

AUDITORIA HOSPITALAR COMO INSTRUMENTO NA PREVENÇÃO DE ERROS MEDICAMENTOSOS: A SEGURANÇA DO PACIENTE EM FOCO

HOSPITAL AUDIT AS AN INSTRUMENT IN THE PREVENTION OF DRUG ERRORS: THE SAFETY OF THE PATIENT IN FOCUS.

Leonardo da Silva Jacomini

Graduando em Gestão Hospitalar da Faculdade Metropolitana São Carlos – FAMESC, Bom Jesus do Itabapoana, RJ. E-mail: leojaco1977@gmail.com

Bianca Magnelli Mangiavacchi

Graduando em Gestão Hospitalar da Faculdade Metropolitana São Carlos – FAMESC, Bom Jesus do Itabapoana, RJ. E-mail: bmagnelli@gmail.com

RESUMO

A realização de procedimentos de administração de medicamentos em ambiente hospitalar de forma errônea tem implicações diretas na qualidade e na segurança do atendimento ao paciente. A identificação desses erros tem sido alvo de análise em processos de auditoria para melhorar a prática clínica, envolvendo desde a análise de prontuários médicos, o monitoramento das prescrições por sistemas eletrônicos ou bancos de dados administrativos. Reclamações quanto a erros de medicação e eventos adversos relacionados a medicamentos associados são usados, de forma direta, no monitoramento da segurança dos pacientes. O processo de auditoria tem grande influência na prática clínica e a gestão hospitalar, promovendo modificações na prestação de cuidados de saúde, apreciando-se diretrizes e protocolos descritos e desenvolvendo senso de responsabilidade clínica, compreensão interprofissional, e sensibilidade às necessidades dos pacientes. Nesse sentido, o objetivo desse estudo visa avaliar papel da auditoria hospitalar na prevenção de erros relacionados a medicação para melhoria do atendimento e maior segurança do paciente. Desta forma foi realizada uma busca sistemática da literatura na plataforma SCIELO utilizando os termos “segurança do paciente”, “medicação” e “auditoria”. Erros de medicação e eventos adversos relacionados a medicamentos têm implicações importantes, desde o aumento do tempo de hospitalização e custos até desconforto e incapacidade indevidos ou aumento da mortalidade. Para construir sistemas mais seguros os estudos originais e relatos de caso possibilitam o conhecimento dos riscos possíveis e melhora no desempenho. A auditoria é um processo que permite melhoria de qualidade que busca melhorar o atendimento ao paciente e os resultados por meio de sistematização

revisão do cuidado em relação a critérios explícitos e à implementação de mudanças, auxiliando na promoção do atendimento de qualidade oferecendo uma estrutura sistemática para investigar e avaliar o trabalho dos profissionais de saúde e para introduzir e monitorar melhorias. Todos os estudos avaliados relataram erros relacionados tanto no processo de prescrição de medicamentos quanto na administração deles, causando danos aos pacientes, em especial eventos adversos, destacando a falha na qualidade da assistência, comprometendo assim a segurança do paciente.

Palavras-chave: medicamentos; atendimento ao paciente; ambiente hospitalar; auditoria em saúde

SUMMARY

The process performance of drug administration in a hospital environment erroneously has direct implications in the quality and the safety of patient care. The identification of these errors has been analyzed in audit processes to improve clinical practice, involving from the analysis of medical records, the monitoring of prescriptions by electronic systems or administrative databases. Reclamations regarding medication errors and adverse events related to associated medications are used directly in monitoring patient safety. The audit process has great influence on clinical practice and hospital management, promoting changes in the provision of health care, appreciating guidelines and protocols described and developing a sense of clinical responsibility, interprofessional understanding, and sensitivity to patients' needs. In this sense, the aim of this study is to evaluate the role of hospital auditing in the prevention of errors related to medication to improve care and greater patient safety. Thus, a systematic search of the literature the SCIELO platform was carried out using the terms "patient safety", "medication" and "audit". Medication errors and drug-related adverse events have important implications, from increased hospital stay and costs to undue discomfort and disability or increased mortality. Auditing is a process that allows quality improvement that seeks to improve patient care and results through systematization review of care in relation to explicit criteria and the implementation of changes, assisting in promoting quality care by offering a systematic structure to investigate and evaluate the work of health professionals and to introduce and monitor improvements. All studies evaluated reported errors related both in the process of prescription of medications and in their administration, causing harm to patients, especially adverse events, highlighting the failure in the quality of care, thus compromising patient safety.

Keywords: medicines; patient care; hospital environment; health audit

INTRODUÇÃO

Procedimentos incorretos quanto a administração de medicamentos em ambiente hospitalar tem implicações importantes para a segurança do paciente e sua identificação tem sido alvo de análise em processos de auditoria para melhorar a prática clínica (HÄRKÄNEN; TURUNEN; VEHVILÄINEN-JULKUNEN, 2020). A detecção de erros é etapa crucial na melhoria da cadeia de processos no ambiente hospitalar e novas abordagens o

atendimento de rotina.

A revisão de prontuários médicos, monitoramento computadorizado das prescrições, bancos de dados administrativos e dados de reclamações de erros de medicação e eventos adversos relacionados a medicamentos associados são usados, de forma direta, no monitoramento da segurança dos pacientes (TEVIS; SCHMOCKER; WETTERNECK, 2017). No entanto, todos esses métodos apresentam suas vantagens, desvantagens e limitações.

O processo de auditoria é mais bem usado nos EUA, Reino Unido e Austrália, tem influenciado a prática clínica e a gestão hospitalar, promovendo modificações na prestação de cuidados de saúde, apreciando-se diretrizes e protocolos descritos e desenvolvendo senso de responsabilidade clínica, compreensão interprofissional, e sensibilidade às necessidades dos pacientes (HUCKLES-BAUMGART et al., 2016; HOGAN et al., 2008; TAM et al., 2008). No entanto, os processos apresentam algumas desvantagens: demanda-se tempo para implementação, exige-se muitos recursos e os prestadores de serviços precisam ser treinados.

A auditoria se caracteriza por ser uma atividade educativa, que promove um atendimento de qualidade e deve ser realizado regularmente no ambiente hospitalar (DURHAM; JANKIEWICZ, 2020). A segurança do paciente deve ser o primeiro objetivo em todos os ambientes, a fim de construir sistemas mais seguros, aprendendo com os erros e reduzindo os custos humanos e fiscais. Nesse sentido, o objetivo desse estudo visa avaliar o papel da auditoria hospitalar na prevenção de erros relacionados a medicação para melhoria do atendimento e maior segurança do paciente.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo conduziu uma revisão integrativa, de caráter exploratório e qualitativo. A busca e seleção de estudos foi realizada pela Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). A busca e análise dos estudos foi realizado no mês de março de 2021. Utilizou-se o sistema avançado de busca, adotando-se “SEGURANÇA DO PACIENTE”, “MEDICAÇÃO”, “AUDITORIA” como palavras-chave integradas pelo operador booleano AND, sendo selecionados apenas artigos publicados na língua portuguesa. Desta forma o algoritmo de busca apresentou a seguinte estrutura no scielo: (segurança do paciente) AND (medicação) AND (auditoria) AND (year_cluster:(“2018” OR “2016” OR “2017” OR “2015” OR “2019” OR

"2020") AND type:(\"article\") AND (la:(\"pt\")). A partir dos critérios de exclusão foram selecionados 10 artigos para a apresentação nesse estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das definições dos descritores de busca, em consonância com a proposta temática a ser abordada, obtivemos como resultado dez estudos selecionados que estão explicitados na tabela 1. Os estudos foram agrupados de acordo com algumas variáveis de interesse deste trabalho, sendo elas: população amostral, o método de estudo e caráter dos dados.

Tabela 1: Síntese dos estudos selecionados nesta revisão.

Autor	Título	População	Método de estudo	Caráter
FASSARELLA, et al., 2017.	Profissionais mediadores da qualidade e segurança do paciente como estratégia para o cuidado seguro.	Profissionais do hospital	transversal, descritivo e exploratório quantitativo	Teórico-prático
MENEGUETI, et al., 2017.	Erros no processo de medicação: proposta de uma estratégia educativa baseada nos erros notificados.	Dados de fichas de notificação	descritivo quantitativo	Prático
PENA; MELLEIRO, 2017.	O método de análise de causa raiz para a investigação de eventos adversos.	Análise documental	quantitativo, exploratório e descritivo	Teórico-prático
SILVA, et al., 2017.	Cuidados na administração de medicamentos: as responsabilidades dos profissionais de enfermagem	Profissionais de enfermagem	avaliativo, exploratório quantitativa e qualitativa	Teórico-prático
AMARAL, et al., 2018.	Segurança no cuidado de enfermagem.	Revisão de literatura	bibliométrico	Teórico
DE OLIVEIRA LESSA, et al., 2018	Prevalência e fatores associados para a ocorrência de eventos adversos no serviço de hemodiálise.	Pacientes da hemodiálise	descritivo longitudinal quantitativo	Teórico-prático
BRAGA; MELLEIRO, 2018.	Métrica de indicadores assistenciais de hospitais certificados.	hospitais	quantitativo, documental e retrospectivo	Teórico-prático
COSTA, et al., 2018.	Análise do preparo e administração de medicamentos no contexto hospitalar com base no pensamento Lean	profissionais da equipe de saúde	Estudo de caso, exploratório-descritivo	Teórico-prático

MENDES, et al. 2018.	Types and frequency of errors in the preparation and administration of drugs.	auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros	transversal e descritivo	Teórico-prático
DA SILVA; CAREGNATO, 2019.	Unidade de terapia intensiva: segurança e monitoramento de eventos adversos	Artigo de revisão	bibliográfico, tipo revisão integrativa	Teórico

Fonte: Autores, 2021

A população amostral foi definida, quando aplicável, como os indivíduos considerados para o estudo, enquanto a amostra foi definida como subconjunto, representativo ou não, deste grupo. O método representa a metodologia aplicada pelos autores para obter os dados de interesse do estudo. E por fim, os estudos foram classificados de acordo com seu caráter metodológico, onde estudos teóricos foram aqueles que realizaram síntese de literatura específica, enquanto os teórico-práticos foram estudos conjecturados de forma empírica. Utilizando os descritores apresentados em todos os estudos foi construído uma nuvem de palavras (figura 1) que apresenta os pontos principais abordados nos artigos.

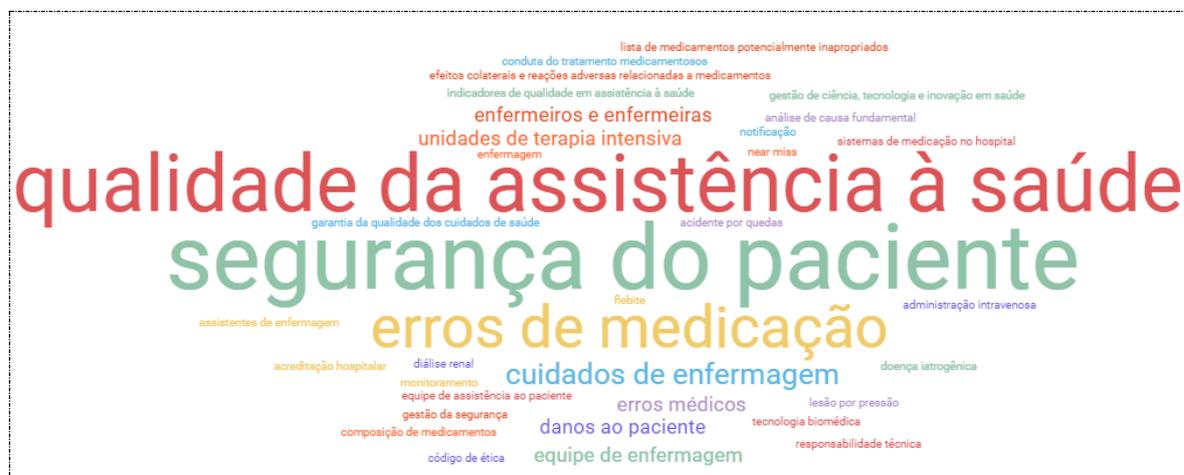


Figura 1: Nuvem de palavras produzida no site mentimeter utilizando os descritores apresentados nos artigos selecionados nesse estudo. Fonte: Autores, 2021 (<https://www.mentimeter.com/pt-BR/features/word-cloud>) .

Todos os estudos avaliados relataram erros relacionados tanto no processo de prescrição de medicamentos quanto na administração deles, causando danos aos pacientes, em especial eventos adversos, destacando a falha na qualidade da assistência, comprometendo assim a segurança do paciente. É provável que as abordagens utilizadas

para detectar erros sejam diferentes na pesquisa e no atendimento de rotina, dados os recursos disponíveis nas unidades de saúde. Para prevenir erros de medicação e reduzir os riscos de danos, as organizações e instituições precisam de ferramentas para detectá-los precocemente.

Qualquer sistema deve ser capaz de analisar erros e identificar oportunidades de melhoria da qualidade. Os principais métodos para detectar eventos adversos são revisão de prontuários, monitoramento computadorizado, relatórios de incidentes e pesquisa de dados de sinistros. Os erros de medicação são detectados principalmente por meio de observação direta, relato voluntário (por médicos, farmacêuticos, enfermeiras, pacientes e outros) e revisão de prontuários.

Erros de medicação e eventos adversos relacionados a medicamentos têm implicações importantes, desde o aumento do tempo de hospitalização e custos até desconforto e incapacidade indevidos ou aumento da mortalidade (DE VRIES et al., 2008; DURHAM; JANKIEWICZ, 2020). A frequência e a gravidade dos erros de medicação não são uniformemente distribuídas na população e há grupos de pacientes, medicamentos e ambientes associados a riscos mais elevados (HÄRKÄNEN et al., 2021). Para construir sistemas mais seguros, sociedades científicas e agências de vigilância, estudos originais e relatos de caso possibilitam o conhecimento dos riscos possíveis e melhora no desempenho. Para prevenir erros de medicação e reduzir os riscos de danos, as organizações precisam de ferramentas para detectá-los (HÄRKÄNEN et al., 2021).

Qualquer sistema deve ser capaz de analisar erros e identificar oportunidades de melhoria da qualidade e mudanças no sistema (DURHAM; JANKIEWICZ, 2020). Os principais métodos para detectar eventos adversos são revisão de prontuários, monitoramento computadorizado, relatórios de incidentes e pesquisa de dados de sinistros. Os erros de medicação são detectados principalmente por meio de observação direta, relato voluntário (por médicos, farmacêuticos, enfermeiras, pacientes e outros) e revisão de prontuários (HOGAN et al., 2008).

O monitoramento do paciente, por meio de entrevistas, por meio de formulários estruturados, por correio, telefone ou visitas, ou por meio de questionários de satisfação e grupos focais, pode descobrir erros de medicação e eventos adversos associados em pacientes ambulatoriais (DURHAM; JANKIEWICZ, 2020). No futuro, o foco será em cuidados de longo prazo, cuidados primários e pacientes ambulatoriais.

O Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica (NICE) define a auditoria com

“um processo de melhoria de qualidade que busca melhorar o atendimento ao paciente e os resultados por meio de sistematização revisão do cuidado em relação a critérios explícitos e à implementação de mudanças”. A auditoria clínica geralmente analisa a ocorrência de eventos adversos ou críticos já relatados pela equipe multidisciplinar. As recomendações muitas vezes não são seguidas, pois não há um método sistemático. A visão dos usuários sobre a qualidade do atendimento, quando disponível pode também ser avaliada.

A auditoria também se caracteriza por uma atividade educativa pois ajuda na promoção de um atendimento de qualidade oferecendo uma estrutura sistemática para investigar e avaliar o trabalho dos profissionais de saúde e para introduzir e monitorar melhorias (PIERSON et al., 2007). A auditoria clínica deve ser uma forma objetiva de medir e monitorar a prática em relação a um conjunto de padrões e de detectar incompatibilidades entre a palavra e a prática real.

A auditoria não é um meio de medir resultados, mas uma forma de comparar o que se faz com o que as evidências de pesquisa indicam que deve ser feito em relação a um padrão de referência (SCHIFF, 2017). A auditoria permite a avaliação da adequação de decisões, serviços e resultados de saúde específicos (DURHAM; JANKIEWICZ, 2020).

A mudança é possível quando uma intervenção é bem projetada e a maioria das intervenções de qualidade que foram estudadas tiveram algum efeito (média de cerca de 10% para os alvos principais). No entanto, nenhum deles é superior para todas as alterações em todas as configurações. As intervenções que visam a obstáculos específicos à mudança parecem ser mais eficazes do que as que não o são.

Auditoria e feedback parecem ser eficazes quando visam a ordenação de testes e atividades preventivas, mas o tamanho do efeito pode ser modulado por feedback, dependendo de sua fonte, formato e frequência ou intensidade de apresentação. O feedback é recomendado em combinação com educação, visitas de extensão ou lembretes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevenção de erros de medicação depende do conhecimento epidemiológico, detecção de erros e melhorias no desempenho. A revisão de prontuários é o padrão ouro na detecção de eventos adversos relacionados a medicamentos e, no futuro, o monitoramento computadorizado será o método de captura dos eventos adversos antes que eles ocorram. Os relatórios revelam erros de medicação e a auditoria é uma ferramenta relativamente simples para avaliar o desempenho real e planejar ações corretivas para reduzir o risco de

erros de medicação. A mudança é possível quando uma intervenção é bem projetada.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Robson Tostes et al. Segurança no cuidado de enfermagem. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 3386-3393, 2018.

BRAGA, Aline Togni; MORAIS PENA, Mileide; MELLEIRO, Marta Maria. Métrica de indicadores assistenciais de hospitais certificados. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 12, n. 3, 2018.

COSTA, Diovane Ghignatti da et al. Análise do preparo e administração de medicamentos no contexto hospitalar com base no pensamento Lean. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 4, 2018.

DA SILVA, Mônica Vanessa Ochôa; CAREGNATO, Rita Catalina Aquino. Unidade de terapia intensiva: segurança e monitoramento de eventos adversos. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 13, 2019.

DE OLIVEIRA LESSA, Sara Rebeca et al. Prevalência e fatores associados para a ocorrência de eventos adversos no serviço de hemodiálise. **Texto & Contexto**, 2018.

DE VRIES, Eefje N. et al. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. **BMJ Quality & Safety**, v. 17, n. 3, p. 216-223, 2008.

DURHAM, Marianne L.; JANKIEWICZ, Ann. Detecting medication administration errors. **J. patient safety**, v. 15, n. 3, p. 181-183, 2019.

FASSARELLA, Cintia Silva et al. Profissionais mediadores da qualidade e segurança do paciente como estratégia para o cuidado seguro. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 21, p. 1-7, 2017.

HÄRKÄNEN, Marja et al. Factors related to medication administration incidents in England and Wales between 2007 and 2016: A retrospective trend analysis. **J. patient safety**, 2021.

HOGAN, Helen et al. What can we learn about patient safety from information sources within an acute hospital: a step on the ladder of integrated risk management? **BMJ Quality & Safety**, v. 17, n. 3, p. 209-215, 2008.

HUCKELS-BAUMGART, Saskia et al. Separate Medication Preparation Rooms Reduce Interruptions and Medication Errors in the Hospital Setting: A Prospective Observational Study. **J. patient safety**, 2016.

MENDES, Josiane Ribeiro et al. Types and frequency of errors in the preparation and administration of drugs. **Einstein (São Paulo)**, v. 16, n. 3, 2018.

MENEGUETI, Mayra Gonçalves et al. Erros no processo de medicação: proposta de uma estratégia educativa baseada nos erros notificados. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 2046-2055, 2017.

PENA, Mileide Moraes; MELLEIRO, Marta Maria. O método de análise de causa raiz para a investigação de eventos adversos. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 5297-5304, 2017.

PIERSON, Stephanie et al. Preventing medication errors in long-term care: results and evaluation of a large-scale web-based error reporting system. **BMJ Quality & Safety**, v. 16, n. 4, p. 297-302, 2007.

SCHIFF, Gordon D. Sick children crying for help: fostering adverse event reports. **PLoS medicine**, v. 14, n. 1, p. e1002216, 2017.

SILVA, Marcus Vinicius da Rocha Santos da et al. Cuidados na administração de medicamentos: as responsabilidades dos profissionais de enfermagem. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 950-958, 2017.

TAM, Ka Wae Tammy et al. Detection and prevention of medication misadventures in general practice. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 20, n. 3, p. 192-199, 2008.

TEVIS, Sarah E.; SCHMOCKER, Ryan K.; WETTERNECK, Tosha B. Adverse event reporting: harnessing residents to improve patient safety. **J. patient safety**, 2017.

SOBRE OS AUTORES:

AUTOR 1: Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Estácio de Sá (2007). Tem experiência na área de Enfermagem, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde do trabalhador e emergência. Graduando em Gestão Hospitalar da Faculdade Metropolitana São Carlos – FAMESC, Bom Jesus do Itabapoana, RJ. E-mail: leojaco1977@gmail.com

AUTOR 2: Possui graduação em Ciências Biológicas pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (2006); Graduação em Complementação pedagógica com habilitação em Biologia pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Espírito Santo (2016); mestrado em Biociências e Biotecnologia pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (2009) e doutorado em Biociências e Biotecnologia pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (2016). Atualmente é membro do comitê de ética animal - CEUA do Instituto Federal Fluminense. Atua como tutora presencial da Fundação Centro de Ciências e Educação Superior à Distância do Estado do RJ nos cursos de Licenciatura em Ciências Biológicas, nas disciplinas de Biologia Celular e Bioquímica e no curso de Administração Públicas na disciplina de Seminários em Gestão em Saúde Pública. É Avaliadora Institucional do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). Atualmente está na SubCoordenação de curso Bacharelado em Medicina da Faculdade Metropolitana São Carlos e como professoras no curso de Enfermagem, Biologia, Medicina e na Educação a Distância da Faculdade Metropolitana São Carlos. Graduando em Gestão Hospitalar Faculdade Metropolitana São Carlos – FAMESC, E-mail: bmagnelli@gmail.com