

## **A ENFERMAGEM COMO PROTAGONISTA DA REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE (REBRAENSP) – NÚCLEO VALES (RS): UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.**

Manuela Filter Allgayer<sup>1</sup> Maria Salette Sartori<sup>2</sup> Janine Koepf<sup>3</sup>

**Introdução:** Há algum tempo a mídia tem registrado em suas reportagens a ocorrência de eventos adversos - erros - em relação à assistência ao paciente que vem chocando a comunidade como um todo e principalmente alertando os profissionais de saúde para esse problema. A grande maioria desses acontecimentos está relacionada aos erros de medicação e aos procedimentos cirúrgicos, onde infelizmente, muitos acabam resultando na incapacidade permanente do paciente e até mesmo no óbito.<sup>1</sup> Os custos em relação a estes eventos também são elevados, nos Estados Unidos, os valores dos eventos adversos (na sua maioria evitáveis), variam de US\$ 17 a 29 bilhões por ano, o que vem chamando a atenção dos gestores de saúde. Inúmeros são os eventos adversos que os pacientes estão expostos quando buscam qualquer tipo de atendimento em saúde.<sup>2</sup> A enfermagem surge como protagonista e aliada na prevenção destes eventos que quando gerados contribuem para o aumento do tempo de hospitalização, maiores gastos financeiros além de propiciar danos físicos, psicológicos e sociais ao paciente. Com base nessa realidade e com a necessidade de melhorar a assistência prestada ao paciente surgiu a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente – REBRAENSP. Fazem parte da REBRAENSP – Núcleo Vales (RS) sete hospitais da região centro-serra do estado do Rio Grande do Sul (RS) e docentes e discentes do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Durante as reuniões realizadas pela REBRAENSP – Núcleo Vales foram eleitas as prioridades a serem desenvolvidas pelos hospitais de acordo com o Programa Nacional de Segurança do Paciente.<sup>3</sup> Dentre os seis protocolos estabelecidos como prioridades pelo Ministério da Saúde foi escolhido trabalhar primeiramente com o Protocolo de Medicação Correta. A escolha ocorreu em função de que muitos pacientes morrem decorrentes da administração inadequada de medicamentos, o que não é mencionado e muito menos mensurado de acordo com a realidade dos fatos.<sup>4</sup> Temos sim, uma sub-notificação desses eventos muitas vezes relacionados com a cultura da punição aos envolvidos. Esses eventos adversos - erros - em relação à medicação podem ter origem em qualquer fase do seu processo desde a prescrição, a preparação e a administração ao paciente.<sup>2</sup> Os estudos contendo dados brasileiros sobre esse assunto são poucos e evidenciam apenas a “Ponta do Iceberg” desse grande problema. A partir dessas contextualizações questionamos: Como fazer para garantir aos pacientes internados nos hospitais uma conduta medicamentosa segura? **Objetivo:** Encontrar formas que aumentam a segurança em relação à administração de medicamentos ao paciente com baixo custo operacional e de fácil aplicabilidade. **Descrição metodológica:** A REBRAENSP– Núcleo Vales (RS) reúne-se de

1. Acadêmica do Curso de Enfermagem. Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). E-mail: [manuelaallgayer@hotmail.com](mailto:manuelaallgayer@hotmail.com)
2. Enfermeira. Docente da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Departamento de Enfermagem e Odontologia. Coordenadora das Disciplinas de Enfermagem no Hospital Santa Cruz e Membro da REBRAENSP – Pólo Vales (RS)
3. Enfermeira. Docente da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Departamento de Enfermagem e Odontologia. Coordenadora da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) – Pólo Vales (RS).

forma voluntária para discutir e buscar alternativas coletivas para minimizar os eventos adversos relacionados à medicação, uma vez que a eliminação total desse evento é impossível em função do “fator humano”. A alternativa encontrada pelo grupo foi realizar reuniões coletivas que abordasse os casos ocorridos, primando sempre em não expor o paciente nem a instituição e abordando os relatos sob o enfoque da ética. Após as exposições ocorreu o levantamento de sugestões viáveis financeiramente e de fácil aplicabilidade para minimizar o máximo possível o evento adverso (erro), considerando sempre as diversidades das sete instituições hospitalares envolvidas. Os enfermeiros das instituições hospitalares envolvidas realizaram um levantamento dos processos de trabalho cercado todas as esferas envolvidas no processo da medicação desde a prescrição médica até a administração do medicamento. Durante esse levantamento cada hospital selecionou os seus pontos críticos. Após os relatos ocorrem as trocas de experiências e sugestões do grupo como um todo. **Resultados:** Com as contribuições coletivas foi elaborada uma lista de ações que podem ser adotadas por todos os envolvidos com um baixo custo operacional. A lista é composta das seguintes ações relacionadas à medicação: 1º. Verificação junto ao médico responsável pela prescrição efetuada a conferência das dosagens prescritas e vias de administração. Para os hospitais que não possuem a prescrição informatizada é necessário revisar a ortografia (se a mesma é legível) além das dosagens e via de administração e principalmente se a “folha carbonada” está legível; 2º. Na dispensação cada atendente de farmácia realiza a distribuição por unidade de atendimento, assim, é possível identificar se uma medicação de uso restrito foi prescrita incorretamente em função dos padrões de medicação utilizados na unidade; 3º Na dispensação adotou-se a dupla checagem, primeiro quem dispensa a medicação e por segundo a secretária de posto ou técnico de enfermagem quando recebe a medicação, ambos assinam o relatório de dispensação da farmácia; 4º Dispensação por turno de trabalho, ou seja, manhã, tarde e noite; 5º Unitarização por paciente das soluções como gotas, xaropes e pomadas; 6º Todas as medicações consideradas potencialmente perigosas são dispensadas em sacos de cor diferenciada e são também lacradas; 7º As medicações que são diluídas devem ser dispensadas com o seu diluente em Kits fechados; 8º Todas as instituições necessitam ter um protocolo de diluição “próprio” com as medicações utilizadas e padronizadas na mesma, o mesmo deve estar de fácil acesso e pesquisa para todos os profissionais da área; 9º As medicações que sobraem ao final do turno na gaveta do paciente devem ser devolvidas para a farmácia com justificativa; 10º No momento da internação do paciente é necessário que conste no prontuário a lista de medicações de uso contínuo do paciente; 11º Antes de manipular as medicações observar as condições assépticas; 12º Antes de administrar as medicações aplicar a escala dos “cinco certos” – paciente certo, medicação certa, dose certa, hora certa e via certa – no mínimo; 13º Elaboração de um instrumento que possibilite o registro para investigação de qualquer fator estranho que envolva as medicações como: cor,

1. Acadêmica do Curso de Enfermagem. Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). E-mail: [manuelaallgayer@hotmail.com](mailto:manuelaallgayer@hotmail.com)
2. Enfermeira. Docente da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Departamento de Enfermagem e Odontologia. Coordenadora das Disciplinas de Enfermagem no Hospital Santa Cruz e Membro da REBRAENSP – Pólo Vales (RS)
3. Enfermeira. Docente da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Departamento de Enfermagem e Odontologia. Coordenadora da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) – Pólo Vales (RS).

consistência, precipitação, reações alérgicas, entre outros. **Conclusão:** Sabemos que a lista acima é uma importante ferramenta para diminuirmos as chances de erros que envolvem o processo de medicação. É imprescindível que cada instituição olhe para si mesma e identifique os seus pontos críticos, às vezes a solução não envolve valores e sim organização.

**Implicações para a Enfermagem:** Os enfermeiros como protagonistas da assistência devem contribuir com sugestões de mudanças, pois afinal são eles que executam os processos e ninguém melhor do que eles que estão na “ponta” para identificar possíveis problemas e também soluções. A contribuição coletiva foi um grande passo na busca da melhoria das ações em saúde, durante os relatos que se sucederam nas reuniões foi possível identificar vários aspectos de construção coletiva em relação à Segurança do Paciente e a valorização de ações simples, mas efetivas para auxiliar a salvar vidas.

### Referências

1. REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE (Rebraensp). Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais de saúde. Porto Alegre. EDIPUCRS, 2013.
2. VICENT, Charles. Segurança do Paciente: orientações para evitar eventos adversos. São Caetano do Sul (SP) , Yendis Editora, 2009.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 2014.
4. WACHTER, Robert M. Compreendendo a segurança do paciente. 2 ed. Porto Alegre (RS), AMGH, 2013.

**Descritores:** enfermagem, segurança do paciente, medicação

**Eixo 1:** O Protagonismo no Cuidar

1. Acadêmica do Curso de Enfermagem. Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). E-mail: [manuelaallgayer@hotmail.com](mailto:manuelaallgayer@hotmail.com)
2. Enfermeira. Docente da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Departamento de Enfermagem e Odontologia. Coordenadora das Disciplinas de Enfermagem no Hospital Santa Cruz e Membro da REBRAENSP – Pólo Vales (RS)
3. Enfermeira. Docente da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Departamento de Enfermagem e Odontologia. Coordenadora da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) – Pólo Vales (RS).