3 a 4 min. / 10 UI de insulina regular EV direto / 50 mL de glicose 50% EV direto conforme a prescrição do médico no papel de rascunho. Uma sucessão de erros, com uma prescrição gerada indevidamente, além de uma administração de medicamentos realizada repleta de dúvidas e incertezas.

De acordo com o Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos, do Ministério da Saúde (2013a), as prescrições verbais podem ocorrer, porém devem ser restritas às situações de urgência/emergência, devendo ser imediatamente transcritas ao formulário da prescrição após a administração do medicamento. A prescrição verbal deverá ser validada pelo prescritor imediatamente, assim que possível. Quando uma ordem verbal for absolutamente necessária, o prescritor deverá falar o nome, dose e via de administração do medicamento de forma clara. Quem recebeu esta ordem verbal, deverá repetir de volta o que foi dito, precisando ser confirmado pelo prescritor antes de administrar o medicamento.

O nome deste manejo citado acima é Glicoinsulinoterapia, utilizado para manejar a hiperpotassemia, porém em todo referencial teórico que busquei a forma de realizar este manejo é bem diferente da realizada e descrita.

Segundo Vieira Neto et al. (2003) Antagonismo direto sobre os efeitos do potássio na membrana celular: é o efeito observado durante a infusão endovenosa em bolus de Gluconato de cálcio. O cálcio é a droga de escolha, quando existem alterações eletrocardiográficas ou na parada cardíaca por hiperpotassemia. A dose a ser utilizada é de 10 mL em EV direto de Gluconato de cálcio 10% em infusão lenta entre 2 a 3 minutos, que pode ser repetida após 5 minutos, se as alterações eletrocardiográficas persistirem. A ação é imediata entre 1 e 3 minutos e a duração do efeito é de até 1h. Já a infusão de insulina humana regular aumenta a captação

do potássio pelas células musculares. Para evitar hipoglicemia, deve-se usar 1 UI de insulina regular para cada 5g de glicose. Habitualmente, prepara-se solução com 100 mL de glicose 50% + 10 UI de insulina regular, que deverá ser administrada em infusão EV em torno de 5 a 10 minutos.

Em todas as literaturas que busquei informações sobre a glicoinsulina descreve o mesmo preparo, fazendo uma solução de insulina humana regular com glicose 50%, nunca administrando separadamente como a prescrição referida acima, bem como, tem indicação de ser infundida lentamente, jamais em bolus como realizado.

### 3.5 RELATO DE VIVÊNCIA 5

Para este relato eu estava na Sala verde da Emergência do HCR, naquela manhã estava com os cuidados de um menino de 7 anos que havia caído de bicicleta na tarde anterior e teve um trauma abdominal fechado. Ele estava sob observação e aguardando uma tomografia computadorizada contrastada para averiguar possíveis lesões internas.

Para a realização deste exame seria preciso um preparo prévio com meia hora de antecedência, que consistia em: 50 mg de prednisona + 25 mg de prometazina. Na emergência, os medicamentos são dispensados da farmácia apenas para o turno, e a cada turno um técnico de enfermagem fica responsável por ir à farmácia e buscar os medicamentos de todos os pacientes das salas laranja, amarela e verde. Os medicamentos são dispensados da farmácia, separados em sacos plásticos transparentes identificados com o nome do paciente e a respectiva prescrição, justamente para evitar erros. Peguei os medicamentos deste pequeno paciente, os 50 mg de Prednisona vieram divididos em 4 comprimidos, sendo 2 comprimidos de 20 mg cada, mais 2 comprimidos de 5 mg cada, totalizando os 50 mg, o que para uma criança de 7 anos não é necessariamente fácil de engolir. Separados os comprimidos de Prednisona, conferi o outro que só poderia ser de Prometazina, mas para minha surpresa o comprimido era de Varfarina e não Prometazina.

Os erros ocorrem em todas as fases do sistema de medicação: 39% dos erros ocorrem durante a prescrição, 12% na transcrição, 11% na

dispensação e 38% durante a administração. Enfermeiros e farmacêuticos interceptam 86% dos erros de medicação relacionados a erros de prescrição, transcrição e dispensação, enquanto apenas 2% são interceptados pelos pacientes. Por outro lado não há nenhuma rede de segurança para as enfermeiras quando os medicamentos são administrados aos pacientes (CASSIANI, 2005, p. 96).

O Cloridrato de Prometazina pode ser indicado no tratamento sintomático de alguns distúrbios incluídos no grupo das reações anafiláticas e alérgicas. Graças à sua atividade antiemética, ele é utilizado também na prevenção de vômitos do pós-operatório e das náuseas de viagens. Devido a sua ação sedativa, também poderá ser utilizado como pré-anestésico, o que era o caso deste paciente.

Já a Varfarina é um anticoagulante oral, sendo considerado um medicamento potencialmente perigoso pelo Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (ISMP). Entre as suas características, estão à ampla variabilidade dose-resposta, a janela terapêutica estreita e o alto risco de eventos adversos como sangramento.

Prontamente parei tudo que estava fazendo e ainda um pouco atordoado, mostrei para o técnico da escala que igualmente ficou assustado, ele imediatamente foi até farmácia para trocar o medicamento. Se não estivesse atento, poderia ter dado um anticoagulante para um menino de 7 anos que estava em observação por uma possível hemorragia interna.

Segundo o Protocolo de Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, os erros na dispensação podem ser definidos como um desvio na interpretação da prescrição cometido pela equipe da farmácia quando da realização da dispensação de medicamentos para as unidades de internação ou na farmácia ambulatorial, podendo também ser classificados como erros de conteúdo, erros de rotulagem e erros de documentação.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Relatei neste trabalho experiências vivenciadas, com o intuito de alertar aos possíveis erros que possamos cometer a um mínimo descuido, além de incentivar a educação continuada dos profissionais da saúde, mantendo uma visão mais ampliada do processo de cuidar, atentando-se para um cuidado que priorize o paciente. Quando falamos em processo medicamentoso, os profissionais da enfermagem são a última barreira para evitar que um erro aconteça.

Estas vivências aqui relatadas contribuíram e muito para o meu crescimento profissional, estruturando em mim, uma base sólida com uma visão atenta e ampliada sobre o processo de cuidar. As reflexões trazidas visam ampliar discussões de ações e de procedimentos no tocante a segurança do paciente, identificando e corrigindo erros, minimizando as chances de eventos adversos.

Evidenciando que a segurança na assistência em saúde exige uma tomada de decisão e formação, além do comprometimento e dedicação de todos, ou seja, gestores, profissionais e pacientes. Os gestores, com a responsabilidade de prover dimensionamento e desenvolvimento dos profissionais, com a devida adequação de recursos materiais e equipamentos. Os profissionais da saúde necessitam da adoção e manutenção de uma atitude de responsabilidade pela segurança dos pacientes e familiares, pela sua própria segurança e de colegas. E quanto aos pacientes e familiares, é preciso incentivar um maior envolvimento na tomada de decisão acerca das ações desenvolvidas para sua assistência, visto que os mesmos têm um posicionamento privilegiado de observação de quase todas as etapas do seu atendimento e precisam ser envolvidos nos seus cuidados.

Diante do exposto, vejo uma grande discrepância entre teoria e realidade ainda. Sobretudo, se olharmos os pacientes como prioridade máxima, envolvendo profissionais atentos e comprometidos com o cuidado, entraremos em um círculo virtuoso, onde todos só terão a ganhar.

Erros, falhas, eventos adversos, podem ocorrer a qualquer momento, mas se estivermos atentos, estes, poderão ser evitados. A segurança do paciente é um compromisso de todos os envolvidos em seus cuidados.

## REFERÊNCIAS

BRAMBILLA, Eduardo. et al. Preparo de cólon para colonoscopia com polietilenoglicol versus sulfato de magnésio em pacientes acima de 70 anos de idade. **Rev. Bras. Colo-proctol.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 204-209, maio 2008. Disponível em:  
< <http://www.scielo.br/pdf/rbc/v28n2/08.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2018.

\_\_\_\_\_. **Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde – assistência segura**: uma Reflexão teórica aplicada à prática. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acesso em: 5 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF, 2013b. Disponível em:  
<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)>. Acesso em: 6 nov. 2017.

CAMERINI, Flavia Giron; SILVA, Lolita Dopico. Segurança do paciente: análise do preparo de medicação Intravenosa em hospital da rede sentinela. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 41-49, jan./mar. 2011. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/05.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2018.

CASSIANI, Sílvia Helena De Bortoli. A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 58, n. 1, p. 95-99, fev. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672005000100019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000100019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 fev. 2018.

COIMBRA, Jorséli Angela Henriques; CASSIANI, Sílvia Helena De Bortoli. Responsabilidade da enfermagem na administração de medicamentos: algumas reflexões para uma prática segura com qualidade de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 56-60, abr. 2001. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692001000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000200008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 fev. 2018.

CORBELLINI, Valéria Lamb et al. . Eventos adversos relacionados a medicamentos: percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 64, n. 2, p. 241-247, abr. 2011. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a04v64n2.pdf> >. Acesso em: 13 fev. 2018.

HINRICHSEN, Sylvia Lemos. **Qualidade e segurança do paciente**. gestão de riscos. Rio de Janeiro: Medbook, 2012.

OLIVEIRA, Andrea Carvalho de et al. Carga de trabalho de enfermagem e ocorrência de eventos adversos na terapiaintensiva: revisão sistemática. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo,v. 50, n. 4, p. 683-694, ago. 2016. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342016000400683&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000400683&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 21 fev. 2018.

ROSA, Mário Borges; PERINI, Edson. Erros de medicação: quem foi? **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 335-341, set. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302003000300041&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302003000300041&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 6 nov. 2017.

SOUSA, João Batista de et al. Colonoscopias realizadas por médicos residentes em hospital universitário: análise consecutiva de 1000 casos. **ABCD, Arq. Bras. Cir. Dig.**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 9-12, mar. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-67202012000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202012000100003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 fev. 2018.

VELOSO, Isabella Rocha et al. Identificação e análise de erros no preparo de medicamentos em uma unidade pediátrica hospitalar. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 93-99, mar. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472011000100012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000100012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 fev. 2018.

VIEIRA NETO, O. M.; MOYSÉS NETO, M. Distúrbios do equilíbrio hidroeletrólítico. **Rev. Medicina**, Ribeirão Preto, v. 36, n. 1, p. 325-337, abr./dez. 2003. Disponível em: <[http://revista.fmrp.usp.br/2003/36n2e4/17disturbios\\_equilibrio\\_hidroeletrolitico.pdf](http://revista.fmrp.usp.br/2003/36n2e4/17disturbios_equilibrio_hidroeletrolitico.pdf)>. Acesso em: 22 fev. 2018.