



STAES19'

Seminário de Tecnologias Aplicadas em Educação e Saúde

A TECNOLOGIA A SERVIÇO DA SEGURANÇA DO PACIENTE: CHECAGEM DE MEDICAMENTO À BEIRA LEITO, UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ritacreia Berger Ribeiro¹, Gyuliana Santana Batista², Nathália Almeida Suzart³, Telma Maria Oliveira⁴, Maristela Silva Melo Santos⁵

Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Ciências da Vida – DCV, Brasil.



Figura 1. A pulseira e o carrinho utilizados para a “Checagem de medicamento à Beira Leito”.

Resumo

O objetivo deste artigo é elatar o uso da tecnologia para a promoção da Segurança do Paciente, através das práticas da equipe de enfermagem nas unidades de internação de um hospital de referência cardiológica em Salvador-BA. Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência que discorre acerca da vivência das graduandas de enfermagem da UNEB no componente Estágio Curricular II, no período de março a junho de 2019. O hospital de referência deste artigo, baseado no protocolo Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) do Ministério da Saúde (MS) e o uso da Tecnologia em Saúde, elaborou e implementou uma ferramenta de trabalho, baseado na Tecnologia

Dura, intitulada “Checagem de Medicamentos à Beira Leito”. A vivência com o uso da tecnologia dura durante o Estágio Curricular II, contribuiu significativamente para o aprendizado acadêmico, favorecendo a reflexão sobre a importância das práticas inovadoras nos processos assistenciais visando, principalmente, à segurança do paciente e atuando como uma ferramenta essencial para a minimização dos erros na assistência.

Palavras-chave: Tecnologia e Inovação em saúde; Segurança do Paciente; Cuidados de Enfermagem.

Contatos:



STAES19'

Seminário de Tecnologias Aplicadas em Educação e Saúde

1. Ritacreia Berger
Bergerbergerribeiro@gmail.com
2. Gyuliana Santana Batista
gyulibatista@gmail.com
3. Nathalia almeida
Suzartnathisuzart@gmail.com
4. Telma Maria Oliveira
tmoliveira2004@gmail.com
5. Maristela Silva Melo Santos
marys.melo@hotmail.com

1. Introdução

A tecnologia na área da saúde ao longo dos anos, desde a Primeira Guerra Mundial, tem contribuído com os benefícios e a agilidade contra as enfermidades e na melhoria da qualidade da assistência ofertada aos pacientes [Merhy e Onoko 2002]. Com a globalização mundial, a tecnologia tornou-se um processo de trabalho que influencia a vida diária das pessoas. E assim também acontece na área da saúde e da enfermagem, a tecnologia atuando tanto no contexto assistencial como no educacional [Lopes et al. 2009].

Viana [2011] define a tecnologia como algo simples e genérico, como saberes aplicados. Na saúde ele define que são saberes aplicados para a prevenção, o diagnóstico, o tratamento das enfermidades e na recuperação de suas consequências. Já Merhy [2002], define a Tecnologia em Saúde em três categorias: Tecnologia leve, Tecnologia leve-dura e Tecnologia dura.

As Tecnologias Leve são consideradas interpessoais, para a formação de vínculo e afetividade entre o profissional de saúde e o cliente, com a intenção de aproximação, criando novas tecnologias, promovendo à atuação do usuário no seu processo de saúde-doença e à participação na integralidade do seu cuidado, tratamento e cura, ou seja, ele se torna ator de seu cuidado, através da autonomia que é dada ao mesmo.

As Tecnologias Leve-dura são embasadas nas competências dos saberes, na estruturação onde operam os processos de trabalho como, por exemplo, os especialistas das clínicas médicas, saúde mental, a pediatria, os epidemiologistas, dentre outros. E por fim, as Tecnologias Duras são consideradas os equipamentos como os maquinários, os instrumentos, os regulamentos e os protocolos [Merhy 2002].

Sendo assim, a tecnologia é uma parte importante no processo de saúde-doença que agrega no cuidado, no tratamento e na reabilitação dos indivíduos. A assistência integral prestada ao cliente durante todo o seu período de hospitalização está inserida no processo de trabalho da equipe de enfermagem, assim como, a realização dos cuidados à beira do leito. É necessário que esta categoria acompanhe as inovações tecnológicas que contribuem para a melhoria da qualidade da assistência, como também, contribuem na transformação efetiva da prática do cuidar.

Assim, dada a relevância da Tecnologia atrelada ao setor de saúde e a atuação dos profissionais, em particular, a equipe de enfermagem, observa-se um desenvolvimento significativo para a área de Segurança do Paciente, contribuindo para a prevenção dos erros e na redução da ocorrência dos Eventos Adversos (EA). Segundo Gomes et al. [2017], esses EA podem acontecer durante a assistência ao cliente e que resultam em danos físico, social ou psicológico ao indivíduo.

O uso de medicações é intrínseco à prática hospitalar e os EA por medicamentos podem ocorrer desde a realização da prescrição médica, na dispensação do fármaco pela farmácia e administração da medicação ao paciente pelo profissional da enfermagem. Diversos fatores contribuem para a ocorrência do erro e voltando-se para a realidade da enfermagem, a sobrecarga de trabalho e os diversos fatores que auxiliam na distração do profissional durante o preparo e na administração da medicação podem levar ao dano [Pena et al. 2016].

Para Barbosa et al. [2014], a assistência à saúde prestada ao cliente isenta de erros é um desejo a ser atingido pelos profissionais e serviços de saúde. No entanto, danos ao cliente podem ocorrer exigindo destes profissionais o desenvolvimento de habilidades e competências para resolvê-los.

Diante desse contexto, foi instituído pelo Ministério da Saúde (MS) através da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), uma importante tecnologia aplicada para o cuidado do usuário que visa à qualificação da assistência nas Unidades de Saúde [Brasil 2013]. Sendo assim, objetivou-se neste artigo: relatar o uso da tecnologia dura para a promoção da Segurança do Paciente, através das práticas da equipe de enfermagem nas unidades de internação de um



STAES19'

Seminário de Tecnologias Aplicadas em Educação e Saúde

hospital filantrópico de grande porte no município de Salvador-BA.

2. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa descritiva tipo relato de experiência. Este relato de experiência discorre acerca da vivência das graduandas de enfermagem de uma Universidade Pública, sob a supervisão dos docentes e preceptorias das enfermeiras administrativas das unidades de internação de um hospital filantrópico de grande porte no município de Salvador, durante o Estágio Curricular II, no período de março a junho de 2019.

Quanto à pesquisa descritiva, o objetivo deste estudo é descrever a Tecnologia Dura incorporada na ferramenta de trabalho. De acordo com Gil [2010] a pesquisa descritiva é realizada com objetivos profissionais, tendo como finalidade identificar uma população ou fenômeno.

Para o embasamento teórico foi realizada uma pesquisa eletrônica através da base de dados intitulada Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com artigos que estivessem na íntegra, disponíveis gratuitamente e em língua portuguesa do Brasil.

Para o levantamento dos manuais e protocolo de Segurança do Paciente foram utilizados sites oficiais do Ministério da Saúde. Os artigos foram levantados na base de dado virtual BVS, os termos utilizados por meio dos Descritores em Ciências da Saúde (DECs) foram a “tecnologia e inovação em saúde”, “Segurança do Paciente” e “cuidados de enfermagem”. O intervalo de tempo da busca foi de 2000 a 2017. Justifica-se a escolha desse período devido o marco para as iniciativas de proteção e prevenção de Segurança do Paciente.

3. A Enfermagem, a Tecnologia e a Segurança do Paciente

Há tempos, Hipócrates (460 a 370 a.C.) afirmava em seu postulado *Primum non nocere*, cujo significado era primeiro não causar nenhum tipo de dano. No decorrer dos anos também apareceram outros importantes nomes da área da saúde e pesquisa que zelavam pela organização do cuidado, a criação de novas metodologias visando à qualidade da saúde, a

apreciação das instituições de saúde, baseadas em evidências científicas, por exemplo, Florence Nightingale, Ignaz Semmelweis, Ernest Codman, AvedisDonabedian, John E. Wennberg, Archibald Leman Cochrane, entre outros [Neuhauser 2003; Barr 1995; Roberts et al. 1987; Donabedian 1990; Wennberg 2010; Cochrane 1989].

A primícia do cuidado é a principal atribuição do enfermeiro. Brunner e Suddarth [2017] justificam que “as necessidades dos pacientes variam, dependendo de seus problemas, circunstâncias associadas e experiências progressas”.

Para Cecílio e Merhy [2003]:

O cuidado de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente, é somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital. Assim, uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, compõe o que entendemos como cuidado em saúde.

Segundo Lorenzetti et al. [2012], o setor da saúde está diretamente influenciado pelo desenvolvimento científico e tecnológico, caracterizado pelos grandes investimentos e inovações tecnológicas, em busca da cura de doenças e do prolongamento da vida. Esses avanços são significativos para os bens materiais que visam à terapêutica, os diagnósticos e a manutenção da vida fazendo uso de produtos da informática e novos equipamentos, porém, menos desenvolvido no aspecto não material, como, a organização e as relações de trabalho.

Com os avanços tecnológicos na área da saúde, a enfermagem moderna veio com a inquietação acerca dos erros nas práticas assistenciais, e junto a mesma, surgiu o crescimento da bioética, com o olhar voltado para a reflexão sobre o ser humano para ser visto em sua totalidade, incluindo a segurança do paciente quando prestado assistência pelo profissional de saúde [Fonseca 2017].

O crescimento na incorporação de tecnologias na assistência à saúde ocorre através da inevitável e constante busca na melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados diretamente ao cliente, uma vez que a mesma tem sido relacionada aos mecanismos de fomento a sustentabilidade de recursos, cultura do



STAES19'

Seminário de Tecnologias Aplicadas em Educação e Saúde

cuidado, e minimização dos riscos inerentes ao processo assistencial [Silva et al. 2016].

A Segurança do Paciente emerge no que diz respeito a estar livre de “danos acidentais do cuidado e do sistema”. Possui um objetivo comum, com elementos interdependentes, sendo que a mesma não está alocada em uma única pessoa, serviço ou equipamento, e sim na interação desses elementos, junto à análise e compreensão do processo instaurado no cuidado [OMS 2009].

Os erros advindos da assistência ao paciente são denominados eventos adversos, que por sua vez são erros não intencionais, e que não estão relacionadas à patologia de base, mas acarretam de forma negativa não só o paciente afetado, mas sua família, os profissionais envolvidos no cuidado, a instituição e a sociedade, podendo levar a prolongação de sua internação e o óbito [Mendes et al. 2012].

Silva et al. [2016] destacam que os EA são incidentes passíveis que impactam na qualidade de vida do cliente, nos profissionais gerando estresse ocupacional e nas instituições de saúde. E ressalta que a equipe de enfermagem por estar responsável pela maioria das ações assistenciais poderá detectar precocemente determinados riscos e adotar medidas para evitar ou minimizar os danos.

Nesse contexto, o Programa Nacional de Segurança do Pacientes (PNSP) surge como uma importantetecnologia para o cuidado do usuário, instituída pelo Ministério da Saúde (MS), que constitui uma tecnologia leve-dura, na qual são determinados protocolos que objetivam a qualificação do cuidado em todas as instituições de Saúde do território nacional sejam públicos ou privados [Brasil 2013].

Este Programa tem como principais objetivos: promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente; envolver o paciente e os familiares nas ações de segurança; difundir o conhecimento sobre segurança; além de fomentar o ensino de segurança do paciente no ensino técnico e de graduação [Brasil 2013].

Os protocolos básicos estabelecidos são: a prática de higiene das mãos em estabelecimentos de Saúde; cirurgia segura; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; comunicação no

ambiente dos estabelecimentos de Saúde; prevenção de quedas e úlceras por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado; melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; identificação de pacientes e o uso seguro de equipamentos e materiais [Brasil 2013].

O marco para as iniciativas de proteção e prevenção de Segurança do paciente ocorreu em 1999, junto ao movimento mundial em uma publicação de um relatório referente aos erros da assistência de saúde, intitulado: **Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro** [Brasil 2011].

3.1 Checagem de medicamento à beira leito e o Protocolo de Segurança, na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) salienta a obrigatoriedade de ser aplicado o protocolo de segurança na prescrição em todo estabelecimento que presta cuidado de saúde, em todos os níveis de atenção, seja ele profilático, para realização de exames, tratamento ou paliativo [Brasil 2010a].

O erro na administração de medicamentos é caracterizado por qualquer evento evitável, que potencialmente pode lesar o paciente. O erro pode está relacionado a prática profissional e problemas de comunicação, incluindo prescrição, rótulo, embalagem, ambiguidade de nome, preparação, dispensação, distribuição, administração, monitoramento e uso inadequado [Brasil 2010a].

Um estudo realizado nas clínicas médicas de cinco Hospitais Universitários brasileiros revelou que 30.3% dos eventos adversos às medicações ocorreram durante a administração, com uma estatística significativa para os fármacos administrados pela via parenteral (48.5%) e oral (41.8%). Os autores ressaltam a importância na identificação sistêmica dos fatores que favorecem o erro, na melhoria dos sistemas hospitalares e na implementação de barreiras durante as etapas, destacando o processo de prescrição e administração [Reis et al. 2010].

Outro estudo realizado em uma unidade de clínica médica de um hospital universitário brasileiro e público analisou as causas raízes de 74 erros de medicação ocorridos na administração de 70 doses. Os erros de dose eram os mais frequentes (24.3%), sendo administrada uma dose maior ou menor que a prescrita



STAES19'

Seminário de Tecnologias Aplicadas em Educação e Saúde

e destes, 50% relacionavam-se à administração do dobro da dose. Em seguida, estão os erros de horário (22.9%), onde a administração da medicação acontecia com uma hora de antecedência ou atraso do horário previsto. Durante a observação do preparo das medicações pelos profissionais de enfermagem, os pesquisadores constataram que 84.3% eram auxiliares de enfermagem e 14.3% técnicos de enfermagem, inferindo à falta de supervisão pelos enfermeiros da unidade [Teixeira e Cassiani 2010].

O enfermeiro não é o responsável pela prescrição do medicamento, mas deve conhecer os aspectos legais e as fases envolvidas em sua administração, para que a mesma seja feita com segurança e eficiência. O profissional deve conhecer sua ação, via de administração, reações adversas, interação medicamentosa, dose máxima, além da técnica e conhecimento do cliente, a fim de prevenir os erros [Miasso e Cassiani 2000].

Vale salientar a existência da cultura punitiva ao profissional de saúde após a detecção do evento adverso à medicação, exercida pela instituição de saúde e sociedade [Teixeira e Cassiani 2010]. Tal fato é demonstrado por Franco et al. [2010], num estudo realizado em um hospital de médio porte brasileiro com 52 profissionais de enfermagem. Deste total de profissionais, 43% relataram a não notificação do erro e 33% afirmaram que não presenciaram nenhum tipo de erro durante a prática. Esta subnotificação elevada pode estar associada ao medo do profissional em sofrer punição, humilhação perante os colegas de trabalho, a demissão, além de processos judiciais [Teixeira e Cassiani 2010; Franco et al. 2010].

No ambiente hospitalar, uma das responsabilidades mais importante dos profissionais de enfermagem é garantir aos seus clientes um cuidar livre de imprudência, negligência ou imperícia. Em suas funções a mais evidente é a administração de medicamento, que quando feita sem exatidão, pode ocasionar consequências danosas ao paciente podendo levar a morte, instituição e profissional [Silva et al. 2015].

O uso da tecnologia dura na checagem beira à leito segue as orientações do Protocolo de Segurança, na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos do Ministério da Saúde [Brasil 2010a]. Este protocolo orienta as três fases interligadas para mitigar os erros na administração de medicamentos, que são: 1.

Prescrição de medicamentos; 2. Dispensação de Medicamentos e 3. Administração de medicamentos.

A prescrição de medicamentos não deve ser realizada por solicitação verbal, à carbonada não é indicada, sendo a informatizada preferencial. Para que seja uma prescrição segura deverá ter a identificação: do paciente, do prescritor, da instituição e a data. A legibilidade é necessária, bem como, o uso de abreviaturas devem ser evitados. A denominação dos medicamentos deverá ser padronizada respeitando os nomes comumente utilizados no Brasil e os fitoterápicos deverão seguir as orientações da Denominação Comum Brasileira de Fitoterápicos [Brasil 2010a].

Devendo ser utilizada a letra maiúscula ou em negrito na parte que diferencia as medicações de nomes similares. Para a identificação das doses deve ser adotado o Sistema Métrico, não fazendo uso de medidas não métricas (colher, ampola, frasco). A forma farmacêutica (ampola, frasco, comprimidos e outros) deve ser acompanhada das informações que garantirão a dispensação e a administração segura [Brasil 2010a].

É imprescindível que na prescrição estejam destacadas as alergias do paciente, a duração do tratamento, a posologia, a diluição, a velocidade de infusão e a via de administração, possibilitando desta forma a dispensação e a administração correta dos fármacos [Brasil 2010a].

A distribuição dos medicamentos pode ser classificada em: coletiva, individualizada, mista, dose unitária e sistema automatizado. Dentre estas, a mais indicada é a forma individualizada. Para garantir maior segurança nesta dispensação é necessário um conjunto de fatores enfatizando a necessidade da existência de um procedimento operacional padrão que defina o fluxo de entrega e recebimento dos medicamentos nas unidades de internação hospitalares [Brasil 2010a].

A prática segura na administração do medicamento requer conhecimento científico, habilidade, competências éticas e legais, além do planejamento das ações. Sendo diretamente ligada a terceira fase, o sistema de checagem beira leito, que depende das duas anteriores para o seu êxito. Ao mesmo tempo que intervém em possíveis erros provenientes das fases anteriores, o que imputa ao profissional de enfermagem uma responsabilidade maior. Para verificação segura da administração de medicamentos



STAES19'

Seminário de Tecnologias Aplicadas em Educação e Saúde

o profissional deve seguir os 9 certos (Paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa), o que não assegura a falta de erros, mas os reduz [Malcom e Yisi 2010]. O sistema de checagem à beira leito garante 4 destes itens: paciente certo, medicamento certo, hora certa e registro certo; sabendo que os outros cinco certos dependem, também, de tecnologia leve.

4. Resultados

Desse modo o referido hospital de acordo com as normas, os protocolos de Segurança do Paciente e respaldo legal ao trabalho da equipe multiprofissional, especialmente a equipe de enfermagem que está na ponta da administração do medicamento, implantou em todas as suas unidades de saúde, através da Tecnologia dura, a “Checagem de Medicamento à Beira Leito” com o seguinte fluxo:

1. Inicia com a admissão do paciente, o diagnóstico médico, internamento, dentre outros protocolos e rotinas do hospital. O cliente, então, recebe a pulseira de identificação, que está contida no Protocolo de Segurança do Paciente. Assim, a pulseira é colocada no paciente pelos profissionais do setor administrativo ou pela equipe de enfermagem em seu membro superior (antebraço) ou inferior (porção final da perna) de acordo com os riscos inerentes à sua patologia, idade, entre outros fatores.

2. Após ser admitido na unidade de saúde, a equipe de enfermagem recebe esse paciente e realiza a Sistematização da Assistência de Enfermagem. O médico prescreve as medicações de uso do paciente e as necessárias para o seu tratamento, através do Sistema de Informação do Hospital.

3. Em seguida, a prescrição é validada, e vista pelo enfermeiro via Sistema de Informação Hospitalar que realiza o aprazamento. Essa etapa do processo é de suma importância para não haver eventos adversos, interação medicamentosa, ou potencialização dos efeitos desejados para a medicação. A prescrição aprazada é enviada para o Sistema de Informação da Farmácia do Hospital, para que a medicação seja dispensada conforme a prescrição médica.

4. A dispensação das medicações pela farmácia é feita a cada 2 horas que antecede o horário da administração. O lote de medicações é entregue, pelo

auxiliar administrativo do setor devidamente identificado, recebido e checado individualmente pelo técnico de enfermagem, exceto quando a medicação é de alto risco ou controlada, nestes casos devem ser recebidas e checadas pelo enfermeiro assistencial. O serviço de checagem ocorre com o código da etiqueta do medicamento e o nome do paciente, sendo confirmada pelo profissional e em seguida bipada pelo QRcode do crachá dos dois profissionais. As medicações são identificadas com as seguintes disposições:

- a) Vermelha (alto risco);
- b) Amarela (controlados);
- c) Azul (termolábeis);
- d) Branca (as medicações com menos complexidade e de uso contínuo do paciente).

Após todo este procedimento a medicação é distribuída aos técnicos de enfermagem. As medicações controladas são acondicionadas numa gaveta específica que permanece trancada. As demais medicações são colocadas nos carrinhos, preparadas e administradas à beira leito, juntamente com outros instrumentos de trabalho, sob a responsabilidade dos técnicos de enfermagem.

6. Cada carrinho contém seis gavetas que são identificadas com etiquetas contendo o nome completo dos pacientes, data de nascimento e o leito no qual estão alocados, sendo os dois primeiros, os principais descritores para confirmação do usuário. Além disso, estão equipados com computador, leitor de etiquetas, caixa de perfuro-cortante, almotolia de álcool gel, estetoscópio, tensiômetro, termômetro, oxímetro, entre outros materiais de uso da enfermagem.

7. O técnico de enfermagem se desloca para a enfermaria e o leito no qual o paciente está internado, inicia o preparo da medicação à “Beira Leito” para ser administrada, se aproxima do paciente, com o leitor de código de barra que fica acoplado ao carrinho de trabalho, realiza a leitura da pulseira do paciente que possui um código de barra, em seguida, a leitura da medicação que também está identificada com código de barra e confirma o nome, a medicação, o horário, a dose e a via de administração. Desta forma, minimizando o risco de medicações erradas serem administradas no paciente incorreto, devido o registro



STAES19'

Seminário de Tecnologias Aplicadas em Educação e Saúde

em sistema com os dados do paciente que o profissional preenche ao ser internado no hospital. Os medicamentos de alto risco e os controlados são preparados e administrados em dupla checagem, ou seja, por dois profissionais.

8. Para os pacientes que se encontram em precauções de contato, aerossóis ou gotículas, é utilizado o “Palmer”, um aparelho manual para a validação na administração de medicação e de exames laboratoriais, para que não ocorra a transmissão cruzada de infecções e bactérias para outros pacientes, minimizando assim as infecções relacionadas à assistência à saúde, vindo de objetos inanimados. Vale ressaltar que a higienização desse instrumento é realizada com a solução de oxivir (em forma de lenços umedecidos), que tem como princípio ativo o peróxido de hidrogênio, o qual é preconizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), na desinfecção de artigos hospitalares [Brasil 2010b].

Com isto, o referido hospital, juntamente com os profissionais de saúde, especialmente a equipe de enfermagem, corrobora para cumprir com a Segurança do Paciente, principal objetivo do PNSP e com o “ator” primordial desse processo de cuidar, o cliente/paciente. Possibilitando através de consultas ou relatórios, extrair informações referentes à administração realizada, de acordo com a prescrição médica, demonstrando horário de administração e qual o profissional que realizou. É possível também verificar medicamentos que não foram administrados, gerando dados para a construção do indicador Taxas de Erros na Administração de Medicamentos.

9. Checagem do medicamento após a administração, sendo registrado qualquer intercorrência ou justificativa caso o medicamento não seja administrado ao paciente (Como apresentado na figura 2, o fluxograma da checagem de medicamento à beira leito).

Figura 2 Fluxo da checagem de medicamento à Beira Leito.



Fonte: elaboradopelasautoras

5. Conclusão

Atualmente, o uso da tecnologia é um processo inerente à sobrevivência humana, visto que a mesma auxilia em inúmeros processos de melhoria, agilidade do trabalho, e minimização de eventos adversos pelo gerenciamento de riscos.

Portanto, enquanto graduandas de enfermagem e futuras profissionais de saúde, a vivência com o uso da tecnologia dura atrelada à Segurança do Paciente durante o Estágio Supervisionado II, contribuiu significativamente para o aprendizado acadêmico, favorecendo a reflexão sobre a importância das práticas inovadoras nos processos assistenciais que atuam como uma ferramenta essencial para a minimização dos erros na assistência.

Verificou-se também que estas inovações além de contribuírem para a implantação de novas práticas, poderão transformar o cuidado ofertado ao cliente, minimizando a ocorrência de eventos adversos, otimizando a sua segurança, e oferecendo respaldo legal ao profissional de saúde que prepara e administra as medicações, assim como, no gerenciamento do cuidado prestado ao seu cliente, principalmente sobre a equipe de enfermagem que têm como ciência o cuidar.



STAES19'

Seminário de Tecnologias Aplicadas em Educação e Saúde

Agradecimentos

As autoras gostariam de agradecer as docentes Telma Maria Oliveira e Sandra Portella do Estágio Curricular Supervisionado II da Universidade do Estado da Bahia, pela orientação, apoio e gentileza na instrução de forma crítica e criativa, que facilitou o alcance dos objetivos propostos neste projeto.

À todos os profissionais de saúde, especialmente a equipe de enfermagem das Unidades de Internação do Hospital em Pauta que nos acolheram durante todo o período de estágio supervisionado hospitalar.

Referências

BARBOSA, TP., OLIVEIRA, GA., LOPES, MN., POLETTI, NA., BECCARIA, LM. Práticas assistenciais para segurança do paciente em unidade de terapia intensiva. 2014. *Acta Paul Enferm.* 27(3):243-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n3/1982-0194-ape-027-003-0243.pdf>. [Acesso 09 julho 2019]

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 529, de 1 de abril.** 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. [Acesso 18 abril 2019]

BRASIL, 2010a. Ministério da Saúde. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária: Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.** Brasília, 2010. Brasília, 2010. [Acesso 22 junho 2019]

BRASIL. 2010b. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies** Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>. [Acesso 09 julho 2019].

BRASIL. 2011 Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Gerenciamento de riscos.** Brasília: ANVISA. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/272031/Boletim+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+e+Qualidade+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde+n%C2%BA+01+Jan-Jul+de+2011/aa36fe6e-f5d5-46ae-9eb6-e93af520fafc>. [Acesso 09 jul. 2019].

BRUNNER; SUDDARTH. 2017. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica* Editores Suzanne C. Smeltzer et al. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E.E. 2003. **Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar.** Campinas, Disponível em: <http://www.hc.ufmg.br/gids/anexos/Integralidade.pdf> >. [Acesso 18 abril 2019]

FONSECA, I. A. 2017. **Segurança do paciente no contexto da graduação em enfermagem: um dilema entre o teórico e prático pesquisa qualitativa – convergente assistencial.** Niterói, 2017. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/biblio-883317>. [Acesso 25 junho 2019]

GOMES A.T.L., SALVADOR P.T.C.O., RODRIGUES C.C.F.M., SILVA M.F., FERREIRA L.L., SANTOS V.E.P. 2017. Patient safety in nursing paths in Brazil. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017;70(1):139-46. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0139>. [Acesso 25 junho 2019]

LOPES E.M., PINHEIRO A.K.B., PINHEIRO P.N.C., VIEIRA N.F.C. 2009. Technology and nursing practice — a bibliographical research. *Online Braz J Nurs.* ; 8(1). Disponível: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.1883>. [Acesso 25 maio 2019]

LORENZETTI J., TRINDADE, L.L., PIRES, D.E.P., Flávia Regina Souza RAMOS, F.R.S. 2012. Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2012 Abr-Jun; 21(2): 432-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a23v21n2.pdf>. [Acesso 24 junho 2019]

MALCOM, E., YISI L. The nine rights of medication administration: an overview. *Br J Nursing London* [Internet]. 2010 [cited 2015 Apr 17]; 19(5): 300-05. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20335899>. [Acesso 09 julho 2019]

MENDES, W., PAVÃO, A.L.B., MARTINS, M., MOURA, M.L.O., TRAVASSOS, C. 2013. Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. 2013 *Revista da Associação Médica Brasileira* [Internet]. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0104423013001425?via%3Dihub>. [Acesso 25 junho 2019].



STAES19'

Seminário de Tecnologias Aplicadas em Educação e Saúde

- MERHY E.E. 2002 **Em busca de ferramentas analisadoras das Tecnologias em Saúde:** a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY E.E, ONOKO, R, organizadores. **Agir em Saúde: um desafio para o público.** 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 113 - 150. disponível em: <http://www.uece.br/eduece/dmdocuments>. [Acesso 21 abril 2019]
- MERHY, E. E. 2002. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/23.pdf>. [Acesso 18 abril 2019]
- MIASSO, A. I.; CASSIANI, S. H. B. 2000. Erros na administração de medicamentos: divulgação de conhecimentos e identificação do paciente como aspectos relevantes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [internet]. Vol.34 n.1 São Paulo, Março 2000. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342000000100003> . [Acesso em 09 julho 2019]
- OMS - Organização Mundial da Saúde. 2009. **Final Report for The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety.** V. 1.1. 2009. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf. [Acesso 25 junho 2019]
- PENA, MM., BRAGA, AT., MEIRELES, ES., VASSAO, LGC., MELLEIRO, MM. Mapeamento de erros de medicação. 2016. **Revenferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2016; 24(3):e7095. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/7095/19212>. [Acesso 09 julho 2019]
- REIS, AMM., MARQUES, TC., OPITZ, SP., SILVA, AEBC., GIMENES, FRE., TEIXEIRA, TCA., LIMA, REF., CASSIANI, SHB. Errors in medicine administration – profile of medicines: knowing and preventing. 2010. **Acta Paul Enferm.**23(2):181-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/05.pdf>. [Acesso 09 julho 2019]
- SILVA, A. C. A.. et al. 2016. A segurança do paciente em âmbito hospitalar: Revisão integrativa da literatura. **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 21. Universidade Federal do Paraná. Paraná, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/37763/pdf>. [Acesso 22 junho 2019]
- SILVA, A. T., ALVES, M. G., SANCHES, R. S., TERRA, F. S., RESCK, Z. M. R. 2016. Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 292-301, OUT-DEZ 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n111/0103-1104-sdeb-40-111-0292.pdf>. [Acesso 24 junho 2019]
- SILVA, M. V. R. S., BRANCO, T. B., FILHA, F. S. S. C. 2015. Administração de medicamentos: erros e responsabilidades dos profissionais. **Revista Ciências e Saberes**. 2015 Out-Dez; ISSN: 9912152-55. Maranhão, 2015. Disponível em: <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/44/29> . [Acesso 09 julho 2019].
- TEIXEIRA, TCA., CASSIANI, SHDB. Análise de causa raiz: avaliação de erros de medicação em um Hospital Universitário. 2010. **RevEscEnferm USP**; 44(1):139-46. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reecusp/v44n1/a20v44n1.pdf>. [Acesso 09 julho 2019]
- VIANA, A. L. D. et al. 2001. Saúde, desenvolvimento e inovação tecnológica: nova perspectiva de abordagem e de investigação. **Lua Nova**, v. 83, p. 41-77. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ln/n83/a03n83.pdf>. [Acesso 17 junho 2019]