



**INSTITUTO SUPERIOR INTERAMERICANO DE CIENCIAS SOCIALES
FACULTAD INTERAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**

ANNE SERPA DAMASCENO

**A FORMAÇÃO ACADÊMICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E OS
ERROS NO PROCESSO DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO EM
PACIENTES DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE PERNAMBUCO.**

Assunção

2019

ANNE SERPA DAMASCENO

**A FORMAÇÃO ACADÊMICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E OS
ERROS NO PROCESSO DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO EM
PACIENTES DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE PERNAMBUCO.**

**Dissertação Apresentada à Banca
Examinadora da Facultad Interamericana
de Ciencias Sociales para obtenção do
título de Mestra em Ciências da Educação.**

**Orientadora: Prof.^a Dra. Edlucia Dalva Lira
Turiano**

Assunção

2019



**INSTITUTO SUPERIOR INTERAMERICANO DE CIENCIAS SOCIALES
FACULTAD INTERAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES**

**A COMISSÃO ABAIXO ASSINADA APROVA A DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
ELABORADA POR ANNE SERPA DAMASCENO INTITULADA:
A FORMAÇÃO ACADÊMICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E OS
ERROS NO PROCESSO DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO EM
PACIENTES DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE PERNAMBUCO
COMO REQUISITO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRA EM CIÊNCIAS
DA EDUCAÇÃO E TENDO COMO ÁREA DE CONCENTRAÇÃO
EDUCAÇÃO E SAÚDE.**

Dissertação aprovada em ____ / ____ / ____

Orientador

COMISSÃO EXAMINADORA

Examinador (a)

Examinador (a)

Examinador (a)

Assunção

2019

Aos meus pais, irmão e esposo que me apoiaram nesta importante etapa e não mediram esforços para que eu chegasse até aqui.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus, pela saúde, força e coragem durante esta caminhada;

Agradeço a professora Jedida pela paciência, orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão desse mestrado;

A minha família por acreditar em mim, pelo cuidado, dedicação e presença na minha vida;

Ao meu esposo, Hugo Castro, pessoa que amo e escolhi para partilhar minha vida. Ao seu lado tudo fica menos complexo e mais fácil;

Enfim, agradeço a todos que fizeram parte desta etapa decisiva da minha vida.

“Os erros devem ser meios de novos aprendizados”

Anne Serpa

RESUMO

A administração de medicamentos é uma das atividades mais importantes realizada pela equipe de enfermagem e se ajusta em várias ordens de cuidados prestados no tratamento de doenças. Estratégias podem ser utilizadas e devem ser divulgadas para minimizar a ocorrência de erros. Este estudo teve como objetivo identificar o conhecimento produzido a respeito dos erros na administração de medicamentos pelos profissionais de enfermagem. A apresentação dos resultados e discussão dos dados obtidos foi feita de forma descritiva, possibilitando ao leitor a avaliação da aplicabilidade da revisão bibliográfica sobre a temática em estudo. As ações de segurança devem ser multidisciplinares. É preciso incentivar os profissionais de saúde sejam médicos, enfermeiros, farmacêuticos e técnicos de enfermagem a agirem de forma honesta, educá-los no sentido de adotar providências na ocorrência de um erro, sem temer punições, e se engajar no intuito de obter uma prática segura na administração de medicamentos aos clientes. É necessário o envolvimento do profissional no ambiente de trabalho para evitar os erros de medicação. Ainda é pequeno o número de bibliografias que enfoca o tema erros de medicação, principalmente no que diz respeito à educação permanente. Nesse contexto, o conhecimento da formação acadêmica nesta área pode ser um ótimo suporte para o fortalecimento e aprimoramento dessas ações.

Palavras-Chave: Profissionais de enfermagem. Erros na administração de medicamento. Formação Acadêmica.

RESUMEN

La administración de medicamentos es una de las actividades más importantes realizadas por el equipo de enfermería y se ajusta en varias órdenes de cuidados prestados en el tratamiento de enfermedades. Las estrategias pueden ser utilizadas y deben ser divulgadas para minimizar la ocurrencia de errores. Este estudio tuvo como objetivo identificar el conocimiento producido sobre los errores en la administración de medicamentos por los profesionales de enfermería. La presentación de los resultados y discusión de los datos obtenidos fue hecha de forma descriptiva, posibilitando al lector la evaluación de la aplicabilidad de la revisión bibliográfica sobre la temática en estudio. Las acciones de seguridad deben ser multidisciplinarias. Es necesario animar a los profesionales de la salud a ser médicos, enfermeros, farmacéuticos y técnicos de enfermería a actuar de forma honesta, educarlos en el sentido de adoptar providencias en la ocurrencia de un error, sin temer castigos, y comprometerse con el fin de obtener una práctica segura en la administración de medicamentos a los clientes. Es necesario la participación del profesional en el ambiente de trabajo para evitar los errores de medicación. Aún es pequeño el número de bibliografías que enfoca el tema errores de medicación, principalmente en lo que se refiere a la educación permanente. En este contexto, el conocimiento de la formación académica en esta área puede ser un óptimo apoyo para el fortalecimiento y perfeccionamiento de esas acciones.

Palabras clave: Profesionales de enfermería. Errores en la administración de medicamentos. Formación académica.

ABSTRACT

The administration of medication is one of the most important activities performed by the nursing team and adjusts to various orders of care provided in the treatment of diseases. Strategies can be used and should be disclosed to minimize the occurrence of errors. This study aimed to identify the knowledge produced about errors in medication administration by nursing professionals. The presentation of the results and discussion of the data obtained was done in a descriptive way, allowing the reader to evaluate the applicability of the bibliographic review on the subject under study. Security actions should be multidisciplinary. It is necessary to encourage health professionals to be honest physicians, nurses, pharmacists and technicians, to educate them to take action in the event of an error, without fear of punishment, and to engage in order to obtain a practice safe administration of medicines to clients. It is necessary to involve the professional in the workplace to avoid medication errors. There is still a small number of bibliographies that focus on the topic of medication errors, especially with regard to continuing education. In this context, the knowledge of the academic formation in this area can be a great support for the strengthening and improvement of these actions.

Keywords: Nursing professionals. Errors in medication administration. Academic training.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Regiões Brasileiras	52
Figura 02 – Bonecos de Olinda	54
Figura 03 – Interior do Teatro Santa Isabel	56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Causas do Erro Humano	21
Tabela 2 – Tipos de Erro	23

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Sexo	60
Gráfico 02 – Idade	60
Gráfico 03 – Possui mais de um vínculo empregatício?	61
Gráfico 04 – Qual função exerce neste hospital?	61
Gráfico 05 – Seu vínculo neste hospital é estatutário?	62
Gráfico 06 – Estado Civil	62
Gráfico 07 – Há quanto tempo está trabalhando neste hospital?	63
Gráfico 08 – Já aconteceu de você administrar de forma errada um medicamento?	63
Gráfico 09 – Quando acontece um erro de medicação, a quem você culpabiliza?	64
Gráfico 10 – O que falta nos profissionais de saúde para que não haja uma incidência grande de erros na medicação do paciente?	65
Gráfico 11 – Qual a sua formação acadêmica? (Enfermeiros)	66
Gráfico 12 – Qual a sua formação acadêmica? (Técnicos em Enfermagem)	66
Gráfico 13 – Durante todos os cursos feitos por vocês, “Erro na Administração de Medicamento” foi temática de abordagem para estudo?	67
Gráfico 14 – Você acha “normal” acontecer erros na administração de medicamentos?	68
Gráfico 15 – Todos os casos de erros de administração de medicamentos são registrados no Livro de Ocorrências da Unidade Hospitalar?	69

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	14
1.1 – Linha de Pesquisa	14
1.2 – Tema	14
1.3 – Problema da Pesquisa	15
1.4 – Justificativa	16
1.5 – Hipóteses	17
1.6 – Objetivos	17
1.6.1 – Geral	17
1.6.2 – Específicos	17
2 – MARCO TEÓRICO	19
2.1 – Segurança do Paciente	19
2.2 – Erro Humano	20
2.2.1 – Princípios Básicos do Erro Humano	21
2.2.2 – Tipos de erro	22
2.2.2.1 – Desempenho Humano	22
2.2.2.2 – Tipos de Erro	23
2.3 – Eventos Adversos Relacionados a Medicamentos	23
2.4 – O Preparo e a Administração de Medicamentos	27
2.5 – A Estrutura e Processos Para o Preparo e a Administração de Injetáveis	30
2.6 – Preparo e Administração de Medicamentos por Cateteres de Nutrição: Mais um Desafio.	32
2.7 – Erros de medicação	34
2.7.1 – Erros de Preparo de Medicamentos	35
2.7.2 – Erro de Administração	36
2.8 – Formação Acadêmica dos Profissionais de Enfermagem	38
2.8.1 – Formação Acadêmica do Enfermeiro	38
2.8.2 – Demais Áreas da Enfermagem e suas Respektivas Formações	41
2.9 – Ementa das Disciplinas do Curso de Bacharelado em Enfermagem	42
3 – METODOLOGIA	51
3.1 – Área de Estudo	51

3.1.1 – Brasil	51
3.1.2 – Pernambuco	53
3.1.3 – Recife	54
3.1.4 – Lócus da Pesquisa – Hospital Público de Pernambuco	56
3.2 – Tipos de Pesquisa	57
3.2.1 – Qualitativa	57
3.2.2 – Quantitativa	57
3.2.3 – Pesquisa Quali quantitativa	57
3.3 – Tipo de Pesquisa Utilizado	57
3.4 – Instrumentos de Coleta e Dados	57
3.4.1 – Observação	58
3.4.2 – Entrevista	58
3.4.3 – Questionário	59
3.5 – Instrumento Utilizado	59
3.6 – Sujeitos da Pesquisa	59
4 – ANÁLISE DOS DADOS	60
4.1 – Perfil dos Profissionais Entrevistados	60
4.2 – Respostas das Perguntas Específicas	63
CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
ANEXOS	80
Anexo I – Lei nº 13.236, de 29 de dezembro de 2015.	81
Anexo II – Lei nº 13.235, de 29 de dezembro de 2015.	83
Anexo III – Código de ética dos profissionais de enfermagem	85

1 – INTRODUÇÃO

1.1 – Linha de Pesquisa

Educação e Saúde

Estuda a Promoção da Saúde como um dos elementos que compõe a prática da integralidade, operando com as dimensões objetivas e subjetivas de produção do cuidado.

A inserção e permanência de usuários em programas para a promoção de estilos de vida saudável, com ênfase na atividade física e na nutrição, considerando as diferenças de modos de vida, de inserção social, de cultura, hábitos, como requisito para a autonomia e o cuidado de si.

Estudos de integralidade em saúde com foco no desenvolvimento de novas tecnologias, práticas e políticas na promoção da saúde.

1.2 – Tema

Erro no Processo de Administração de Medicação

A qualidade na assistência à saúde é tema de interesse há muitos anos, destacando-se nesse cenário, a iniciativa realizada no ano de 1910, pelo educador americano Abraham Flexner em avaliar as faculdades de medicina nos Estados Unidos e Canadá. Este fato resultou na elaboração de um relatório cuja conclusão evidenciou que das 155 instituições de ensino avaliadas, 120 apresentavam condições péssimas de funcionamento, ocasionando a baixa qualidade na formação dos profissionais médicos (SCHWARTZMAN, 1993) e, conseqüentemente uma deficiente assistência à saúde prestada à população.

E dentre os diversos autores que iniciaram seus estudos na qualidade dos serviços de saúde, se destaca o pediatra Avedis Donabedian pelo pioneirismo em discutir e publicar este assunto de forma sistêmica na década de 60 (D'INNOCENZO et al., 2006), que para este estudo se torna essencial, já que este autor adota como referencial a teoria dos sistemas, sistematizando a avaliação em três aspectos: estrutura, processo e resultado.

Como já mencionado por Barr (1955), “as doenças do progresso médico” tem demandado um crescente enfoque nos dias atuais, acompanhando o aumento

das inovações tecnológicas, e a preocupação de conhecer os riscos e benefícios que advêm destas tecnologias, que são incorporadas em diferentes processos de trabalho nos diversos ambientes de saúde. Este entendimento é fundamental para se pensar em estratégias que garantam a segurança dos pacientes que procuram assistência em nossos estabelecimentos de saúde (MENDES et al., 2005).

Dentre as diversas tecnologias se destaca o medicamento. Principalmente pela sua ampla utilização terapêutica, que independente da complexidade da assistência prestada - ambulatorial ou hospitalar - a utilização de medicamentos ocorre na maioria dos atendimentos. Esta tecnologia, amplamente utilizada, objetiva melhorar a qualidade de vida; no entanto, pode oferecer eventos adversos relacionados diretamente ao produto, ou em muitos casos, relacionados a erros em sua utilização durante o processo assistencial, isto é, decorrentes de ações que vão desde as prescrições médicas, passando obrigatoriamente pela comunicação de ordens sobre os cuidados de saúde, rotulagem dos produtos, distribuição além de muitas outras atividades (Osório-de-Castro e Castilho, 2004). O cenário no qual esta tecnologia é aplicada é determinado pelas práticas profissionais, pela qualidade dos produtos e pelos procedimentos envolvidos diretamente no processo de medicação.

O processo de medicação é parte integrante de vários outros processos assistenciais, também denominados sistemas, que possuem graus distintos de complexidade e relações entre si (PALADINI, 1995). Esse processo possui várias etapas nas quais estão envolvidos pessoas, materiais, decisões e procedimentos que interagem diretamente cuja finalidade é prover com qualidade o medicamento ao paciente (ROSA E PERINI, 2003).

Segundo Vuori (1991) a definição de qualidade em saúde é bastante complexa, sendo adotado atualmente um amplo espectro de características desejáveis de cuidado ao paciente. E dentre estas características a segurança e a eficácia se destacam no processo de utilização de medicamento, sendo de grande importância à compreensão sistêmica de todo o processo de medicação, já que existência de práticas ou estruturas que favoreçam a não padronização de procedimentos normativos podem indicar uma predisposição ao erro (HRONEK E BEICH, 2002).

1.3 – Problema da Pesquisa

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde é uma prática cada vez mais frequente em nossos dias, seja através da busca de padrões internacionais de qualidade, ou aperfeiçoando o conjunto organizado e multiprofissional de conhecimentos, técnicas e procedimentos do campo da saúde, nos diversos ambientes de prestação dessa assistência à população (CBA, 2005).

O erro de medicação é um importante problema de saúde pública. Ocorre em todas as etapas do sistema de medicação, trazendo prejuízos tanto para o paciente e seus familiares, quanto para os profissionais e sistemas de saúde. A administração de medicamentos chama atenção, pois é o último momento para se evitar um erro, podendo estar sujeita ao erro das outras etapas como a prescrição e a distribuição.

O erro de medicação é um tema com bastante apelo na sociedade, seja pela exploração da mídia, ou pelas consequências que traz aos indivíduos e suas famílias. Além dos danos à saúde do paciente, que podem gerar incapacitação e morte, existe o prejuízo econômico por custos desnecessários, visto que os erros são evitáveis.

Diante disto, nos inquietamos sobre esta temática, nos questionando o que acontece que levam a ocorrências de tantos erros na administração de medicação?

1.4 – Justificativa

O aumento da complexidade das práticas utilizadas na assistência à saúde nos últimos anos, associado muitas vezes à inadequação dos diversos componentes que dele fazem parte, como profissionais, infraestrutura, processos e outros, são elementos fundamentais para que sejam aprimorados estudos, que viabilizem informações de como essas práticas são desenvolvidas nos diversos ambientes de saúde.

O sistema de medicação envolve várias fases e diferentes profissionais, por isso é bastante complexo. Erros são comuns em todas as etapas do processo, mas na administração chamam a atenção, pois além de ser o último momento para se evitar um erro, pode estar sujeita ao erro das outras etapas como a prescrição e a

distribuição. A maior parte dos erros de medicação divulgada na mídia se refere à administração de medicamentos.

É importante salientar que o escasso número de estudos publicados sobre o assunto, e a dificuldade de compará-los entre si sob diversos aspectos, torna este estudo fundamental para a sensibilização dos diversos profissionais de saúde sobre a necessidade de pesquisas voltadas a este tema, principalmente em unidades de internação de extremos etários, e de terapia intensiva (TAKATA et al., 2008).

Os estudos internacionais sobre erros de administração de medicamentos, em grande parte, têm sido realizados por farmacêuticos, diferentemente do Brasil em que o enfermeiro é quem mais pesquisa sobre o assunto. E aqui estamos nós estudando mais uma vez sobre esta temática.

1.5 – Objetivos

1.5.1 – Geral

Analisar a formação acadêmica dos profissionais de enfermagem e os erros no processo de administração de medicação em pacientes de um hospital público de Pernambuco.

1.5.2 – Específicos

Conceituar erros no processo de administração de medicação;

Identificar os erros mais frequentes no processo de administração de medicação

Verificar a utilização efetiva de Protocolos de Segurança na Administração de medicamentos

Conceituar segurança do paciente;

Identificar os cuidados que os técnicos em enfermagem e enfermeiros devem ter em relação à administração de medicação;

Construir um olhar diferenciado a respeito dos erros no processo de administração de medicação através da formação em serviço;

Incentivar a utilização de práticas seguras no processo de ministração de medicação;

Analisar situações que envolvem o erro no processo de ministração de medicamentos;

Traçar o perfil do profissional que mais se envolve no processo de medicação de pacientes.

2 – MARCO TEÓRICO

2.1 – Segurança do Paciente

A variedade de conceitos sobre problemas decorrentes da utilização de medicamentos e dos cuidados de saúde inviabilizava a comparação entre os estudos realizados em diversos países. O uso de vários termos para o mesmo assunto atrapalhava a comunicação entre os profissionais e entre pesquisadores, dificultando assim a identificação de questões importantes relacionadas à segurança do paciente, a detecção de prioridades que o campo apresenta e a busca de soluções para o problema.

Considerando essas dificuldades, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu como um dos ponto-chave, a padronização de termos e conceitos na área de Segurança do Paciente. Instituiu-se uma comissão composta de especialistas que buscou convergências na percepção internacional criando uma Classificação Internacional para Segurança do Paciente (International Classification for Patient Safety – ICPS). Esse trabalho durou três anos e desenvolveu quarenta e oito conceitos-chave dentro de dez classes, sendo publicado em janeiro de 2009. Seus autores deixaram claro que ainda não é uma classificação completa, mas uma proposta de quadro conceitual que pode proporcionar melhor conhecimento da segurança do paciente no mundo e facilitar a transferência de informações. (WHO, 2009)

De acordo com a ICPS, “erro é uma falha na realização de uma tarefa planejada ou a aplicação de um plano incorreto.” Pode se apresentar como um erro de comissão (ação), quando a tarefa é realizada de maneira errada, ou como um erro de omissão, quando a tarefa não é realizada, podendo acontecer em qualquer fase do planejamento ou da execução. Uma característica do erro, por definição, é que ele não é intencional, ao passo que as violações, sim. Essas ocorrem pelo descumprimento de regras e procedimentos operacionais padrão, embora raramente os profissionais tenham noção que isso aumenta os riscos da ocorrência de incidentes.

Também segundo a ICPS o incidente é um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. Existe o incidente que chega ao paciente, mas não resulta em danos; o incidente que não

alcança o paciente, chamado de near miss ou “quase erro” e o incidente que causa danos ao paciente, conhecido como evento adverso.

2.2 – Erro Humano

Segundo o dicionário Houaiss da língua portuguesa, ERRO é o ato ou efeito de errar, ou o juízo ou julgamento em desacordo com a realidade observada, ou a qualidade daquilo que é inexato, incorreto, ou ainda o desvio do caminho considerado correto, bom, apropriado; um desregramento.

Dentro da sociedade, quem erra é automaticamente rotulado como alguém que deveria ter agido de forma diferente, e que, portanto, é responsável por toda e qualquer consequência que venha do ato errado. Entretanto, há muitos erros que são comuns no nosso dia-a-dia, como clicar “enviar” em um e-mail que ainda não terminou de ser escrito, fechar um arquivo de computador sem salvá-lo, esquecer a porta do carro aberto após estacioná-lo ou digitar uma senha de cartão de crédito de forma errada.

Para James Reason, um professor de psicologia que tem diversas publicações relacionadas a estudos sobre a natureza do erro humano, os ERROS são as “circunstâncias em que as ações planejadas não conseguem atingir o resultado desejado”. De forma mais detalhada, ele define o seguinte: "Erro será tomado como um termo genérico para abranger todas as ocasiões em que uma sequência planejada de atividades mentais ou físicas não consegue atingir o resultado pretendido, e quando essas falhas não podem ser atribuídas à intervenção de um agente acidental”.

Infelizmente, na área da saúde, os erros têm alto potencial de ter consequências nocivas, isso porque a maior parte dos processos de assistência depende do ser humano, ou seja, são fadados a terem erros. Sendo assim, entender como o ser humano erra de forma a criar sistemas que evitem ou minimizem a chance dos erros serem cometidos, é a base para uma assistência em saúde segura.

De acordo com Reason, o erro humano pode ser visto de duas formas: uma na perspectiva pessoal e outra numa perspectiva sistêmica.

Na abordagem pessoal, a mais difundida, a responsabilidade do erro é única e exclusiva do indivíduo, estando submisso a medidas disciplinares, processos

jurídicos, culpa e vergonha. Na abordagem sistêmica, admite-se que erros são inerentes ao ser humano e acontecem nas melhores organizações.

Erros são consequências e não causas. Se a condição humana não pode ser mudada, as condições sob as quais se trabalham, podem. Quando um erro ocorre, o importante não é quem cometeu, mas como e por quê. Entretanto, as instituições, na maioria das vezes, têm adotado a abordagem pessoal, sendo-lhes mais conveniente culpabilizar o indivíduo do que assumir qualquer tipo de responsabilidade. Uma das fragilidades da abordagem pessoal é que ela dificulta a gestão de riscos, impede a criação de uma cultura de notificação de incidentes. Sem conhecer as condições em que ocorreu o erro, não é possível preveni-lo.

É necessário criar defesas contra os erros. Mas, muitas vezes essas barreiras falham e o incidente consegue atingir o paciente. Reason exemplifica através do modelo do queijo suíço como as barreiras podem ser penetradas pela trajetória de um incidente até causar um dano ao paciente.

O erro pode ser de duas origens: falhas ativas que são os atos inseguros cometidos por pessoas que estão na assistência (lapsos, deslizes, erros, violações de procedimentos) e condições latentes, são aquelas inerentes as condições do trabalho (deficiência de mão-de-obra, sobrecarga de trabalho, falta de educação continuada, a inexistência de protocolos ou normas definidas na organização). (REASON, 2000)

2.2.1 – Princípios Básicos do Erro Humano

Quando pensarmos em erro humano temos que ter em mente o seguinte:

Todo mundo erra;

Os erros geralmente são resultados de circunstâncias além do controle das pessoas que cometem os erros;

Sistemas ou processos que dependem da “perfeição” humana são inerentemente defeituosos.

Muitas são as causas para o erro humano (Tabela 1).

Tabela 1 – Causas do Erro Humano

1.	Falha de comunicação
2.	Falta de treinamento eficaz
3.	Falha de memória
4.	Negligência
5.	Equipamentos mal projetados
6.	Cansaço, fadiga
7.	Ignorância
8.	Condições de trabalho ruidosas
9.	Outros fatores pessoais e ambientais
10.	Prescrições ilegíveis ou confusas
11.	Falha na atenção durante o Processo

Fonte: a autora

2.2.2 – Tipos de erro

2.2.2.1 – Desempenho Humano

O erro humano é um reflexo de uma resposta mental a uma determinada atividade. Rasmussen sugere três níveis de desempenho humano com base no comportamento da resposta mental utilizada em cada um desses níveis. Os três níveis em ordem decrescente de familiaridade com uma atividade são:

Baseado em Habilidades: ocorre em situações onde são utilizados padrões armazenados de instruções já programadas. Aqui são incluídas atividades muito familiares que são feitas em ambientes confortáveis. O ser humano nessa atividade funciona muito próximo do que é um piloto automático;

Baseado em Regras: ocorre em problemas familiares que são abordados com a utilização de regras armazenadas. Aqui utiliza-se a lógica, pois em geral, aqui estão atividades que são familiares a outras já padronizadas, e que servem de base para a resolução da nova tarefa;

Baseado em Conhecimento: ocorre em situações novas em que as ações devem ser planejadas utilizando um processo analítico consciente, bem como o conhecimento armazenado. O resultado depende fundamentalmente do

conhecimento prévio e da capacidade de análise, ou seja, aqui funciona muito a “tentativa e erro”.

Importante saber que à medida que se adquire experiência em uma atividade, progressivamente o comportamento baseado em conhecimento migra para o baseado em habilidades.

2.2.2.2 – Tipos de Erro

James Reason classifica os erros com base nos níveis de desempenho humano de Rasmussen:

Erros Baseados em Habilidades: “escorregões e deslizos” – quando a ação realizada não é a que se pretendia;

Erros Baseados em Regras: ações que visam a intenção planejada, mas não atingem o resultado pretendido por má aplicação de uma regra ou um planejamento inadequado;

Erros Baseados em Conhecimento: as ações não atingem o resultado pretendido por falta de conhecimento.

Tabela 2 – Tipos de Erro

Tipo de Erro	Exemplo
Baseado em Habilidade	Uma motorista experiente pisa no freio ao invés de pisar na embreagem.
Baseado em Regra	Usar cola de madeira para tentar colar a moldura de óculos que são de plástico.
Baseado em Conhecimento	Um padeiro novo não consegue fazer um bolo pois achou que poderia colocar pó de bicarbonato de sódio no lugar do fermento em pó.

Fonte: a autora

Sendo assim, de forma esquemática, teríamos o seguinte:

2.3 – Eventos Adversos Relacionados a Medicamentos

O medicamento é uma das principais estratégias de um tratamento médico, principalmente em hospitais, trazendo com ele riscos em sua ação farmacológica e em sua utilização. A preocupação com os danos que podem causar ao paciente é antiga, mas uma grande repercussão sanitária aconteceu em 1937 nos EUA, quando cem pessoas morreram ao ingerirem dietilenoglicol, excipiente utilizado na época no xarope de uma sulfanilamida, resultando em mudanças na legislação. (ROZENFELD, 1988)

Em 1940, se iniciou o desenvolvimento das grandes indústrias farmacêuticas criando um ambiente propício para o uso indiscriminado de medicamentos. Em 1961, foram detectados 4000 casos de focomelia, uma má formação congênita que leva ao nascimento de crianças com braços e pernas com formas de nadadeiras de foca, originada pelo consumo do sedativo talidomida durante a gestação. Essa tragédia mobilizou os países da Europa ao desenvolvimento de nova legislação e contribuiu para o estabelecimento de critérios para a garantia da segurança dos medicamentos. Em 1963, a OMS publicou uma resolução sobre a necessidade de disseminação de informações sobre as reações adversas a medicamentos. (HANDBOOK, 1973)

Em 1968, realizou-se uma Pesquisa Piloto para Monitorização Internacional de Medicamentos com o objetivo de criar um sistema que pudesse ser utilizado internacionalmente para identificar RAM pouco conhecidos. (OMS, 2005)

O projeto aumentou sua abrangência formando o Projeto de Monitorização de Medicamentos da OMS coordenado pelo the Uppsala Monitoring Centre, na Suécia, supervisionado por um comitê internacional. A partir deste fato o poder do FDA (Food and Drugs Administration) e as exigências legais sobre a segurança do medicamento foram aumentados. O Brasil integrou o projeto, em 2001, através da estratégia dos Hospitais Sentinelas, rede nacional instituída motivada a notificar reações adversas. (OMS, 2005)

Até então, a preocupação era com as reações adversas a medicamentos (RAM) e com problemas inerentes à qualidade do medicamento. A partir dos anos noventa, surge uma outra perspectiva: a possibilidade do medicamento causar danos por erros ou falhas no processo de utilização. (CANO, 2009)

Existiam poucos estudos sobre segurança e qualidade dos serviços até 1991, quando foi publicado o resultado do Harvard Medical Practice Study (HMPS I) com o objetivo de desenvolver estimativas mais confiáveis de incidência de

eventos adversos utilizando uma amostra randomizada de 31000 hospitais em Nova York. Através da revisão de 30121 prontuários de prontuário identificou-se que eventos adversos são componentes comuns no cuidado hospitalar (3,7%). (LEAPE, et al, 1991)

O Harvard Medical Practice Study (HMPS II) revelou que a maior parte dos eventos adversos (19%) estavam relacionados a medicamentos. (LEAPE, et al, 1991)

Estes estudos foram extremamente importantes na discussão da política sobre segurança do paciente na maioria dos países. No HMPS e no Utah Colorado Study se encontrou uma incidência de eventos adversos de, respectivamente, 3,7% e 2,9%, e destes 58% e 53% foram atribuídos à negligência. (THOMAS, et al, 2000)

Apesar da importância do estudo da Califórnia, em 1977, e posteriormente do HPMS, o impacto desses resultados só foi sentido após a publicação do relatório feito pelo Institute of Medicine em 1999: *To err is human: building a safe systems*. (KOHN, CORRIGAN E DONALDSON, 2001).

Nesse relatório estimou-se o número de americanos que morriam nos hospitais em decorrência de eventos adversos, perfazendo o número de 44.000 e 98.000 mortes por ano, excedendo o número de mortes por acidentes de veículos (43%), câncer de mama (42,29%) e AIDS (16,52%).

Extrapolando os resultados dos estudos de Utah e Colorado para todos os hospitais dos EUA, os custos dos eventos adversos foram estimados em 37,6 bilhões de dólares, sendo 17 bilhões gastos com eventos adversos evitáveis. (KOHN, CORRIGAN E DONALDSON, 2001).

Uma revisão de atestados de óbito, no período de 1983 a 1993, nos EUA mostrou que 7391 pessoas morreram por erro de medicação. Esse resultado revelou uma tendência de crescimento ao longo dos anos, indicando seu potencial para ser um dos maiores contribuintes para morbimortalidade dos eventos adversos evitáveis (KOHN, CORRIGAN E DONALDSON, 2001).

Estima-se que um paciente internado no hospital sofre pelo menos um erro de medicação por dia. Outros estudos semelhantes avaliaram a ocorrência de eventos adversos em outros países. O estudo realizado na Austrália demonstrou a maior incidência de eventos adversos quando comparado a outros países. As diferenças nos resultados podem ser explicadas pela qualidade do prontuário, pelo

comportamento dos médicos revisores e pelo foco dado ao estudo. No caso da Austrália enfatizou-se a busca por dados para a melhoria da qualidade dos serviços, enquanto que os realizados nos EUA tinham mais um enfoque médico legal. (MENDES, 2005)

No Brasil, um estudo realizado em três hospitais de ensino, utilizando a mesma metodologia do Canadian Adverse Event Study (CAES), numa amostra de 1103 pacientes encontrou-se uma incidência de eventos adversos de 8,6%, incluindo internações para o parto, e 7,6% excluindo-se essas internações; 66,7% eram evitáveis. Apenas 5.6% dos eventos adversos foram atribuídos a erros de medicamentos, valor bem menor quando comparado a países desenvolvidos. Contudo, esse número pode estar subestimado, na medida em que a qualidade dos prontuários no Brasil é deficiente. (MENDES, et al, 2009)

Outro estudo realizado em hospital do Rio de Janeiro, utilizando um conjunto de rastreadores específicos (baseado no Institute of Healthcare Improvement) encontrou 16% de eventos adversos relacionados a medicamentos, aproximando-se um pouco mais dos demais estudos. (ROZENFELD, et al, 2009)

Roque e Melo (2012) fizeram pesquisa semelhante em hospital particular especializado em cardiologia, confirmando 14,3% de eventos adversos relacionados a medicamentos, destes, 31,2% necessitaram de intervenção para o suporte da vida. (ROQUE E MELO, 2012)

Em 2002, a OMS em sua 55^o Assembleia Mundial de Saúde demonstrou sua preocupação com a segurança do paciente na Resolução WHA 55 e apelou aos estados-membros que prestassem mais atenção à segurança do paciente e que estabelecessem e reforçassem a evidência científica necessária para avaliar a segurança do paciente e criar mecanismos para a melhoria na qualidade do cuidado. (DONALDSON, 2004)

Em 2004, criou-se a Aliança Mundial para Segurança do Paciente para apoiar os Estados Membros no desenvolvimento de políticas e práticas seguras, com a proposição de treze áreas de atuação todas de alguma forma se relacionam à segurança no processo de medicação. (ANVISA, 2010)

Seguindo as recomendações da OMS, o Ministério da Saúde no Brasil instituiu com a Portaria MS nº529, de 1^o de abril de 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Além de expor os objetivos e estratégias de implementação, criou um comitê de trabalho coordenado pela Agência Nacional de

Vigilância Sanitária (ANVISA), composto por representantes de várias organizações. Suas atribuições, entre outras, são: propor e validar protocolos, guias, manuais e projetos de capacitação em segurança do paciente e incentivar a pesquisa e inovações técnicas. (Ministério da Saúde, 2013)

A ANVISA, logo em seguida, publicou a RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, que institui ações para a promoção da segurança do paciente e para melhoria da qualidade nos serviços de saúde, sejam eles públicos ou particulares. Para tanto, determinou a criação de um Núcleo de Segurança do Paciente em cada instituição, instância responsável em elaborar o Plano de Segurança do Paciente, executar atividades afins, monitorar incidentes e eventos adversos e notificá-los a ANVISA (ANVISA, 2013).

Antes, o que era responsabilidade apenas dos hospitais sentinelas, passa a ser de responsabilidade de cada unidade de saúde. A partir daí o Ministério da Saúde estabeleceu seis prioridades na Segurança do Paciente, resultando na construção de seis protocolos básicos. Dentre eles, o Protocolo de Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, documento importante para o direcionamento das ações, prevenção de erros e melhoria da qualidade nos processos de medicação. (Ministério da Saúde, 2013)

2.4 – O Preparo e a Administração de Medicamentos

A enfermagem criou o princípio de verificação para preparo e administração conhecido como os cinco certos: Paciente certo, medicamento certo, dose certa, via certa e hora certa.

Algumas críticas têm sido feitas ao longo dos anos na utilização desta metodologia na prevenção dos erros, sendo vista como limitada, pois além de cada certo ser um desfecho muito amplo para elucidar a causa do erro, traz a responsabilização do erro sobre o profissional de enfermagem. Outro aspecto, é que negligencia erros importantes como o de omissão, de taxa de infusão e de técnica imprópria, que podem gerar choque, arritmias cardíacas, síndrome do homem vermelho, extravasamentos e outros eventos adversos importantes, além de não levar em consideração a realidade e o contexto da prática de enfermagem. (PEPPER, 1995)

Acrescentou-se a lista de verificação, a documentação certa e razão certa. E em artigo publicado em 2010, a razão é retirada sendo acrescentadas: a ação certa, a forma certa e a resposta certa, incluindo assim questões referentes a técnica e ao monitoramento, formando os nove certos na administração de medicamentos. (MALCOME, 2010)

O cumprimento dos nove certos não garante que erros não aconteçam, mas existe uma grande possibilidade de que sejam evitados. É importante sua divulgação como forma de educação da equipe, associado é claro, à reflexões e resolução de problemas sobre questões sistêmicas que irão influenciar diretamente ou indiretamente na qualidade das práticas. São eles: (Ministério da Saúde, 2013)

- Paciente certo – O protocolo básico de segurança do paciente na prescrição, uso e administração segura de medicamentos recomenda que antes de iniciar a administração o paciente seja identificado perguntando o seu nome completo, confirmando com no mínimo dois identificadores diferentes, verificando se os dados conferem com a identificação da pulseira, do leito e do prontuário. Em casos de pacientes com baixo nível de consciência e crianças deve ser conferido o nome na prescrição com o nome na pulseira mais dois identificadores, como por exemplo, número do prontuário e data de nascimento. Deve-se evitar que pacientes com nomes semelhantes fiquem no mesmo quarto. Essas medidas evitarão que medicamentos sejam dados a pacientes errados.

- Medicamento certo – Existem muitos medicamentos com ortografias parecidas e diferentes concentrações. É preciso conferir o nome do medicamento a ser administrado, a concentração, a dose e a posologia com a prescrição. Deve-se estar atento às alergias do paciente, sendo estes identificados de forma diferente de modo que toda equipe esteja ciente. Todos os problemas relacionados a medicamentos devem ser registrados em prontuário e notificados.

- Via certa – Há uma grande variação na absorção dos medicamentos pelas diferentes vias. Deve-se conferir se a via prescrita é a mais adequada. Em caso de soluções parenterais verificar a compatibilidade dos diluentes com os medicamentos, com os produtos de saúde (cateter, sondas, equipos) e com a via de acesso, bem como a concentração para infusão e a velocidade infusão. Identificar no paciente a conexão correta para a administração prescrita: sonda

gastrointestinal, sonda nasoentérica ou via parenteral. Realizar lavagem de mãos, antissepsia e desinfecções necessárias no local da administração.

- Hora certa – O medicamento deve ser preparado levando em consideração sua estabilidade e possibilidade de contaminação microbiológica, e deve estar disponível na hora aprazada para administração, evitando atrasos. Um erro de horário pode afetar a resposta terapêutica. A posologia do medicamento está ligada à sua meia-vida, tempo que o organismo elimina metade do medicamento no corpo sendo alterados pela velocidade de absorção, metabolismo e excreção. São importantes também:

- ✓ O início de ação, tempo que leva do momento da administração ao começo do efeito. Varia de acordo com a via de administração e alguns fatores farmacocinéticos.

- ✓ A concentração máxima do medicamento no sangue, quando a taxa de absorção é igual a taxa de eliminação.

- ✓ A duração da ação – tempo em que o medicamento produz seu efeito.

Para se ter uma resposta é necessária uma certa concentração no sítio de ação e para manutenção do equilíbrio das concentrações do fármaco é necessário obedecer a posologia e o horário de administração. (GOMES, 2003)

O atraso pode levar a queda da concentração do fármaco no organismo levando a uma ineficácia terapêutica, ou quando o horário é antecipado, dependendo do medicamento, pode levar a toxicidade.

- Dose certa – A dose deve ser sempre conferida com a prescrição, prestando atenção nas unidades de medida, nas pontuações e medidas imprecisas que podem gerar questões.

As dúvidas devem ser dirimidas antes da administração. A programação da bomba de infusão e a velocidade de gotejamento devem ser conferidas.

Deve ser realizada dupla checagem na conferência nos cálculos para preparo das doses e na taxa de infusão utilizando protocolos institucionais ou a literatura da área.

- Registro certo – Os horários de administração devem ser registrados na prescrição e devem ser checados a cada dose administrada. Qualquer problema relacionado à não administração deve ser relatado.

Este procedimento evita que o paciente tome o medicamento em duplicidade.

O relato de omissão pode levar ao entendimento de alguns sintomas que o paciente possa vir a ter, ou pode se utilizar de outras estratégias em relação a adiamentos, cancelamentos, desabastecimento, recusa do paciente e eventos adversos.

- Orientação certa – O paciente e/ou o familiar devem ser orientados quanto a terapia medicamentosa, indicação, efeitos esperados e frequência, podendo ser colaboradores na prevenção dos erros.

- Forma certa – A forma farmacêutica que será utilizada deve ser verificada na prescrição e deve ser avaliada para que seja a mais adequada.

- Resposta certa – O paciente deve ser observado quanto aos efeitos esperados da terapia medicamentosa. Qualquer sintoma diferente do esperado deve ser relatado. O cuidador deve ter uma boa comunicação com os pacientes e familiares a fim de detectar em seus relatos algum problema relacionado a medicamentos. Os padrões de monitorização devem ser registrados, como sinais vitais, glicemia, entre outros.

2.5 – A Estrutura e Processos Para o Preparo e a Administração de Injetáveis

As Boas Práticas de Preparo e Administração de Soluções Parenterais estabelece normas para a manutenção das características do medicamento quanto a sua esterilidade, estabilidade, compatibilidade, identidade, rastreabilidade de maneira que o procedimento seja o mais seguro possível. Em relação aos recursos humanos estabelece que sejam tecnicamente habilitados e em número suficiente, com atribuições descritas e bem definidas, recebendo treinamento continuado, devendo este ser programado e registrado.

Quanto a infraestrutura, paredes, teto e piso devem ser laváveis e resistentes aos saneantes, sem rachaduras, de material que não desprenda partículas. A iluminação deve ser adequada de modo a facilitar os procedimentos. Medicamentos devem estar protegidos da incidência direta da luz solar e em temperatura e umidade adequadas a fim de evitar sua degradação.

O local deve possuir pia com fechamento sem uso das mãos, sabão e recurso para secagem das mãos. O ambiente deve ser restrito, protegido contra poeira e insetos, roedores e animais.

O preparo pode ser uma atividade individual ou conjunta do enfermeiro com o farmacêutico. O farmacêutico é o responsável em estabelecer os procedimentos que orientam o preparo de medicamentos, seja o fracionamento, a diluição ou a adição de outros medicamentos.

O preparo deve obedecer a prescrição, seguida da avaliação farmacêutica que consiste em verificar:

- Se a dose prescrita corresponde a dose recomendada, considerando a idade e o peso ou superfície corpórea.
- Se os diluentes para reconstituição e diluição são compatíveis. Esta etapa é importante, pois pode alterar a estabilidade ou a efetividade, já que a incompatibilidade pode inativar ou reduzir o efeito terapêutico.
- A concentração da solução final, devendo ser calculada de forma a não ultrapassar a concentração máxima para infusão estabelecida em literatura, sendo importante na manutenção da estabilidade, da integridade do acesso venoso e em alguns casos na prevenção de um evento adverso.

Feito isto, o preparo deve ser iniciado utilizando as técnicas assépticas, sendo realizada a desinfecção do material e da bancada. A rotulagem também é um passo importante, pois garante a identificação e a rastreabilidade.

O rótulo das Soluções Parenterais de Grande Volume deve conter no mínimo: nome completo do paciente, leito/registro, nome do produto, descrição qualitativa e quantitativa dos componentes aditivados na solução, volume e velocidade de infusão, via de administração, data e horário do preparo e identificação de quem preparou. Já as Soluções Parenterais de Pequeno Volume devem ter os seguintes dados: nome completo do paciente, quarto/leito, nome dos medicamentos, dosagem, horário e via de administração e identificação de quem preparou.

As agulhas, escalpes, seringas, utilizados no preparo são de uso único e devem ser descartados. Todos os medicamentos utilizados devem ser inspecionados quanto à presença de partículas, corpo estranho, mudança de coloração e validade.

A desinfecção do ambiente e de superfícies, a higienização das mãos, o uso de EPIs e a desinfecção de ampolas, frascos, pontos de adição dos medicamentos e conexões das linhas de infusão, devem seguir recomendações da CCIH.

Considerando que o preparo é uma etapa do processo com muitos riscos envolvidos, deve ser realizado em área exclusiva. Caso não seja possível os procedimentos devem ser bem claros de modo a garantir a esterilidade e compatibilidade das soluções. O enfermeiro é o responsável pela administração de medicamentos, pelo desenvolvimento de procedimentos e treinamento de sua equipe.

O serviço de saúde deve ter bombas infusoras em número suficiente, calibradas, com manutenção e limpeza periódicas, devendo ser registradas e tendo a documentação em local de fácil acesso. O paciente, família ou responsável legal deve estar ciente dos riscos e benefícios da terapia medicamentosa administrada. Antes de cada administração o rótulo deve ser conferido com informações do paciente e da prescrição.

O medicamento deve ser inspecionado quanto à integridade da embalagem, coloração, presença de corpos estranhos e prazo de validade. A permeabilidade de acesso deve ser verificada e o tempo de infusão deve ser rigorosamente obedecido. Se durante a infusão for observada algum problema, esta deve ser interrompida e imediatamente o responsável pelo serviço deve ser comunicado para as devidas providências e o fato ocorrido deve ser registrado. Em caso de perda de acesso, a solução só poderá ser utilizada se estiverem garantidas a sua esterilidade e estabilidade.

2.6 – Preparo e Administração de Medicamentos por Cateteres de Nutrição: Mais um Desafio.

A via oral é a preferencial para administração de medicamentos e costuma ser a mais barata e a mais segura. Os cuidados que se devem ter na administração por via oral abrangem a possibilidade de ser tomado com alimento, ou ser tomado com outro medicamento, ou não.

A administração de medicamentos por sondas enterais é uma via oral alternativa para pacientes impedidos de usar a via normal devido a transtornos de deglutição de natureza neurológica ou mecânica. Além de ser usada para

administração de dietas é utilizada para a administração de medicamentos. É uma via considerada mais segura que a parenteral, mas é necessário que o medicamento esteja na sua forma farmacêutica líquida: xarope, soluções ou suspensões. (IZCO, 2001)

Caso não exista a forma farmacêutica líquida do medicamento, ou não seja possível o preparo a partir de sua matéria-prima, costuma-se realizar o processo de derivação farmacêutica, realizado através de trituração e diluição de comprimidos, não recomendados para comprimidos revestidos com cobertura entérica ou de liberação prolongada, quimioterápicos e sublinguais. O ideal é que não existindo a forma farmacêutica líquida, se faça a manipulação do medicamento utilizando a matéria-prima, visto que o excipiente do comprimido pode obstruir o cateter, ou pode haver perdas do pó durante a trituração.

As informações necessárias para uma correta administração por sonda nasogástrica ou enterostomia são: pH, osmolaridade, viscosidade, velocidade da administração, presença de sorbitol ou não na fórmula, principal local de absorção da droga e localização da extremidade da sonda. As soluções gastrointestinais variam de 100 a 400 mOsm/Kg. Soluções com osmolaridade maior ou igual a 1000mOsm/Kg administrados por jejunostomia ou sonda transpilórica causarão vômito, diarreia ou espasmo abdominal.

O mesmo ocorre com medicamentos contendo sorbitol na fórmula. O contato destas soluções com o intestino delgado traz um grande fluxo de eletrólitos e água para o lúmen intestinal, sobrecarregando a capacidade absorptiva do intestino, resultando em diarreia, podendo ser evitada com a diluição das soluções. Soluções muito viscosas também devem ser diluídas. (GÁMEZ, 1998)

Medicamentos com pH menor que 3,5 ou maior que 10, não devem ser administrados com dieta enteral, pois precipitam e podem causar obstrução. O pH do jejuno está entre neutro e alcalino, não sendo recomendada administração de medicamentos ácidos por jejunostomia. (GÁMEZ, 1998)

O grande problema da administração de medicamentos por cateter é a obstrução e as incompatibilidades fármaco-nutriente e/ou fármaco-fármaco. As incompatibilidades físico-químicas podem gerar formação de gel, coagulação, aumento da viscosidade, separação de fases, granulação e precipitação, podendo causar a obstrução do cateter, a inativação do fármaco ou a alteração de seu perfil farmacocinético e farmacodinâmico. (GOMES, 2003)

A desobstrução do cateter requer tempo adicional da enfermagem e quando não é possível é necessária sua substituição, causando transtornos ao paciente como trauma da mucosa e exposição do paciente a radiação, já que a posição do cateter deve ser confirmada. Aumenta ainda os custos para o sistema e no caso de gastrostomias ou jejunostomias é necessária intervenção cirúrgica. Como não se sabe previamente as diversas incompatibilidades ou interações, o recomendado é que a dieta seja interrompida 30 minutos antes e 30 minutos depois da administração do medicamento. (MAGNUSON, 2005)

Para medicamentos que necessitam ser tomados com o estômago vazio recomendam a interrupção 1h antes e 2h depois. A lavagem da sonda com água antes e depois da dieta e da administração de medicamentos pode evitar incompatibilidades e interações fármaco-nutriente. Proporciona um meio excelente para entregar medicação, aumenta sua absorção e reduz as possíveis obstruções. (BAPEN, 2004)

A fenitoína, um medicamento de baixo índice terapêutico, é um exemplo de como a administração em conjunto com alimentação enteral pode afetar a terapia medicamentosa. Vários estudos foram realizados sobre a administração de fenitoína junto a dieta enteral contínua comparada com a interrupção da dieta por uma ou duas horas, demonstrando que os níveis séricos da droga foram de 70-80% reduzidos quando administrado com a dieta. (BANER, 1992).

O preparo e administração de medicamentos por sondas enterais é um desafio para a qualidade da terapia medicamentosa. Exige-se um conhecimento multidisciplinar e o empenho da equipe de saúde.

2.7 – Erros de medicação

A utilização de medicamentos é um processo complexo, que envolve vários profissionais e diferentes etapas. Em 1989, a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) identificou os componentes do sistema de medicação: seleção e aquisição do medicamento; prescrição; preparo e dispensação; administração de medicamentos e o monitoramento. (LEAPE, et al, 1995)

Leape et al (1995) encontrou que 39% dos erros de medicação ocorreram no processo de prescrição de medicamentos, 12% na transcrição, 11% no processo

de dispensação e 38% no de administração de medicamentos. 53 Já Koop et al. (2006) identificou que 36% dos erros ocorreram na fase de prescrição, 32% na administração e 28% na dispensação e 4 % na transcrição. (KOOOP, et al, 2006)

Conclui-se então, que uma frequência maior de erros está nas etapas de prescrição e administração, sendo que erros de administração provavelmente estão subestimados pela própria limitação dos métodos de detecção, além do que erros de prescrição passam ainda por outros processos antes de chegar ao paciente, com mais chances de serem evitados. O preparo é uma atividade de responsabilidade compartilhada entre farmacêuticos e enfermeiros. Já a administração do medicamento é realizada na maioria das vezes por profissionais de enfermagem e é a última barreira contra os erros de medicação.

Antonow et al. (2000) mostrou em seu estudo que 76% dos erros foram prevenidos na etapa de prescrição, 70% durante a transcrição e validação, 61% durante a distribuição e 40% na fase de administração. (ANTONOW, 2000)

Revisão realizada em 2007 estimou 5-27% de erros no processo de medicação em crianças, sendo 3-37% erro de prescrição, 5-58% erro de dispensação, 72-75% erros de administração e 17-21% erros de documentação (MILLER, 2007). Esses resultados confirmam que a etapa de administração é bastante vulnerável aos erros.

2.7.1 – Erros de Preparo de Medicamentos

No estudo de Camerini e Silva, a taxa de erro de preparo de medicamentos injetáveis foi de 62,69%, considerando duas categorias: grupo com potencial de alterar a segurança microbiológica, onde foram considerados limpeza de bancada, desinfecção de ampolas, troca de agulhas e uso de luvas; e grupo com potencial para alterar a resposta terapêutica incluindo, o horário errado e a dose errada. (CAMERINI E SILVA, 2011)

Em 80,27% dos preparos observados não houve desinfecção das ampolas e frascos e em 77,26% não houve desinfecção de bancada. A desinfecção com álcool é preconizada e reduz em 90% a carga microbiana.

A falta desses procedimentos pode aumentar o risco de contaminação microbiana. No estudo realizado em unidade pediátrica de instituição hospitalar em Minas Gerais (2011), em 5% das observações de preparo não houve consulta

prévia à prescrição; 42% utilizou técnica incorreta no preparo, como a falha na higienização das mãos (53,2%) e na desinfecção de frasco-ampola (31,2%), a contaminação de materiais e medicamentos (12,5%) e a reutilização de materiais (3,1%).

Em relação à rotulagem 94,7% não foram rotulados e 5,3% foram rotulados incorretamente.66 Tonello e col. (2013) através de revisão de prontuário, receitas médicas e protocolos de enfermagem em unidade pediátrica particular identificou algumas falhas no processo de preparo como: (TONELLO et al, 2013)

- A diluição com um volume fixo de glicose 5%. Nem todos os medicamentos são estáveis nesta solução e cada um tem uma concentração máxima para infusão, onde o volume do diluente pode variar. Além disso, as restrições do paciente devem ser levadas em consideração.

- O volume do pó líofilo não foi considerado no ajuste do volume final, levando a soluções reconstituídas mais diluídas, conduzindo a uma inexatidão da dose.

- Inadequações de acréscimo de dose no valor de até 300% e de subtração de dose -50%.

O estudo de Taxis e Barber (2003) identificou 49% de erros de preparo e administração de medicamentos injetáveis. Destes, 7% foram erros de preparo, sendo considerado como erro: preparação do medicamento errado, preparação de medicamento não autorizado, diluente ou solventes errados, dose errada e omissão. (TAXIS et al, 2003)

Chua e colaboradores encontraram 26% de erro de preparo. Neste estudo constam como erros de preparo: Não agitar suspensões antes de aspirar a dose, comprimidos cortados não uniformemente, medida imprecisa do volume dos líquidos, risco de potencial contaminação durante o processo e erros de dose. (CHUA et al, 2010)

Erros de rotulagem foram bastante comuns: 86,4% dos medicamentos foram rotulados incorretamente e 4,3% não foram rotulados. Em relação a técnica, 80,3% das doses foram considerados incorretas com relação a não lavagem de mãos, punção incorreta e não conferência do rótulo com o paciente. (OPTIZ, 2006)

2.7.2 – Erro de Administração

Erros de administração, segundo Barker e col. (BARKER et al, 2002), é a discrepância entre a terapia medicamentosa recebida pelo paciente e a terapia pretendida pelo prescritor. Essa definição subentende que toda a prescrição está correta, o que não ocorre na prática. Entretanto, Taxi & Barber (2003) trazem uma definição mais ampla: “é o desvio no preparo ou na administração de medicamentos da prescrição médica, das políticas do hospital e das instruções do fabricante.”

Tissot et al (2003), utilizando a técnica da observação direta, detectou 14,9% de erros de administração incluindo o erro de horário, e 11,1% excluindo-o. (TISSOT et al, 2003)

Para Allan e Barker, o erro de horário deve ser contado como erro, pois considera como um desvio de qualidade, ou uma falha no sistema. Retirar o erro de horário seria como minar a taxa de erro de medicação como uma medida de qualidade e eficiência do sistema de medicação. (ALLAN et al, 1990)

Para outros, o erro de horário pode inflar o resultado final levando a enfermagem a subestimar o estudo, enxergando-o mais como burocrático, do que como instrumento para criar um ambiente seguro. Por isso, recomenda-se que a taxa de erro seja expressa das duas formas, para que cada um interprete conforme seu sistema de valor. Contudo, sabe-se que o horário de administração é importante na eficácia do tratamento, principalmente quando o nível sérico do medicamento precisa ser mantido.

Os erros de omissão, de medicamento não autorizado e de dose representaram 41% dos erros. Seguidos por erro de horário (26%), erro de taxa de infusão (19%), erro de preparo (4%). Nenhum erro fatal foi observado, mas 10% ofereceram risco de vida, requisitando tratamento corretivo ou aumento do tempo de internação, 26% necessitaram de monitoramento e 64% não teve relevância terapêutica. (TISSOT et al, 2003)

Taxis e Barber (2003) relatou em seu trabalho 36% de erros de administração de medicamentos injetáveis, considerando a administração ao paciente errado, administração rápida de medicamentos em bolus por acesso venoso periférico ou profundo e erros de incompatibilidades. Das doses observadas, 6% tinham erros de preparo e administração concomitantemente.

Bardot et al (2012), em um estudo que se utilizou de observação “disfarçada,” identificou uma taxa de erro de 27,6%. Ao excluir os erros de horário a

taxa reduziu-se para 7,6%. O erro mais frequente foi o de horário (72,6%), seguidos por erro de omissão (14%) e erro de droga não autorizada (3,7%); os demais erros foram muito raros. O hospital estudado trabalhava com prescrição eletrônica, dose unitária e sistema de dispensação eletrônico. (BARDOT, 2012)

Uma revisão sistemática sobre erros de administração de medicamentos publicada em 2013, identificou 66 estudos sobre erros de administração utilizando a observação sistemática, variando muito o denominador para o cálculo da taxa de erro, a classificação utilizada, a definição do tipo de erro e o desenho de estudo, não sendo possível realizar uma metanálise.

Os estudos transversais foram os mais frequentes. Os que consideraram o número de doses observadas como denominador e não incluíram o erro de horário tiveram uma taxa de erro mediana de 10,5%, enquanto que aqueles que utilizaram o Total de Oportunidade para Erros como denominador e incluíram o erro de horário apresentaram uma mediana de 19,7%. (BARDOT, 2013)

Silva e Camerini (2012) não encontraram erros de via e de dose. Porém 96,67% das doses observadas não foram conferidas com a prescrição, em 70,57% não houve a identificação do paciente antes de administração e em 69,75% foi administrada no horário errado. (CAMERINI E SILVA, 2012)

2.8 – Formação Acadêmica dos Profissionais de Enfermagem

2.8.1 – Formação Acadêmica do Enfermeiro

Os avanços técnico-científicos enfrentados todos os dias na área da saúde, juntamente com as informações adquiridas pelo usuário, exige melhoria da qualidade assistencial recebida. Esta deve ser gerenciada através de ações técnicas e éticas dos profissionais de saúde, dependendo, além de tudo, daquilo que afeta a qualidade dos serviços prestados, tanto dos recursos materiais, quanto humanos (URENA, 2001).

A relação entre ensino superior, sociedade e mercado de trabalho tem contribuído para o planejamento e gestão dos Planos de Estudo, com o objetivo de identificar formas, métodos e conteúdos que devem ser assumidos pelo ensino superior, melhorando o desenvolvimento social, econômico e cultural, de acordo

com as necessidades dos clientes/pacientes, de um ponto de vista biopsicossocial (OLIVA e HIDALGO, 2004).

Algumas das mais importantes dimensões da relação entre ensino superior e sociedade, estão associadas ao grau de satisfação do graduado em seu ambiente de trabalho. Em toda organização, pública ou privada, é importante que o funcionário tenha um alto grau de satisfação, pois isso reflete na eficiência das tarefas realizadas pelo profissional (CÓRDOVA, 2014).

Dentro da organização da saúde, a formação dos profissionais e sua futura atividade profissional devem ser supervisionadas, para cumprir e garantir os padrões de qualidade na prestação dos cuidados (CARBAJO et al, 2014).

A gestão do Sistema de Saúde Espanhol está condicionada ao tipo de sistema organizacional utilizado, tecnologia aplicada, políticas de ação, filosofia de trabalho, recursos existentes, objetivos e funções de cada pessoa (RAVENTOS, 2004).

A alta demanda dos serviços de saúde e a conseqüente sobrecarga de trabalho gerada faz com que, cada vez mais, seja necessário que as organizações do serviço criem uma proposta de modelo teórico que se adapte ao cargo, capacidades ou habilidades técnicas e pessoais do enfermeiro. O atual sistema de Formação no Espaço Europeu de Ensino Superior (EEES) é formado por três subsistemas: Graduação, Mestrado e Doutorado. Este sistema regulamentado é responsável por proporcionar uma formação que forneça habilidades necessárias para desenvolver e facilitar a aquisição de competências que exigem o mercado de trabalho, uma vez que o graduado de enfermagem tem sido incorporado a este (GONZÁLES, 2010).

Atualmente, a formação universitária de enfermagem, seguindo as orientações contidas no “Livro Branco do Título de Graduação de Enfermagem” da Agência Nacional de Qualidade (ANECA), tem como objetivo formar “Enfermeiros responsáveis por Cuidados Gerais” (ANECA, 2004).

Neste documento também são estabelecidos os perfis profissionais e objetivos do graduado em enfermagem. Em relação à formação acadêmica dos profissionais, há que se diferenciar a formação acadêmica universitária, dando lugar à obtenção do título oficial de graduação em enfermagem, para a prática da profissão no sistema de saúde, e a formação acadêmica de pós-graduação, que

inclui formação universitária em diferentes níveis acadêmicos, (Mestrado, Doutorado) e cursos de formação e atualização, assim como, eventos científicos.

O setor da saúde é uma área que sofre constantes mudanças e avanços no conhecimento, através da pesquisa, introdução de novas tecnologias etc. Por esta razão, é essencial que os profissionais de saúde, incluindo o enfermeiro, se atualizem e complementem sua formação acadêmica, tendo como objetivo oferecer assistência de qualidade e uma prática baseada em evidências científicas.

Em termos gerais, pode-se dizer que, a graduação em enfermagem tem como objetivo formar profissionais de enfermagem generalistas, com preparação científica, humana e capacitação suficientes para avaliar, identificar e implementar as necessidades de saúde e cuidados de pessoas saudáveis ou doentes, das famílias e comunidade (GARCIA, 2011).

De acordo com esta perspectiva, se estabelece o estudo sobre a formação de pós-graduação dos graduados em enfermagem, com metodologia múltipla, 2011 ideográfica e reconstrutiva, dadas as condições atuais do processo de formação em enfermagem e a adaptação destes às necessidades de sua prática profissional (MEDINA, 2009).

O ensino de enfermagem tem sofrido uma série de alterações, mudando a formação destes profissionais. Uma das mudanças mais importantes ocorreu em 1953, quando ocorre a adesão da Espanha à Organização Mundial da Saúde (OMS), assumindo as orientações da saúde marcadas por este órgão, unificando os três graus existentes, auxiliar, parteira e enfermeira em um só, assistente técnico de saúde (MACIÁ e ZABALEGUE, 2010).

Com o diploma em enfermagem, aparece uma nova função do enfermeiro, no ensino. A partir de 1977, se distinguem duas áreas de atuação no ensino para o profissional de enfermagem, a formação da equipe de enfermagem e a informação e educação em saúde aos indivíduos e comunidade.

Na Espanha, o título de doutor de enfermagem tem sido uma opção disponível recentemente. Os dados indicam que 1% dos enfermeiros pesquisados apresenta o título de doutor.

Anteriormente, os diplomados em enfermagem alcançavam o doutorado a partir de outras titulações universitárias mais elevadas. As mudanças que têm ocorrido nos últimos anos na profissão de enfermagem e a escassez de pesquisas devem ser consideradas para melhorar e promover a capacidade de pesquisa do

enfermeiro e, então, fundamentar a prática de cuidados e inovar para que esta seja da melhor qualidade possível.

Conhecer a demanda formativa dos enfermeiros e a necessidade de formação, pode ser considerada como passo inicial de um processo cíclico, que contribui para a formação global e para estratégias de ensino dos funcionários de uma organização ou grupo de profissionais. Outro aspecto importante para avaliar corretamente as necessidades de formação relaciona-se a quem está interessado na formação de enfermeiros.

Em princípio, os enfermeiros poderiam ser os únicos preocupados, mas, na realidade, existem outros interessados, como os usuários ou clientes/pacientes, que se beneficiarão desta formação. Além disso, deve se levar em conta os fornecedores da formação (pública, privada etc), e por último, os gestores ou responsáveis por assegurar serviços de qualidade (GOULD et al, 2004).

A análise da necessidade de formação é uma área relativamente recente na enfermagem, tendo sido utilizada por muitos anos em outras áreas de trabalho, tais como, recursos humanos, empresa, indústria e educação em geral.

Para ser um enfermeiro, o caminho é o diploma de nível superior. É esse profissional que gerencia os serviços de enfermagem e coordena o trabalho dos auxiliares e técnicos, assiste os pacientes de alta complexidade e pode atuar como professor de enfermagem. O enfermeiro ainda tem boas possibilidades de assumir cargos administrativos e de gerência.

Perspectivas de crescimento: o enfermeiro tem autonomia para exercer todas as atividades da área de enfermagem – como prestador direto do cuidado ou como gestor. Por isso, toda instituição que oferece atendimentos de enfermagem precisa, obrigatoriamente, ter um enfermeiro em sua equipe.

Para os que querem investir em determinados setores, existem diversas opções de especialização – gerenciamento, assistência domiciliar, cardiologia, neurologia, dermatologia, etc.

Outras possibilidades para o enfermeiro são atuar em processos de auditoria ou seguir a área acadêmica para dar aulas, buscando formação em mestrado e doutorado.

2.8.2 – Demais Áreas da Enfermagem e suas Respektivas Formações

Quando o assunto é saúde, a enfermagem é uma área que está presente em todas as fases da nossa vida: cuidando do bebê ao vovô; das campanhas de saúde aos programas de reabilitação.

Quem trabalha com enfermagem deve estar sempre atento ao princípio da ética e precisa desenvolver atitudes profissionais essenciais como o cuidado humanizado e a prevenção.

Auxiliar de enfermagem

O auxiliar terá a supervisão de enfermeiros. Fará atividades e procedimentos básicos, de baixa complexidade, como medidas de conforto e higiene, esterilização de materiais, auxílio a pacientes que passarão por exames ou cirurgias, curativos simples. Para trabalhar nessa função, é preciso fazer um curso de qualificação profissional.

Perspectivas de crescimento: o auxiliar de enfermagem pode complementar sua formação buscando o curso Técnico em Enfermagem, ampliando suas possibilidades de atuação.

Técnico de Enfermagem

O técnico terá a supervisão de um enfermeiro. Participará, junto dele, do planejamento da assistência aos pacientes e realizará atividades um pouco mais complexas como coletas para exames, preparação e administração de medicações. A formação para atuar como técnico também é de nível médio, mas você precisará fazer um curso técnico profissionalizante.

Perspectivas de crescimento: as oportunidades de trabalho para técnicos de enfermagem são sempre grandes. O técnico pode se especializar em um campo de atuação como a instrumentação cirúrgica e a enfermagem do trabalho, por exemplo. O profissional com pique para mais alguns anos de estudo tem como próximo degrau na carreira o curso superior, para atuar como enfermeiro.

2.9 – Ementa das Disciplinas do Curso de Bacharelado em Enfermagem

1. SAÚDE COLETIVA Ementa: História da saúde pública no Brasil. Tendências e modelos em saúde coletiva. Saúde no Brasil e região centro-oeste. SUS: princípios, estrutura, organização, mobilização social. Políticas de saúde. Estrutura e funcionamento das instituições e suas relações com os serviços de saúde. Níveis progressivos de assistência à saúde.

2. INTRODUÇÃO À ENFERMAGEM Ementa: Integração do aluno à universidade. Surgimento e institucionalização da enfermagem. Compreensão histórica do cuidar em Enfermagem instrumentos básicos de enfermagem. Concepções do homem, saúde, meio ambiente e enfermagem como norteadores da práxis profissional. Enfermagem como prática social e os diversos papéis do enfermeiro (ensino, pesquisa, assistência, gerenciamento). Introdução à ética e legislação no trabalho da enfermagem e na saúde. Cidadania e direitos humanos. Associações de classe e órgãos de fiscalização do exercício profissional. Introdução à avaliação do estado de saúde da pessoa na fase adulta.

3. ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR Ementa: Perfil e funções do socorrista. Medidas de proteção para o socorrista e para a vítima. Suporte básico de vida em emergências. Atendimento pré-hospitalar a vítimas de traumas, afogamento, catástrofes, em acidentes por animais peçonhentos e queimaduras.

4. ANATOMIA HUMANA I Ementa: Conceito e divisão da anatomia. Planos e eixos do corpo humano. Sistema esquelético, juntas, postura e locomoção. Sistemas muscular, tegumentar, respiratório e digestivo.

5. METODOLOGIA CIENTÍFICA Ementa: Conhecimento e ciência. Enfermagem como ciência. A construção do conhecimento científico. Elaboração e desenvolvimento de um projeto de pesquisa.

6. BIOFÍSICA Ementa: Biofísica das radiações ionizantes (física dos radionuclídeos, radiobiologia, física dos raios X e técnicas radiográficas), água, soluções e métodos biofísicos de análise, bioeletricidade (membrana biológica, biofísica das membranas, canalopatias).

7. HISTOLOGIA E EMBRIOLOGIA GERAL Ementa: Introdução ao estudo da histologia. Citologia. Sangue. Tecido conjuntivo propriamente dito. Tecido epitelial. Tecido cartilaginoso. Tecido ósseo. Tecido muscular. Tecido nervoso. Desenvolvimento da primeira à oitava semana e da nona semana ao nascimento. Placenta e anexos embrionários.

8. PROMOÇÃO DA SAÚDE Ementa: Histórico do movimento de promoção da saúde. Conferências nacionais e internacionais sobre promoção da saúde. Conceitos atuais e emergentes em promoção da saúde. Políticas de promoção da saúde no Brasil. Estratégias de intervenção em promoção da saúde. Educação em saúde. Pressupostos teóricos norteadores das políticas e práticas de promoção da saúde.

9. RISCO BIOLÓGICO E BIOSSEGURANÇA Ementa: Risco biológico e medidas de precauções básicas para a segurança individual e coletiva no serviço de assistência à saúde.

10. BIOQUÍMICA Ementa: Aminoácidos, peptídeos, proteínas, enzimas, vitaminas, coenzimas, carboidratos, lipídeos, membranas, ácidos nucleicos. Metabolismo de carboidratos, lipídeos e aminoácidos. Integração do metabolismo.

11. ANATOMIA HUMANA II Ementa: Sistemas nervoso, sensorial, circulatório, urinário, endócrino e reprodutor masculino e feminino.

12. HISTOLOGIA DOS ÓRGÃOS Ementa: Sistema Linfático. Sistema Circulatório. Tubo Digestivo. Glândulas Anexas ao Tubo Digestivo. Sistema Respiratório. Pele e Anexos. Sistema Urinário. Glândulas Endócrinas. Sistema Reprodutor Masculino. Sistema Reprodutor Feminino.

13. PSICOLOGIA APLICADA À ENFERMAGEM Ementa: Introdução ao estudo da psicologia. O social e o biológico na determinação da condição humana. O desenvolvimento humano na perspectiva das teorias psicológicas. Características psicológicas das diferentes fases da vida humana, em seus diversos aspectos: emocional, social, cognitivo, sexual e psicológico. Relações interpessoais: enfermeiro, paciente e família.

14. GENÉTICA Ementa: Bases citológicas e cromossômicas da hereditariedade. Padrões de herança. Estudo do cariótipo humano e principais cromossomopatias. Genética molecular: estrutura do material genético, replicação, transcrição e regulação, mutação/mutagenese, técnicas moleculares aplicadas às doenças humanas. Genética bioquímica: erros inatos do metabolismo, hemoglobinopatias. Genética do desenvolvimento. Noções de genética de populações.

15. TECNOLOGIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE Ementa: Planejamento de ensino e suas etapas. Uso de tecnologias da educação em saúde.

16. EPIDEMIOLOGIA E BIOESTATÍSTICA Ementa: Conceitos da epidemiologia e sua aplicação. Processo saúde-doença. Transição epidemiológica e demográfica. Medidas utilizadas em epidemiologia: de efeito e de associação. Método epidemiológico e Níveis de evidência. Epidemiologia das doenças transmissíveis e não transmissíveis. Indicadores de saúde. Testes diagnósticos. Fontes de dados epidemiológicos e Sistemas Nacionais de Informação para a Saúde. Fundamentos para a leitura crítica da literatura epidemiológica. Análise

exploratória dos dados: tipos de variáveis; medidas de tendência central e de dispersão; apresentação tabular e gráfica dos dados; tabelas de contingência. Distribuição discreta e contínua. Eventos vitais. População: censo demográfico, pirâmides populacionais e estimativas.

17. BASES PARA O CUIDAR DO INDIVÍDUO E DA FAMÍLIA I

18. FISILOGIA Ementa: Fisiologia celular e líquidos orgânicos. Estudo dos sistemas nervoso, músculo-esquelético, cardiocirculatório, respiratório, gastrointestinal, urinário, endócrino e reprodutor. Sentidos especiais.

19. IMUNOLOGIA Ementa: Características e funções das células, moléculas e tecidos que compõem o sistema imune. Indução da resposta imune e mecanismos efetores da resposta imune humoral e celular. Regulação da resposta imune. Imunidade às infecções. Immunopatologias. Immunodiagnósticos. Immunoprofilaxia. Coleta, conservação e transporte de materiais de exames.

20. MICROBIOLOGIA ENF Ementa: Estudo da morfologia, citologia e fisiologia dos microrganismos. Relação entre microrganismos e infecções humanas. Microbiota humana e nosocomial. Coleta, conservação e transporte de materiais.

21. BASES PARA O CUIDAR DO INDIVÍDUO E DA FAMÍLIA II Ementa: Processo de enfermagem: planejamento, implementação e avaliação da assistência de enfermagem ao indivíduo adulto, idoso e família com alterações de saúde de baixa e média complexidade. Classificação de Intervenções e de Resultados de Enfermagem.

22. CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO Ementa: Tipos de Centros de Material e Esterilização - CME, estrutura física, recursos materiais e fluxograma de funcionamento. Recursos humanos, funções do enfermeiro de CME. Métodos de desinfecção e esterilização de artigos odontomédico-hospitalares, etapas operacionais e seus controles de qualidade, recursos materiais e técnicas relacionadas a cada etapa. Controles físicos, químicos e biológicos dos processos de esterilização. Riscos laborais em CME, Equipamentos de Proteção Individual e Coletiva.

23. FARMACOLOGIA BÁSICA Ementa: Fundamentos de farmacologia tratando da farmacocinética e farmacodinâmica das drogas de modo geral. Neurotransmissão periférica e central. Abordagem farmacológica de pacientes

especiais: idosos, gestantes, neonatos, cardiopatas, nefropatas e hepatopatas. Uso racional de medicamentos.

24. SAÚDE MENTAL Ementa: O homem e suas relações. A construção da dimensão pessoal do enfermeiro - autoestima e autoimagem. Instrumentos básicos do cuidar: comunicação, observação, criatividade, concepções do trabalho em grupo / equipe, relacionamento interpessoal. Bases das intervenções de saúde mental na prática em saúde.

25. PATOLOGIA Ementa: Causas, mecanismos básicos, características morfológicas (macro e microscópicas), evolução e conseqüências dos processos patológicos gerais associados às doenças. Repercussões funcionais e conseqüências dos processos patológicos gerais sobre as células, tecidos, órgãos e sistemas.

26. PARASITOLOGIA ENF Ementa: Ambiente e relação parasito-hospedeiro. Distribuição epidemiológica e geográfica de parasitas do homem. Biomorfologia, cadeia epidemiológica, patogenia, diagnóstico clínico-laboratorial, profilaxia, controle, tratamento de endemias parasitárias. Sistemática zoológica. Protozoários, helmintos, moluscos e artrópodes de relevância epidemiológica. Coleta, conservação e transporte de materiais de exame.

27. ENFERMAGEM CLÍNICA Ementa: Análise das condições de vida e saúde do adulto e idoso com relação aos aspectos biopsicossociais e epidemiológicos. Metodologia da assistência de enfermagem aplicada ao adulto e ao idoso portador de doenças crônico-degenerativas em tratamento clínico no ambiente hospitalar. Nutrição enteral e parenteral. Atuação de enfermagem em procedimentos e métodos diagnósticos. Organização e funcionamento de unidade de clínica geral.

28. ENFERMAGEM EM DOENÇAS INFECCIOSAS Ementa: Doenças infecciosas prevalentes em nossa região e país. Metodologia da assistência de enfermagem aplicada a pessoas com doenças infecciosas. Profilaxia das infecções por topografia: acesso vascular, sistema urinário e respiratório. Atuação da enfermagem em procedimentos e métodos diagnósticos.

29. VIGILÂNCIA À SAÚDE Ementa: Vigilância Epidemiológica. Vigilância Sanitária. Vigilância ambiental. Territorialização. Dinâmica da população. Diagnóstico de Saúde da comunidade.

30. FARMACOLOGIA APLICADA Ementa: Farmacologia da dor. Farmacologia cardiovascular e renal. Antimicrobianos. Drogas que atuam no sistema nervoso central e dependência química. Mecanismo de ação dos fármacos, efeitos terapêuticos e adversos, interações medicamentosas e características farmacocinéticas das drogas.

31. NUTRIÇÃO Ementa: Conceitos básicos em alimentação e nutrição. Hábitos e práticas alimentares. Necessidades e recomendações nos diferentes ciclos da vida. Macro e micronutrientes - função, fontes e recomendação. Segurança alimentar. Avaliação nutricional. Alimentação na promoção da saúde e prevenção de doenças. Dietas com consistência modificada. Dietoterapia nas doenças crônicas não transmissíveis. Nutrição enteral e parenteral.

32. ENFERMAGEM CIRÚRGICA Ementa: Metodologia da assistência de enfermagem aplicada à pessoa adulta / idosa e acompanhantes no período perioperatório. Procedimentos especializados de enfermagem cirúrgica. Atuação de enfermagem em métodos diagnósticos. Medidas profiláticas relacionadas às infecções de feridas cirúrgicas. Organização e funcionamento de unidades cirúrgicas.

33. ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA Ementa: As diferentes concepções de loucura e sua historicidade. Políticas de saúde mental. Fundamentos da enfermagem psiquiátrica. Transtornos mentais. Dependências químicas. Estratégias de intervenção em saúde mental. A prática de saúde mental nos diversos espaços terapêuticos.

34. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTE CRÍTICO Ementa: Sistema de classificação de risco. Assistência de Enfermagem sistematizada a pacientes adultos / idosos graves ou em estado crítico e aos seus familiares. Aspectos ético-humanísticos da assistência de enfermagem ao paciente crítico / grave e aos seus familiares.

35. ADMINISTRAÇÃO I Ementa: Teorias de administração científica aplicadas à enfermagem. Filosofia e estrutura organizacional. Divisão de trabalho em enfermagem. Meios e instrumentos do processo de trabalho. Tipos de gestão. Sistema de informação. Planejamento. Processo decisório. Trabalho em equipe, conflitos, negociação.

36. SOCIOLOGIA Ementa: O homem sob a perspectiva sociológica. Conjuntura nacional. Organização e dinâmica social. Sociedade e ciência. Poder.

Política social e enfermagem. Representação social da doença. Papel social da enfermagem.

37. ENFERMAGEM GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA I Ementa: Estudo da assistência integral à Saúde da mulher no contexto das políticas públicas de Saúde de acordo com as Diretrizes do Sistema Único de Saúde; levar o aluno a compreender a anatomia e fisiologia da mulher, Estimular a compreensão da mulher no contexto individual e familiar (sexualidade, planejamento familiar, prevenção de DST, CA de mama e Colo de útero, climatério, aspectos físicos e psicológicos. Capacitar para a assistência Integral ao pré natal de baixo risco no contexto da Atenção Básica.

38. ENFERMAGEM PEDIÁTRICA E NEONATOLÓGICA I Ementa: Políticas de atenção à saúde da criança. Metodologia da assistência de enfermagem aplicada ao recém-nascido e à criança sadios e com afecções prevalentes, em ambulatórios e na comunidade.

39. ÉTICA E EXERCÍCIO DA ENFERMAGEM Ementa: Abordagem geral da ética. Instrumentos ético-legais que norteiam o exercício profissional da Enfermagem. Temas em ética e bioética no ensino, pesquisa e assistência de enfermagem. Entidades de classe.

40. ANTROPOLOGIA DA SAÚDE Ementa: Cultura: conceitos, relativismo e etnocentrismo. Saúde e cultura. Cultura brasileira. Valores, preconceitos, tabus, crenças e religião.

41. ADMINISTRAÇÃO II Ementa: Políticas para gestão de recursos físicos, financeiros, materiais e humanos. Poder e cultura nas organizações. O gerenciamento de enfermagem nos contextos públicos (hospitalar e unidades de saúde), privados e outras modalidades assistenciais. Planejamento estratégico e normativo. Gerenciamento de recursos humanos, dimensionamento, recrutamento e seleção, educação continuada, avaliação de desempenho, liderança, supervisão, comunicação, relações de trabalho e processo grupal. Avaliação da qualidade nos processos de trabalho: custos, auditoria, acreditação. Qualidade de vida e saúde do trabalhador.

42. ENFERMAGEM GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA II Ementa: A enfermagem na assistência à mulher em unidades hospitalares. Metodologia da assistência de enfermagem aplicada à saúde da mulher, incluindo aspectos clínicos e cirúrgicos ginecológicos e obstétricos de média complexidade.

43. ENFERMAGEM PEDIÁTRICA E NEONATOLÓGICA II Ementa: Metodologia da assistência de enfermagem aplicada ao recém-nascido e à criança saudáveis e com afecções prevalentes, em unidades hospitalares.

44. ENFERMAGEM HEBIÁTRICA Ementa: Condições de vida e saúde do adolescente. Adolescência normal e suas transições. Problemas e agravos à saúde do adolescente. Metodologia da assistência de enfermagem aplicada ao adolescente.

45. FILOSOFIA E ENFERMAGEM Ementa: História da filosofia ocidental. Temas em filosofia e interfaces com a enfermagem. Processo de desenvolvimento das teorias de enfermagem e sua aplicabilidade.

46. PRÁTICAS DA ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA Ementa: Assistência de enfermagem aplicada ao indivíduo, família e comunidade no contexto dos programas e políticas de saúde. Planejamento, desenvolvimento e avaliação de ações de saúde junto a instituições do Sistema Único de Saúde e outras.

47. TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO I Ementa: Método científico. Tipos de pesquisa (qualitativa e quantitativa). Bioestatística. Pesquisa bibliográfica. Projeto de pesquisa, relatório de pesquisa. Comitê de ética em pesquisa em seres humanos. Artigo científico.

48. ESTÁGIO CURRICULAR OBRIGATÓRIO EM ENFERMAGEM I Ementa: Estágio curricular obrigatório em unidades hospitalares e na rede básica de serviços de saúde. Planejamento, execução e avaliação da assistência de enfermagem a indivíduos, famílias e comunidade, observando os princípios e pressupostos do SUS. Prática gerencial em enfermagem.

49. ESTÁGIO CURRICULAR OBRIGATÓRIO EM ENFERMAGEM II Ementa: Estágio curricular obrigatório em unidades hospitalares e na rede básica de serviços de saúde. Planejamento, execução e avaliação da assistência de enfermagem a indivíduos, famílias e comunidade, observando os princípios e pressupostos do SUS. Prática gerencial em enfermagem.

50. TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II Ementa: Comunicação oral e escrita de um trabalho científico. Apresentação do projeto do Trabalho de Conclusão de Curso.

51. LIBRAS Ementa: Introdução: aspectos clínicos, educacionais e sócio-antropológicos da surdez. A Língua de Sinais Brasileira - Libras: características

básicas da fonologia. Noções básicas de léxico, de morfologia e de sintaxe com apoio de recursos audiovisuais; Noções de variação. Praticar Libras: desenvolver a expressão visuoespacial.

52. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO IDOSO Ementa: Discussão sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso. Processo do envelhecimento. Abordagem sobre o idoso e a família. Noções básicas das doenças degenerativas e crônicas do sistema cardiocirculatório, respiratório, neuropsiquiátrico, digestivo e ósteo-articular. Cuidados adequados para garantir a qualidade de vida do idoso com incapacidade ou não, em situações cotidianas ou de emergência. Maus tratos e violência contra o idoso.

53. PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES Ementa: Abordagem histórica do processo saúde-doença, paradigma biomédico, paradigma holístico, anatomia energética sutil, medicina tradicional chinesa, toque terapêutico, massagem oriental, musicoterapia, relaxamento, meditação, essências florais, homeopatia, fitoterapia, política nacional de práticas integrativas e complementares.

54. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM DROGADIÇÃO Ementa: Neurobiologia da dependência química. Fatores etiológicos, sociais, familiares, genéticos e pessoais relacionados à dependência química. Construção da história clínica na dependência química. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para o uso de substância psicoativa. Motivação, entrevista motivacional e prevenção da recaída. Dependência química na adolescência. Dependência química na mulher e no idoso. Grupos de autoajuda no tratamento da dependência química. Terapia comunitária e dependência química. Visita domiciliar e dependência química. Consultório de rua para dependentes químicos. Redução de danos. Prevenção ao abuso de álcool e outras drogas. Uso de drogas e sistema penal. Saúde mental dos profissionais que trabalham com dependência química.

55. ÉTICA EM PESQUISA: Ementa: Importância social da pesquisa. Evolução histórica da ética em pesquisa. Direitos do ser humano na pesquisa. Ética na pesquisa com seres humanos. Ética na pesquisa com animais experimentais. Ética ambiental. Conflitos de interesse Comissão Nacional de Ética em Pesquisa e Conselhos de Ética em Pesquisa.

3 – METODOLOGIA

3.1 – Área de Estudo

3.1.1 – Brasil

O Brasil é um país que se localiza na América, mas precisamente na América do Sul. Possui 26 estados e a capital Brasília localizada no Distrito Federal.

País de uma diversidade cultural muito forte. Cada região brasileira possui suas peculiaridades culturais e culinárias, tornando-se um cenário de turismo interestadual.

Região Nordeste: entre as manifestações culturais da região estão danças e festas como o bumba meu boi, maracatu, caboclinhos, carnaval, ciranda, coco, terno de zabumba, marujada, reisado, frevo, cavahada e capoeira. Algumas manifestações religiosas são a festa de Iemanjá e a lavagem das escadarias do Bonfim.

A literatura de Cordel é outro elemento forte da cultura nordestina. O artesanato é representado pelos trabalhos de rendas. Os pratos típicos são: carne de sol, peixes, frutos do mar, buchada de bode, sarapatel, acarajé, vatapá, cururu, feijão-verde, canjica, arroz-doce, bolo de fubá cozido, bolo de massa de mandioca, broa de milho verde, pamonha, cocada, tapioca, pé de moleque, entre tantos outros.

Região Norte: a quantidade de eventos culturais do Norte é imensa. As duas maiores festas populares do Norte são o Círio de Nazaré, em Belém (PA); e o Festival de Parintins, a mais conhecida festa do boi-bumbá do país, que ocorre em junho, no Amazonas.

Outros elementos culturais da região Norte são: o carimbó, o congo ou congada, a folia de reis e a festa do divino. A influência indígena é fortíssima na culinária do Norte, baseada na mandioca e em peixes. Outros alimentos típicos do povo nortista são: carne de sol, tucupi (caldo da mandioca cozida), tacacá (espécie de sopa quente feita com tucupi), jambu (um tipo de erva), camarão seco e pimenta-de-cheiro.

Região Centro-Oeste: a cultura do Centro-Oeste brasileiro é bem diversificada, recebendo contribuições principalmente dos indígenas, paulistas, mineiros, gaúchos, bolivianos e paraguaios. São manifestações culturais típicas da região: a cavalhada e o fogaréu, no estado de Goiás; e o cururu, em Mato Grosso e Mato Grosso do Sul. A culinária regional é composta por arroz com pequi, sopa paraguaia, arroz carreteiro, arroz boliviano, Maria Isabel, empadão goiano, pamonha, angu, cural, os peixes do Pantanal - como o pintado, pacu, dourado, entre outros.

Região Sudeste: os principais elementos da cultura regional são: festa do divino, festejos da páscoa e dos santos padroeiros, congada, cavalhadas, bumba meu boi, carnaval, peão de boiadeiro, dança de velhos, batuque, samba de lenço, festa de lemanjá, folia de reis, caiapó.

A culinária do Sudeste é bem diversificada e apresenta forte influência do índio, do escravo e dos diversos imigrantes europeus e asiáticos. Entre os pratos típicos se destacam a moqueca capixaba, pão de queijo, feijão-tropeiro, carne de porco, feijoada, aipim frito, bolinho de bacalhau, picadinho, virado à paulista, cuscuz paulista, farofa, pizza, etc.

Região Sul: o Sul apresenta aspectos culturais dos imigrantes portugueses, espanhóis e, principalmente, alemães e italianos. As festas típicas são: a Festa da Uva (italiana) e a Oktoberfest (alemã). Também integram a cultura sulista: o fandango de influência portuguesa, a tirana e o anuo de origem espanhola, a festa de Nossa Senhora dos Navegantes, a congada, o boi-de-mamão, a dança de fitas, boi na vara. Na culinária estão presentes: churrasco, chimarrão, camarão, pirão de peixe, marreco assado, barreado (cozido de carne em uma panela de barro), vinho. (PORTAL DA EDUCAÇÃO – MEC – 2016)



Figura 01 – Regiões Brasileiras
Fonte: Portal do Professor – MEC

3.1.2 – Pernambuco

Estado da Região Nordeste com cultura e turismo em bastante evidência nacional.

É impossível pensar em Pernambuco sem associar o estado à animação do carnaval, belos casarios históricos e cenários naturais deslumbrantes. Tanto que três ícones do turismo pernambucano são reconhecidos como Patrimônio Cultural da Humanidade pela Unesco: Fernando de Noronha (natural), Olinda (material) e o Frevo (imaterial). Aliás, a cultura e folclore do estado que apresenta uma diversidade cultural das mais ricas do país é responsável por atrair turistas de todo o Brasil e do mundo.

O estado ostenta o quarto lugar entre Unidades da Federação em conjunto de bens protegidos pelo Iphan, que são distribuídos por 15 cidades pernambucanas. A importância histórica de Olinda garantiu que ela fosse a segunda cidade brasileira tombada pela Unesco, em 1982, atrás apenas de Ouro Preto (MG).

A cidade lembra os povoados portugueses de origem medieval com igrejas nos montes, sobrados e casario com quintais arborizados. Destaque para a arquitetura religiosa dos séculos XVI e XVII dos Conventos do Carmo, das Neves e de São Francisco. No quesito encantos naturais, o arquipélago de Fernando de Noronha com cenário paradisíaco oferece inúmeras opções de atividades e passeios.

As disputas entre índios nativos, portugueses e holandeses, principalmente no século XVI, pelo território, resultou em uma mistura cultural que, ainda hoje, desfila na arquitetura, culinária e especialmente na batida musical de Pernambuco.

O patrimônio cultural de Pernambuco compreende tradições ligadas ao Carnaval (troças, clubes e agremiações, caboclinhos), ao São João (bandas de pífanos, bacamartes, comidas de milho), à capoeira e às comunidades indígenas e quilombolas, entre outras. Os gigantes bonecos de Olinda também são considerados tradição local.

O Maracatu, ritmo musical com dança que integra elementos do cristianismo com crenças africanas é uma das heranças culturais mais importantes do estado. Dividido em duas categorias de acordo com a batida: baque virado (Maracatu Nação) e baque solto (Maracatu Rural). Na forma Rural, o cortejo desfila

belos e coloridos caboclos de lança que são interpretados, em sua maioria, por pessoas simples, principalmente trabalhadores rurais.

Mas é no Frevo, que Pernambuco encontra uma de suas mais importantes representações culturais, com um papel importante nas raízes da música brasileira. Suas três modalidades: de rua, de bloco e frevo-canção aparecem simultaneamente com o jogo de braços e de pernas atribuído à ginga dos capoeiristas, que assumiam a defesa de bandas e blocos, ao mesmo tempo em que criavam a coreografia. Assim, música e dança caminham juntos na formação cultural do pernambucano e segue arrastando multidões durante o carnaval.

No agreste do estado, a Feira de Caruaru (PE) é uma representação viva da cultura nordestina frequentada por milhares de pessoas que compram diferentes produtos, do comércio de gado, roupas e alimentos ao artesanato. São peças de barro, madeira, pedra, metal, palha, coco, cordas, couro, tecidos, bordados e lã, além de brinquedos populares, figuras do Mestre Vitalino, literatura de cordel, comidas típicas, ervas e raízes medicinais. (EMBRATUR, 2017)



Figura 02 – Bonecos de Olinda
Fonte: Embratur

3.1.3 – Recife

O Recife é berço de escritores, poetas, músicos e vários artistas de muitas formas de expressão. Manuel Bandeira, João Cabral de Melo Neto e Carlos Pena

Filho são nomes da poesia do Brasil que retrataram o Recife em suas obras. Além da poesia, surgiram no município nomes como Néelson Rodrigues e Gilberto Freyre na literatura, Lenine, Antônio Nóbrega, Robertinho do Recife e Reginaldo Rossi na música, Francisco Brennand, Vicente do Rego Monteiro e Lauro Villares nas artes plásticas, dentre outros.

O município abriga vários museus, centros culturais como por exemplo o Caixa Cultural, Centro Cultural dos Correios, CCBB e o Centro Cultural Banco Real e instituições voltadas para a promoção de ações artísticas e culturais tais como a centenária Academia Pernambucana de Letras, Academia de Artes e Letras de Pernambuco e o Instituto Ricardo Brennand, um dos mais importantes museus do Brasil, que abriga importante coleção de armaria, gravuras e outras obras de arte abrangendo o período entre a Idade Média e o fim das Invasões holandesas do Brasil. Destacam-se a maior Coleção de pinturas de Frans Post do mundo e as Armaduras Medievais.

As manifestações culturais mais relevantes de Pernambuco ocorrem na capital, ressaltando-se o Movimento de Escritores Independentes de Pernambuco, que na década de 1980 reuniu grande número de poetas; O Abril Pro Rock, que surge como revelador do Movimento Manguebit e revelador nacional de bandas como Nação Zumbi e Mundo Livre S/A.

O Frevo surgiu no município há mais de cem anos e durante o Carnaval do Recife é o ritmo musical mais comum com blocos como o Galo da Madrugada.

Entre os museus têm destaque o Museu do Estado de Pernambuco, que guarda acervo histórico sobre o estado e a cidade, o Museu da Cidade do Recife, que, instalado no Forte das Cinco Pontas, conta boa parte da história do Recife, o museu do Memorial da Justiça, instalado na antiga estação de trem do Brum, o Museu do Homem do Nordeste (idealizado por Gilberto Freyre), e o Museu da Abolição, que foi criado em 1957 pelo governo federal para contar a história dos escravos no Brasil e a abolição.

O Teatro de Santa Isabel é o principal teatro do Recife, compondo importante conjunto arquitetônico e paisagístico na Praça da República com Palácio do Campo das Princesas, Palácio da Justiça e o Liceu de Pernambuco.

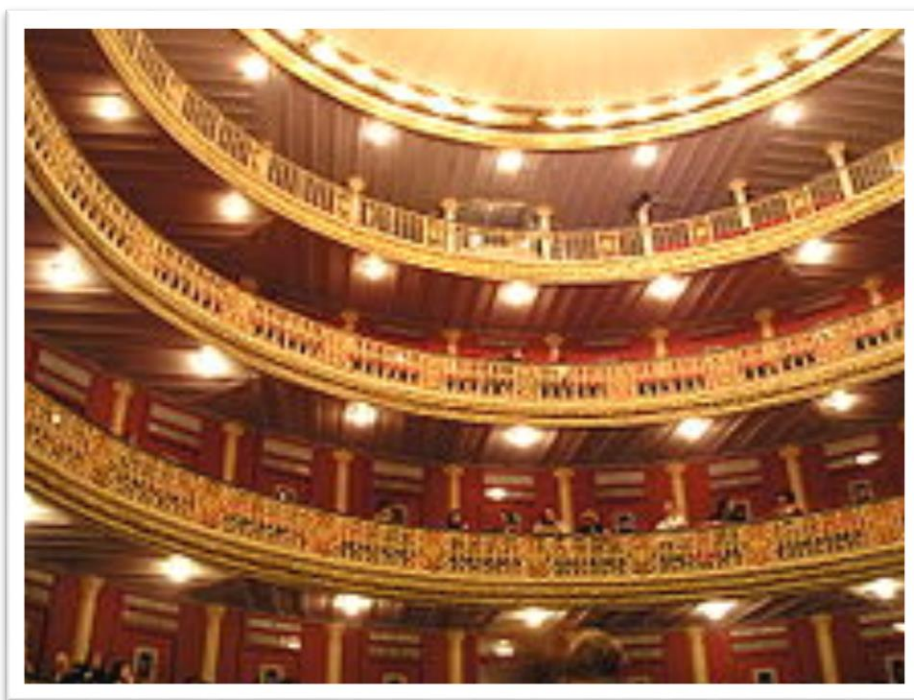


Figura 03 – Interior do Teatro Santa Isabel
Fonte: Cultura Recifense

3.1.4 – Lócus da Pesquisa – Hospital Público de Pernambuco

O hospital começou a ser construído ainda na década de 1940, durante o governo do interventor Agamenon Magalhães, mas só foi fundado em 1956.

Cinco anos depois, sob a direção da psiquiatra Jane Lemos, foi acrescentado o serviço de pronto-atendimento da unidade aos já existentes: psiquiatria e pneumologia, clínica médica, cirurgia geral, ortopedia e pediatria.

Atualmente, o Hospital é referência para o tratamento de doenças respiratórias, em especial a tuberculose, traumatologia, clínica médica, urologia, cirurgia geral e pediatria. Além disso, é o único hospital de Pernambuco a tratar de pacientes com tuberculose multidroga resistentes, forma clínica da doença que não responde às principais medicações que combatem a tuberculose comum.

Situado no bairro de Tejipió, Zona Oeste do Recife, a unidade atende a população dos bairros de Jardim São Paulo, Totó e Sancho, além dos moradores do Curado, Cavaleiro, Jaboatão dos Guararapes e Cabo de Santo Agostinho.

Cerca de 2,3 mil pacientes são atendidos mensalmente na emergência, onde passam pelo acolhimento com classificação de risco e são submetidos a uma

triagem de acordo com a gravidade da situação. O ambulatório atende uma média de 3 mil pessoas por dia em várias especialidades.

A unidade conta ainda com o serviço de ouvidoria, por meio do qual pacientes e acompanhantes podem fazer seus registros por telefone, e-mail ou pessoalmente. (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE – PE, 2010)

3.2 – Tipos de Pesquisa

3.2.1 – Qualitativa

Não emprega instrumental estatístico; – Responde questões como: “o quê”, “porquê” e “como”; – Avaliação mais detalhada dos dados sobre um menor número de pessoas e casos; – Podem ser definidas proposições a serem investigadas; – Envolve pequenas amostras não necessariamente representativas de grandes populações; – Permite estudar as questões em profundidade e detalhe; – Busca entender os fenômenos de acordo com a perspectiva dos participantes. (GODOY, 1995)

3.2.2 – Quantitativa

Procedimentos sistemáticos para a descrição e explicação de fenômenos; – Pesquisa estruturada; – Podem ser definidas hipóteses a serem testadas; – Usa métodos estatísticos; – Quantifica os dados; – Generaliza-se os resultados da amostra para a população-alvo. (KUHN, 1996)

3.2.3 – Pesquisa Qualiquantitativa

É a junção dos dois tipos descritos acima.

3.3 – Tipo de Pesquisa Utilizado

Utilizamos a pesquisa Qualiquantitativa.

3.5 – Instrumentos de Coleta e Dados

3.4.1 – Observação

- serve a um objetivo formulado de pesquisa;
- é sistematicamente planejada;
- é sistematicamente registrada a proposições mais gerais;
- é submetida a verificação e controles de validade e precisão.

Vantagem: os fatos são percebidos diretamente, sem qualquer intermediação.

Desvantagem: a presença do pesquisador pode provocar alterações no comportamento dos observados.

Tipos de observação: simples, participante, sistemática. (SANTOS, 1996)

3.4.2 – Entrevista

- formulação de perguntas ao investigado, forma de interação social;
- coleta de dados, diagnóstico e orientação.

Vantagens:

• possibilita a obtenção de dados referentes aos mais diversos aspectos da vida social;

- obtenção de dados acerca do comportamento humano;
- dados coletados suscetíveis de classificação e qualificação;
- o entrevistado não necessita saber ler e escrever;
- oferece flexibilidade, no sentido de esclarecimentos;
- permite captar expressões (corporal, gestos, voz...).

Limitações:

- a falta de motivação do entrevistado;
- a falta de compreensão do significado das perguntas;
- fornecimento de respostas falsas;
- incapacidade do entrevistado para responder a entrevista;
- influências das opiniões pessoais do entrevistador;
- custos para treinamento e aplicação das entrevistas.

Tipos:

– **Entrevista informal:** expressão livre do entrevistado sobre o assunto pesquisado.

- **Entrevista focalizada:** enfoca tema específico e procura manter o entrevistado no assunto.
- **Entrevista por pautas:** tem certo grau de estruturação, guiando-se por uma relação de pontos.
- **Entrevista estruturada:** relação fixa de perguntas, possibilitando tratamento quantitativo dos dados.(GIL, 1994)

3.4.3 – Questionário

Composto por questões apresentadas por escrito aos investigados.

Vantagens:

- possibilidade de atingir grande número de pessoas;
- menores gastos com pessoal (treinamento);
- garante anonimato das respostas;
- não há influências de opiniões (entrevistador).

Limitações:

- exclui os que não sabem ler e escrever;
- impede auxílio quando o pesquisado não entende o sentido da pergunta;
- impede o conhecimento das circunstâncias em que foi respondido;
- não garante a devolução;
- número relativamente pequeno de perguntas;
- resultados críticos em relação à objetividade (significados diferentes para cada sujeito pesquisado).

Tipos de Perguntas: abertas, fechadas e duplas. (GIL, 1994)

3.5 – Instrumento Utilizado

Utilizamos a entrevista para a coleta de dados

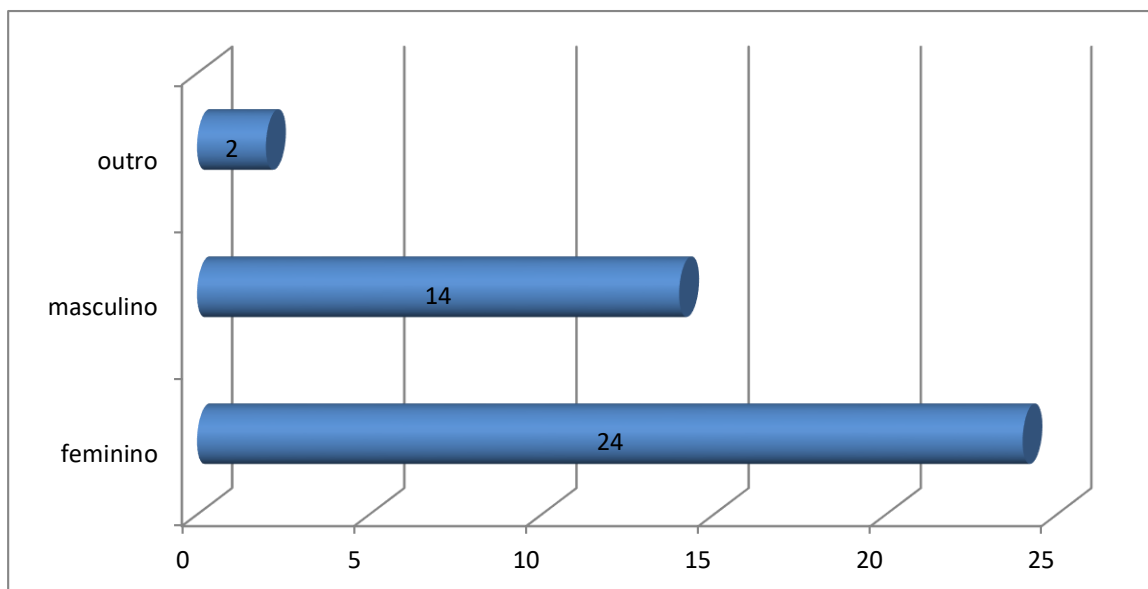
3.6 – Sujeitos da Pesquisa

Técnicos em Enfermagem e Enfermeiros.

4 – ANÁLISE DOS DADOS

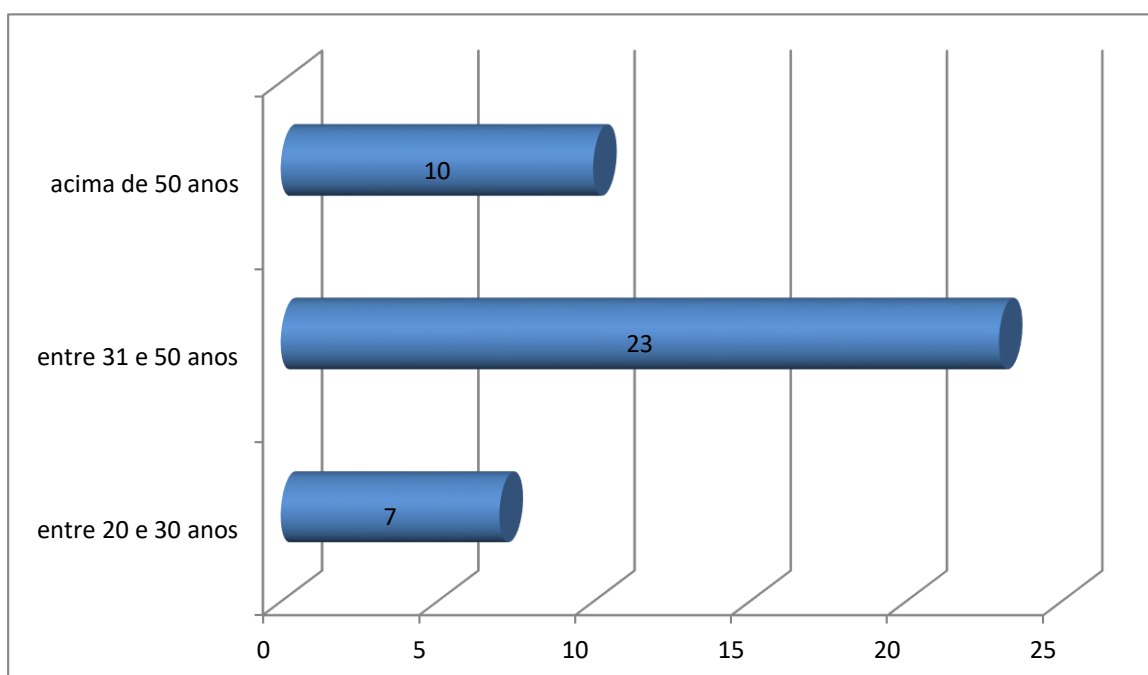
4.1 – Perfil dos Profissionais Entrevistados

Gráfico 01 – Sexo

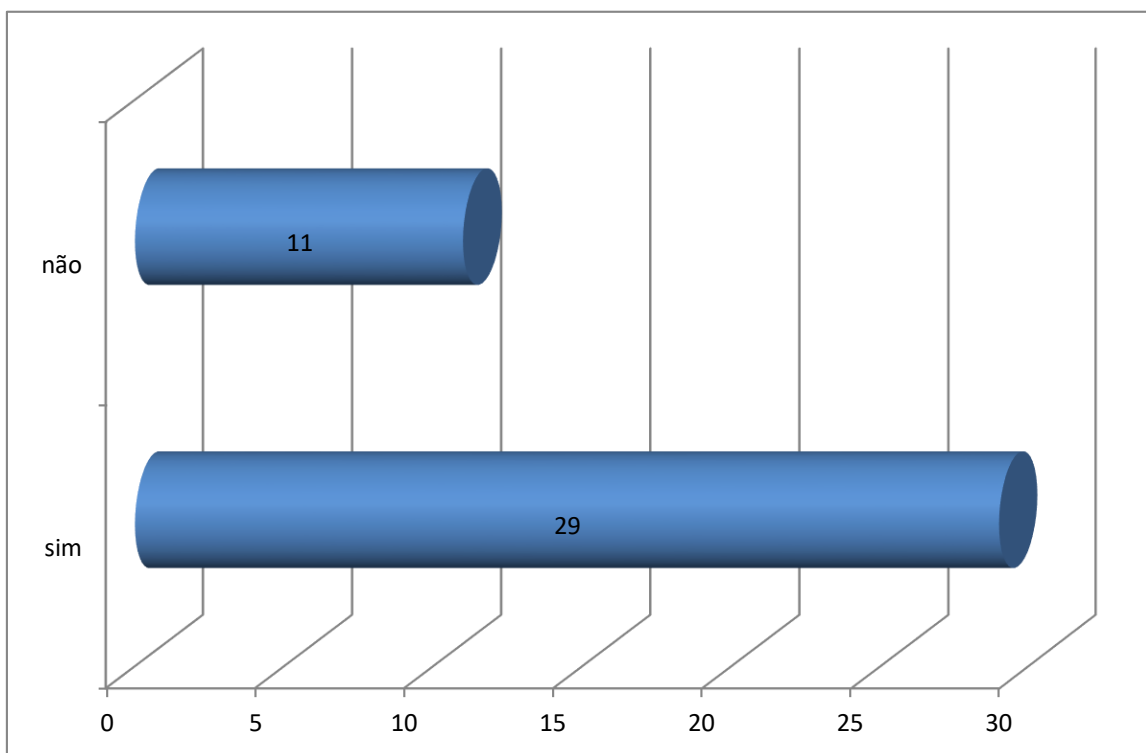


Participaram deste estudo, 24 mulheres, 14 homens e duas pessoas que se declararam homossexuais.

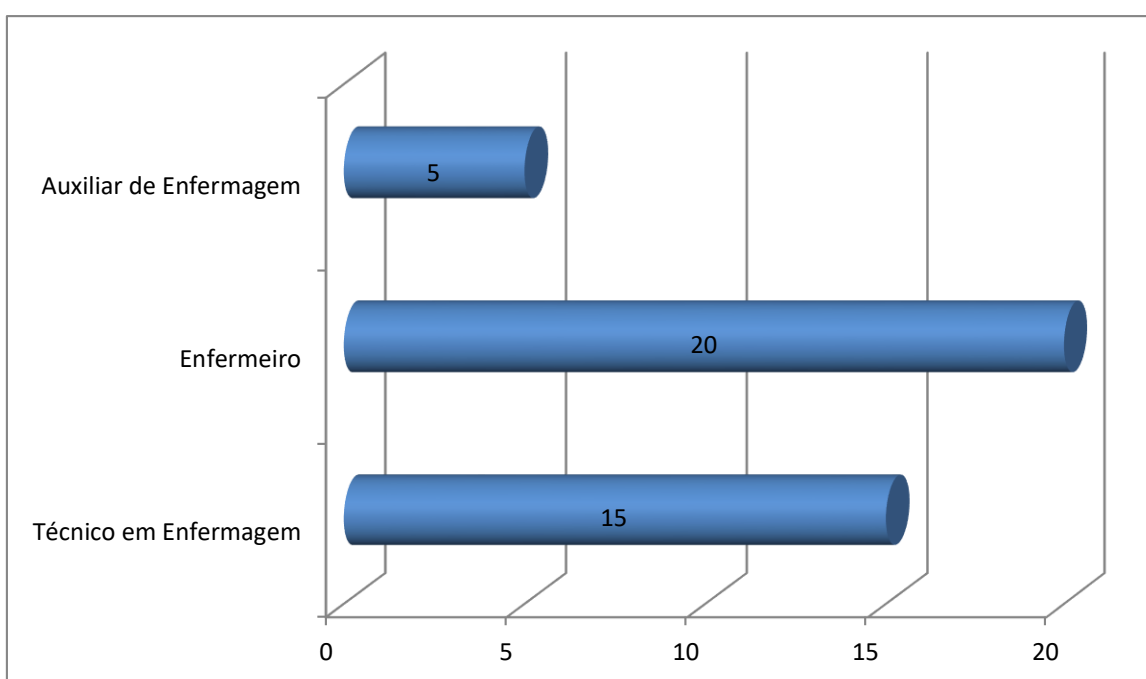
Gráfico 02 – Idade



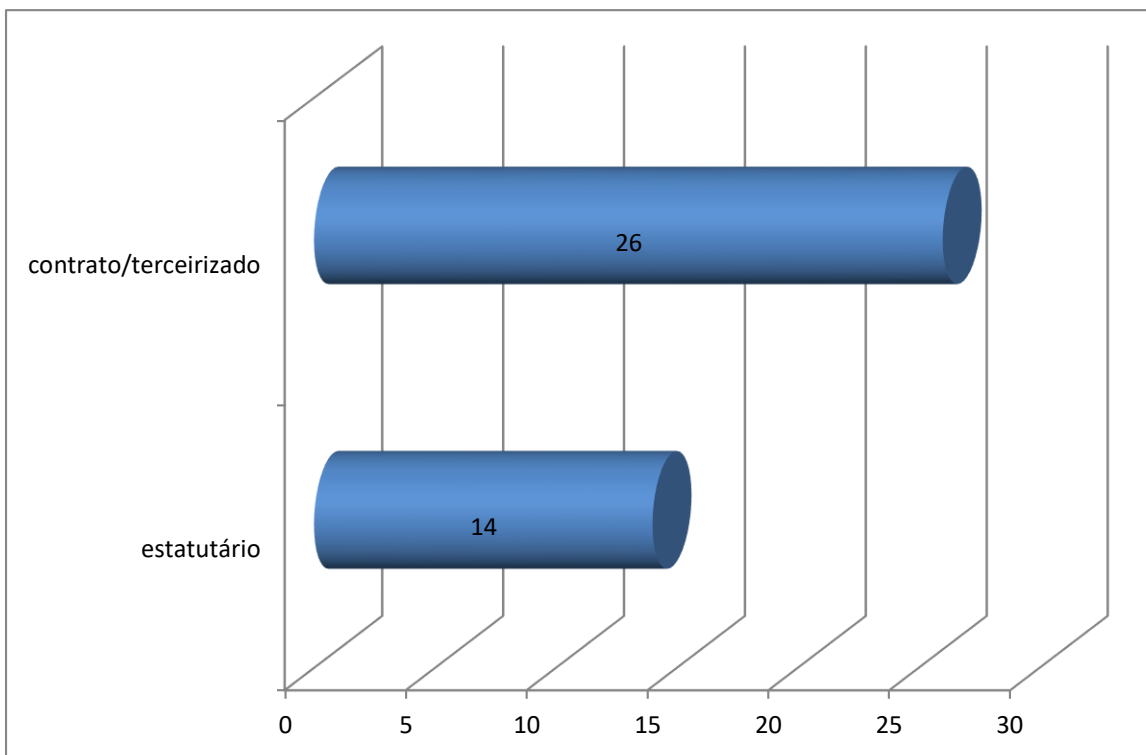
A idade deles variou entre 25 e 65 anos.

Gráfico 03 – Possui mais de um vínculo empregatício?

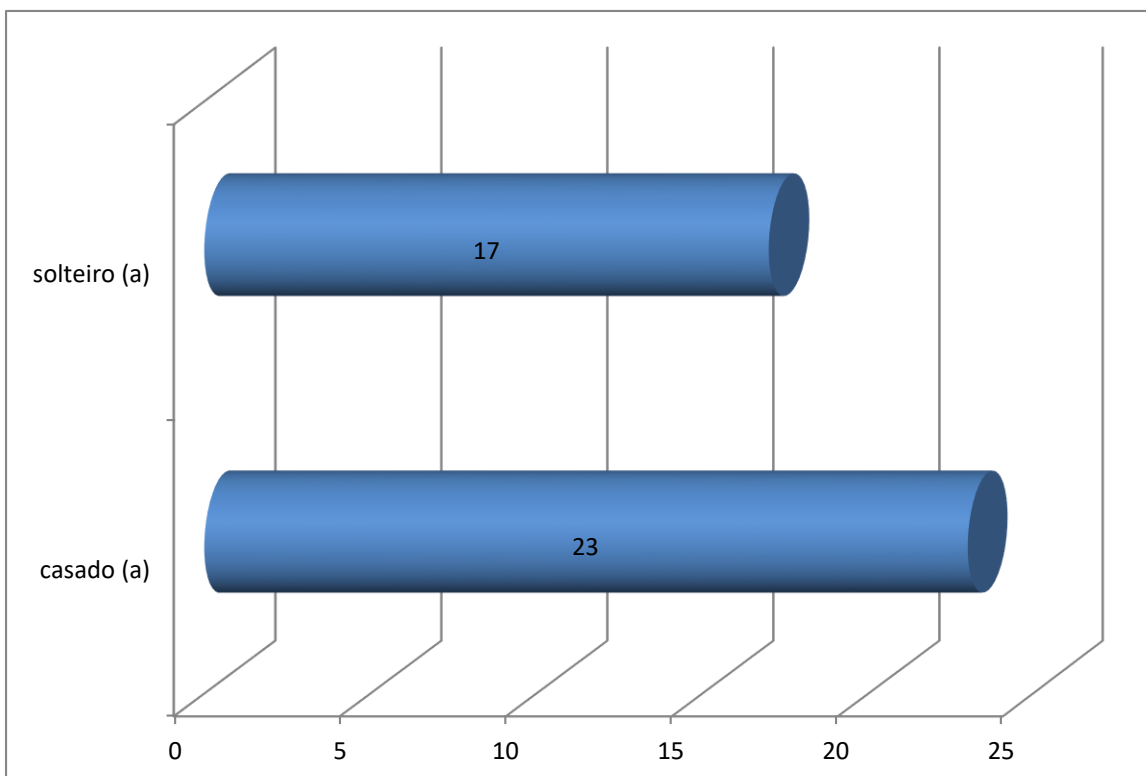
A maioria tem mais de um vínculo empregatício. Alguns chegam a ter até três vínculos.

Gráfico 04 – Qual função exerce neste hospital?

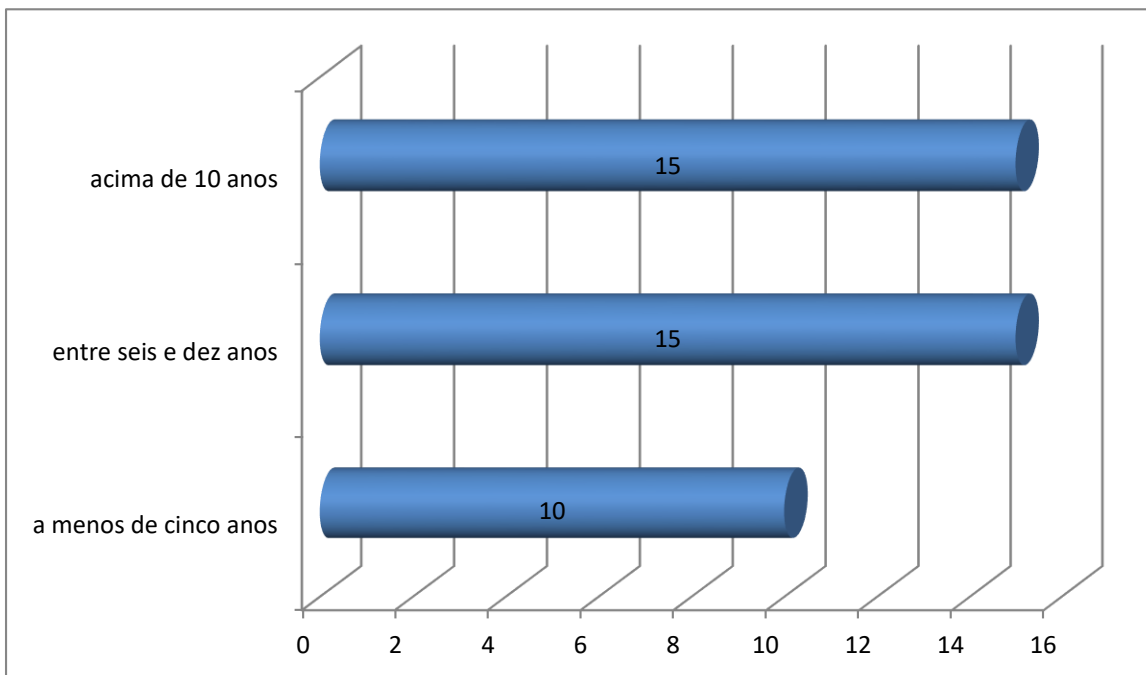
Escolhemos 20 enfermeiros e 15 técnicos em enfermagem e cinco auxiliares de enfermagem para deixar a nossa amostra equilibrada.

Gráfico 05 – Seu vínculo neste hospital é estatutário?

A maioria dos entrevistados é contratada em seu vínculo no hospital lócus de nossa pesquisa.

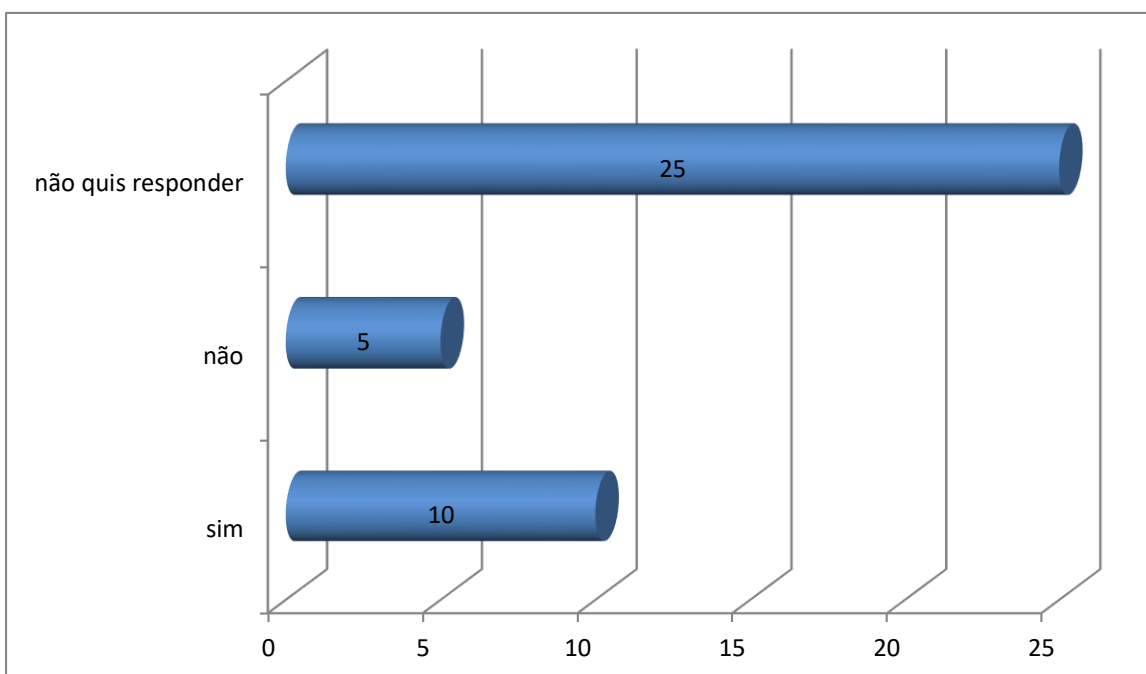
Gráfico 06 – Estado Civil

Dos 40 participantes, 23 são casados.

Gráfico 07 – Há quanto tempo está trabalhando neste hospital?

Quando perguntados em relação ao tempo de serviço no hospital, percebeu-se que 30 deles já estão a mais de nove anos.

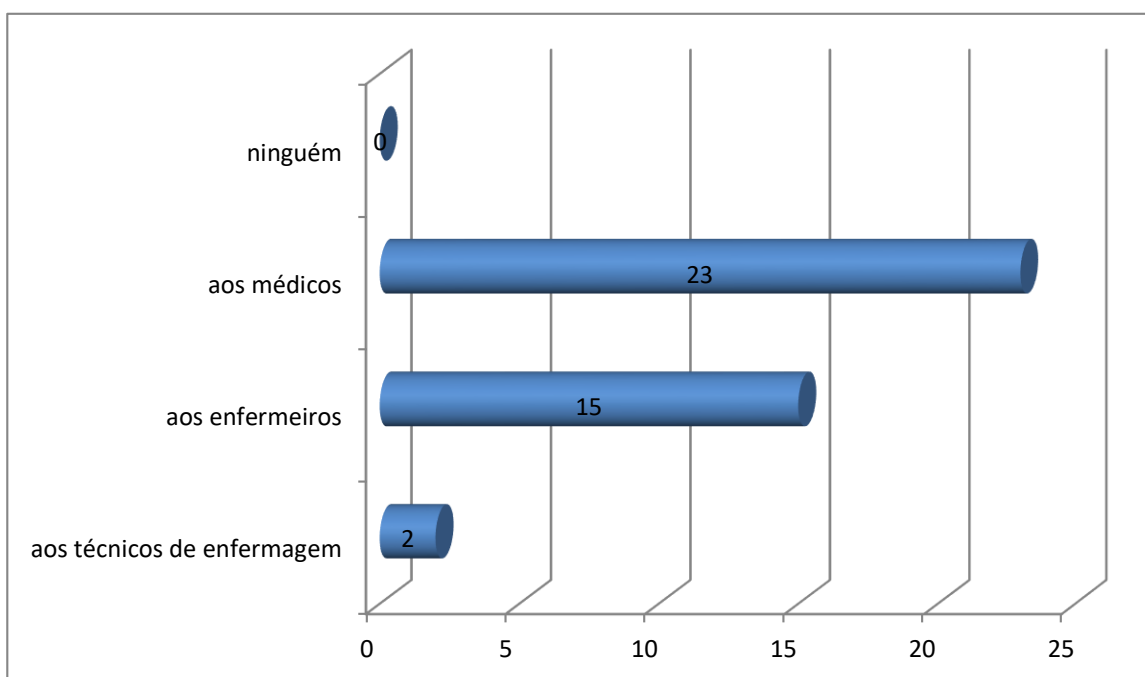
4.2 – Respostas das Perguntas Específicas

Gráfico 08 – Já aconteceu de você administrar de forma errada um medicamento?

Admitir que comete erros ainda é um entrave para os seres humanos.

Estima-se nos Estados Unidos que os erros na área da saúde correspondem à oitava causa de morte. Entre 44 e 98 mil pessoas morrem anualmente por danos causados por erros, e desse total aproximadamente 7 mil mortes estão relacionadas a erros de medicação (NÉRI Et al, 2011).

Gráfico 09 – Quando acontece um erro de medicação, a quem você culpabiliza?



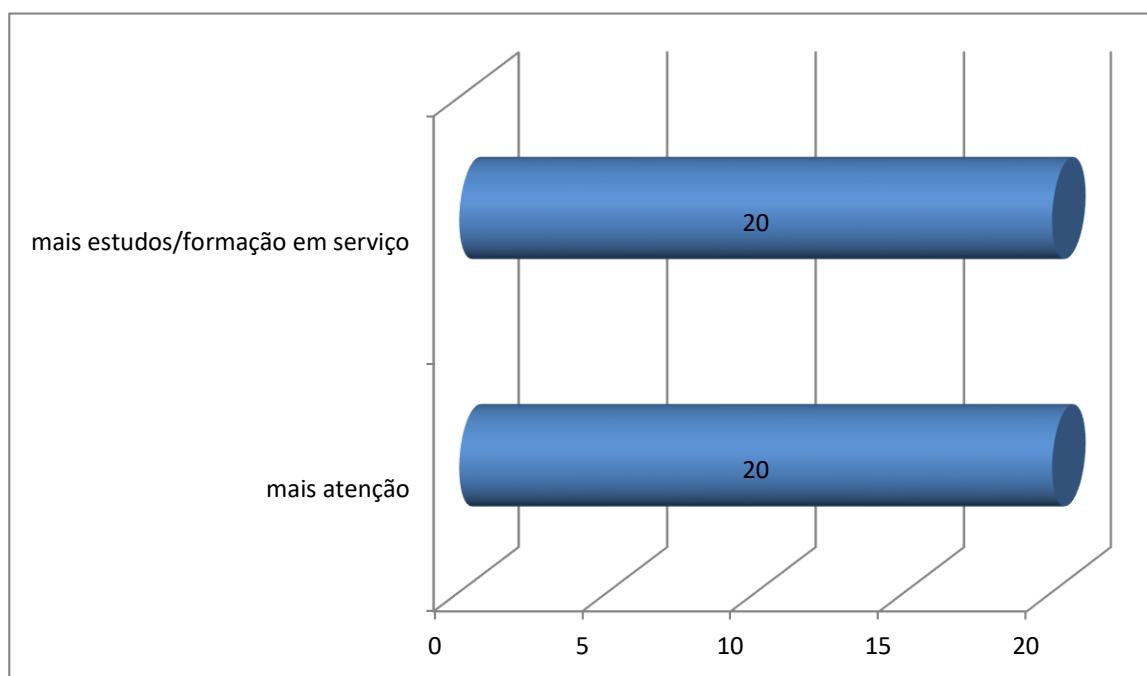
O erro de medicação é definido como um evento previsível, que pode ser causado ou surgir do uso inconveniente ou da falta de uma medicação, enquanto a medicação está sob o controle do profissional da saúde, paciente ou consumidor. Diferentes tipos de erros podem ocorrer, mas os que mais frequentes que acontecem são os ocorridos durante o aprazamento, o preparo e a administração de medicações, procedimentos estes de responsabilidade da equipe de enfermagem (SILVA e CARVALHO, 2012).

De acordo com a legislação brasileira, a prescrição hospitalar deve ser legível, clara e completa, apresentando, em geral, o nome, número de registro e leito do cliente, a data, o nome do medicamento a ser administrado, a dosagem, a via, a frequência e/ou o horário de administração, a duração do tratamento (no caso dos antibióticos, por exemplo), a assinatura legível do médico e o número de seu registro no conselho de classe correspondente (GIMENES et al, 2009).

Segundo estudo apresentado por Santana et al (2012), em sentido amplo, a conotação de responsabilidade, pode ser traduzida como sendo relativa às obrigações, encargos, compromissos, dever de satisfazer ou executar alguma coisa que se convencionou ou, ainda, suportar sanções e penalidades decorrentes do descumprimento de obrigações originárias.

Nesse sentido, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Resolução COFEN n.º 311/07) consagra como direito do cliente a prestação de uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de negligência, imperícia ou imprudência (CORTEZ et al, 2010).

Gráfico 10 – O que falta nos profissionais de saúde para que não haja uma incidência grande de erros na medicação do paciente?

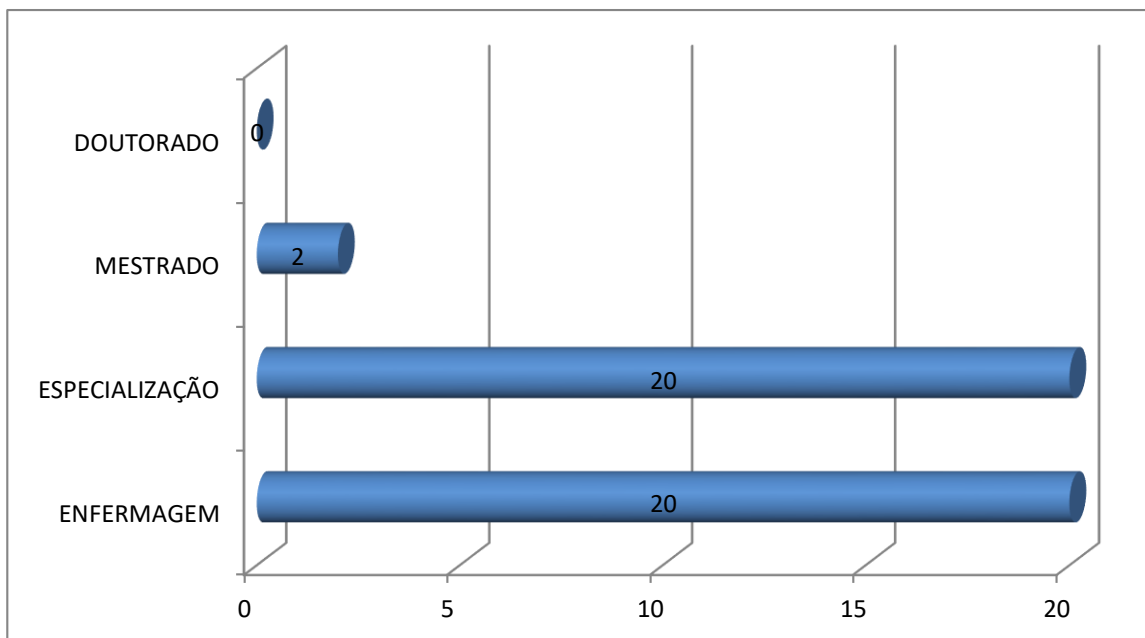


A falta de habilidade, segurança e domínio técnico por parte de acadêmicos em hospitais- escola, por exemplo, torna possível a limitação na capacidade de analisar e interpretar situações presentes e emergentes, bem como precipitação e lentidão. Tal situação pode ser piorada quando num mesmo campo exista alto número de alunos, o que complica a supervisão, e pela complexidade do processo de aprendizado de conhecimentos diversos, fazendo com que aumente os riscos de ocorrência de erros (SANTOS e CEOLIM, 2009) .

A assistência segura e isenta de riscos ou de danos à clientela deve ser meta da equipe de enfermagem, que deve sempre estar amparada no

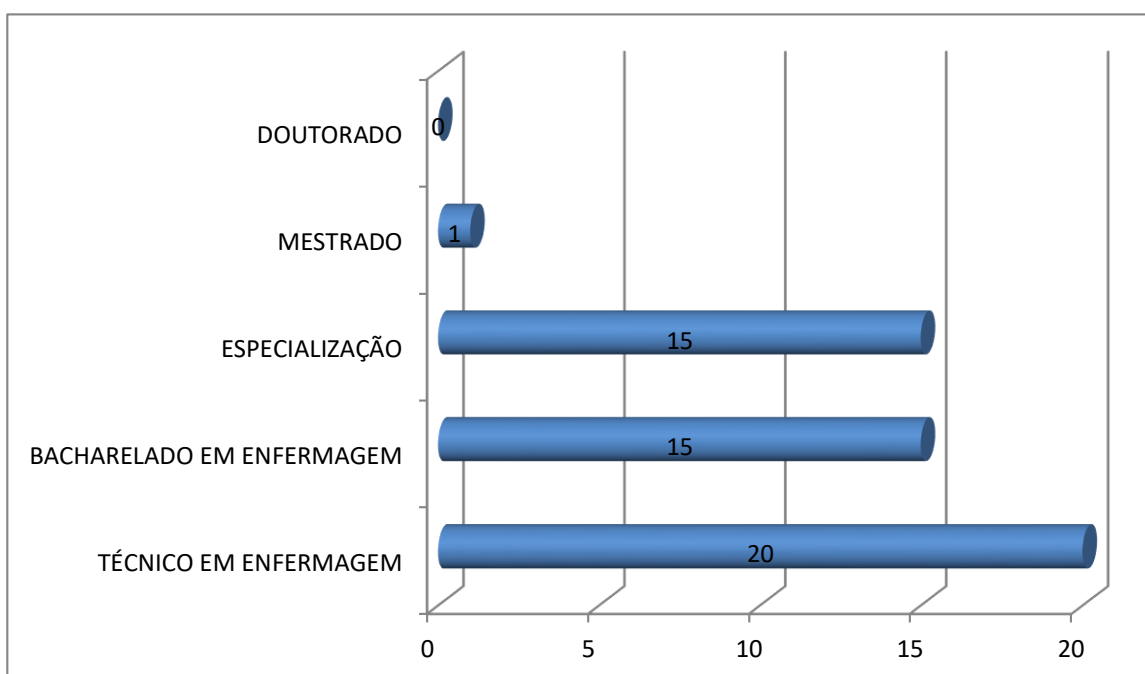
conhecimento científico, nas normas legais que regulamentam os direitos e obrigações relativas ao exercício profissional, assim como na dimensão ética e moral que permeiam suas ações (SANTOS et al, 2010).

Gráfico 11 – Qual a sua formação acadêmica? (Enfermeiros)



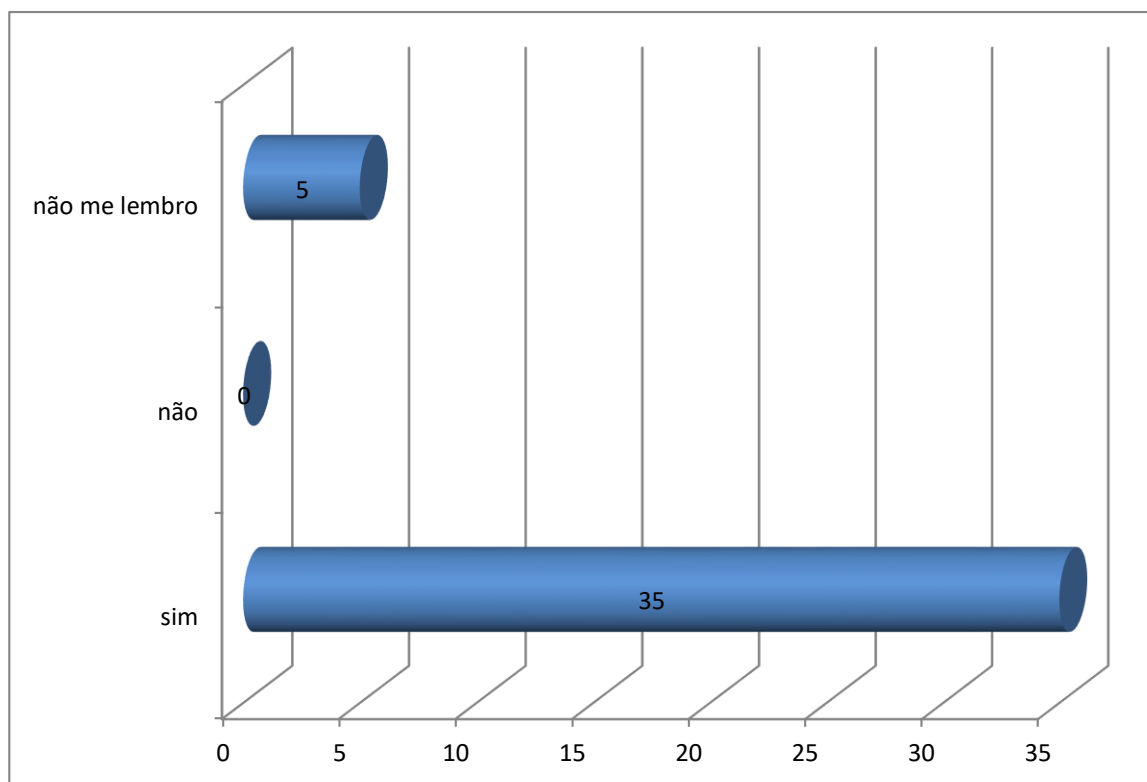
Todos os enfermeiros participantes têm uma ou mais especializações na área da Saúde. Dois deles têm Mestrado.

Gráfico 12 – Qual a sua formação acadêmica? (Técnicos em Enfermagem)



Os técnicos de enfermagem além do curso técnico, 15 deles já tem o Bacharelado em Enfermagem e também tem especializações na área da Saúde. Um deles tem o Curso de Mestrado.

Gráfico 13 – Durante todos os cursos feitos por vocês, “Erro na Administração de Medicamento” foi temática de abordagem para estudo?



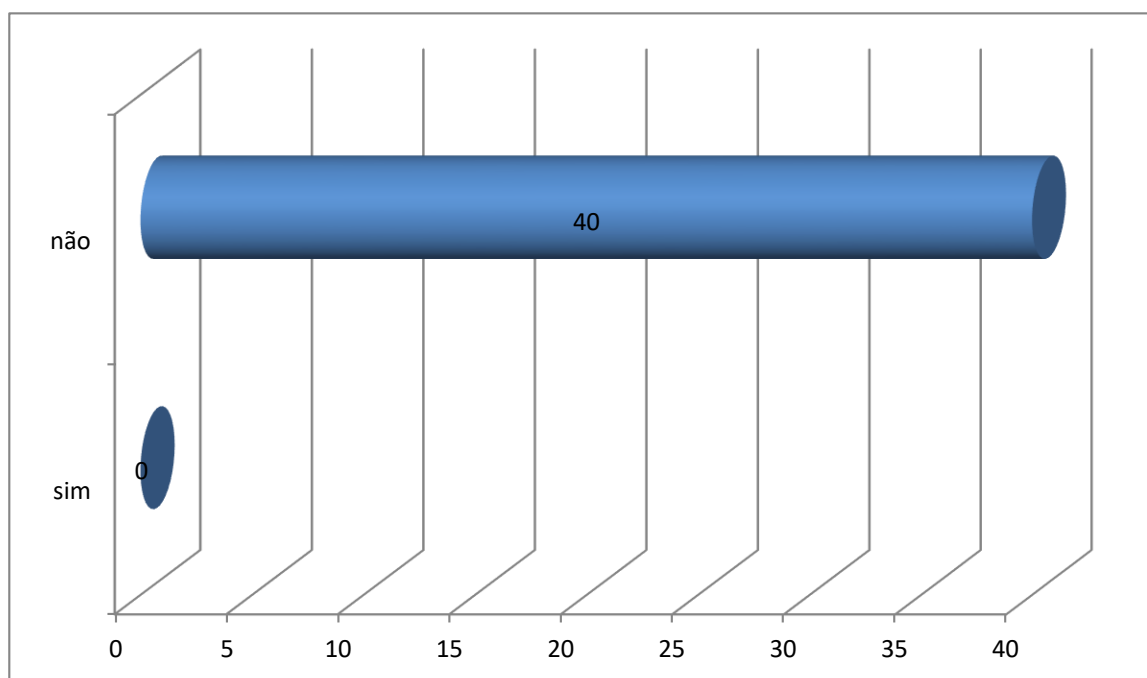
A administração de medicamentos é uma das atividades mais importantes realizada pela equipe de enfermagem e se ajusta em várias ordens de cuidados prestados no tratamento de doenças.

A terapia pode ter efeitos de prevenção, diagnóstico, terapia, cura, alívio de sintomas e outros. Sendo assim, é fundamental o conhecimento técnico-científico dos profissionais de saúde para que possam oferecer um serviço de boa qualidade e com segurança para o cliente (SILVA e CAMERINI, 2012)

É necessária a aplicação de vários princípios científicos que fundamentem a ação da equipe de enfermagem, como forma de prevenir e reduzir erros.

Dentre as atividades com a finalidade de promover o conhecimento científico destaca-se a educação continuada, uma ferramenta que permite o desenvolvimento e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde e assegura a qualidade do atendimento aos clientes (FILHO et al, 2012) .

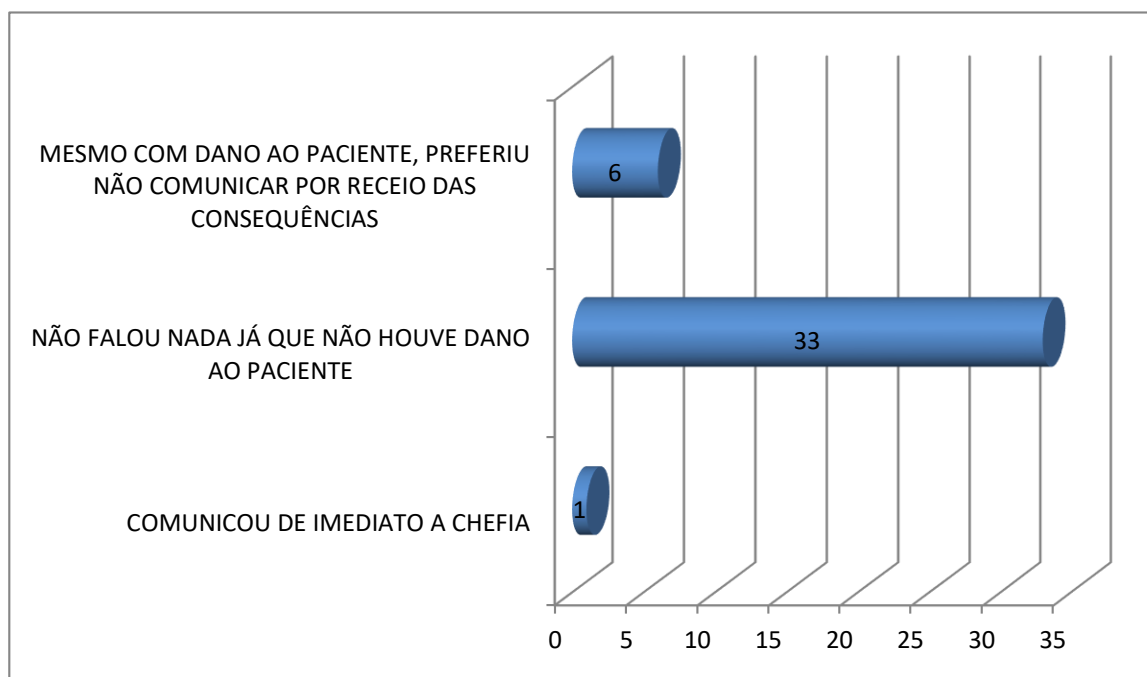
Gráfico 14 – Você acha “normal” acontecer erros na administração de medicamentos?



Erro de medicação, segundo a National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention consiste em qualquer evento evitável que cause ou induza o uso inadequado de um medicamento, estando a medicação no controle do profissional de saúde, paciente ou consumidor. Tais erros podem ser decorrentes do exercício profissional, prescrição médica, rotulagem dos produtos, composição, ou falhas na distribuição, administração e monitoramento (NCMERP) .

A ocorrência de erros no preparo e na administração medicamentosa são situações que infelizmente fazem parte da realidade do trabalho do profissional de enfermagem, destacando-se aqueles que atuam nos hospitais e na rede básica de saúde diretamente envolvidos na administração de medicamentos e deixam em evidência a responsabilidade desses profissionais (RENOVATO, CARVALHO e ROCHA, 2010) .

A equipe de enfermagem está diretamente envolvida no final do processo da administração de medicamentos e, nesse aspecto, sua responsabilidade em evidenciar e impedir falhas aumenta, pois o ato de administrar se torna a última oportunidade de intervir evitando a ocorrência de erros que podem ter iniciado no princípio deste processo (FILHO, et al, 2012) .

Gráfico 15 – Qual sua ação quando o erro aconteceu?

Atualmente, o erro não é observado do ponto de vista da melhoria e crescimento, mas sim de forma pejorativa. Dificilmente os profissionais de saúde assumem ou admitem o erro, uma vez que na sua formação são levados a preencher um padrão de perfeição e desse modo passam a crer que não falham. Isso faz com que aconteça a omissão de notificações e investigações de casos sejam dificultadas trazendo como consequência punições, violência, constrangimentos, vergonha, desprestígio profissional e até mesmo chegando ao absurdo do suicídio de profissionais de saúde que cometem erros (FASSARELLA, BUENO e SOUZA, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao avaliar as necessidades de formação de enfermagem deve-se fazer referência obrigatória aos trabalhos de outros autores, como primeiros expoentes da metodologia científica para o desenvolvimento de um questionário, para avaliar as necessidades de formação de enfermagem, e no qual, baseou-se para projetar uma das dimensões deste estudo, “Formação de enfermagem que gostariam de receber”.

As novas competências dos profissionais de enfermagem, assim como, o desenvolvimento de técnicas médicas e científicas, a livre circulação dos profissionais de enfermagem, a diversidade cultural e social dos dias atuais, podem determinar as necessidades e exigências mais concretas e, ao mesmo tempo, uma formação mais ampla.

Ao revisar a literatura sobre este assunto, surgem muitas formações que não foram levantadas neste estudo e que, curiosamente, não foram solicitadas por nenhum enfermeiro consultado, tais como os estudos em um segundo idioma, e também a formação sobre os aspectos éticos do trabalho de enfermagem.

Estudos anteriores sobre este tema, focados em analisar as necessidades de formação, sobre tudo em pesquisa, apresentou dados semelhantes aos do presente estudo, de que a primeira necessidade de formação refere-se a habilidades técnicas de enfermagem, em segundo lugar ao atendimento do paciente suicida, e em terceiro lugar, a demanda de formação na área de estudo, favorecendo uma triagem clínica precoce na gestão de cuidados.

Esta situação provavelmente relaciona-se à formação prévia dos profissionais de enfermagem, já que em princípio, os novos graduados em enfermagem dominam uma série de habilidades básicas para lidar de forma eficaz às necessidades metodológicas e de pesquisa, gerando como resultado no ambiente de trabalho, grupos de enfermeiros que diferem entre si, apresentando-se enfermeiros mais experientes, com mais formação em aspectos clínicos/cuidados do paciente e novos enfermeiros, recentemente formados, com mais formação teórica/metodológica.

Outra necessidade de maior demanda de formação relaciona-se à metodologia de enfermagem. De fato, este é um dos aspectos mais marcantes para os recém-formados. Sendo assim, alguns autores relatam sobre a

necessidade de aprender sobre o conhecimento e a contribuição da enfermagem para a saúde, para reforçar o papel do profissional de enfermagem, contribuindo com a saúde da população e melhorando a formação do aluno de pós-graduação.

Os estudantes, ao se formarem e ingressarem no mundo do trabalho, apresentam dificuldades de colocar em prática os modelos de enfermagem e a metodologia de trabalho aprendida, tendo que se adaptar a um sistema funcional meramente assistencial. Uma possível solução para este conflito pode ser a formação continuada, uma vez que alguns autores a consideram como a forma mais adequada para manter a competência profissional e assegurar sua adaptação aos novos avanços técnico científicos, permitindo corrigir as insuficiências formativas e incentivar a correta utilização dos serviços de saúde, garantindo a qualidade.

A realidade da formação acadêmica do profissional de enfermagem mudou radicalmente nas últimas décadas, pois para manter o ritmo da prática clínica atual frente a tradicional, os “novos” profissionais de enfermagem devem ter mais conhecimentos sobre determinadas áreas de trabalho, atendendo uma demanda social e de saúde da população.

A maioria dos profissionais de enfermagem consultados considera que sua formação acadêmica de pós-graduação não é adequada a sua atividade de trabalho. Esta situação ocorre apesar da maioria afirmar ter realizado cursos de formação continuada ou ter participado de congressos, conferências ou seminários de formação, demonstrando que a formação continuada que os profissionais consultados recebem não é adequada as suas necessidades de trabalho, nem a formação acadêmica recebida.

A formação prévia do enfermeiro afeta significativamente na percepção que os profissionais de enfermagem têm sobre suas necessidades de formação. Especificamente, os diplomados acadêmicos em enfermagem apresentam maiores riscos de necessitarem de maiores informações do que os graduados e/ou especialistas, portanto, deve ser dada atenção especial a este grupo, em relação a sua formação continuada.

Os profissionais de enfermagem consideram necessário adequar a formação continuada à atividade de trabalho e carreira profissional. Em conclusão, a formação dos profissionais deve ser contínua, iniciada na formação básica, sendo constante ao longo da vida profissional. De qualquer modo, a maneira de

demonstrar o impacto da formação adequada na prática clínica e, portanto, nos serviços prestados, é muito difícil de medir e continua sem ser avaliada na bibliografia revisada.

Portanto, neste estudo, a análise das necessidades de formação foi o primeiro passo, ou seja, o estudo da demanda formativa de enfermeiros. Em relação aos dados obtidos, pode-se levantar estratégias educacionais, que devem ser implementadas, avaliando sua eficácia. Como limitações do estudo, destaca-se o viés de seleção da amostra, uma vez que os questionários foram realizados de forma voluntária pelos profissionais e não através de uma amostragem probabilística.

Os serviços de saúde vêm buscando atingir níveis cada vez mais altos de excelência no atendimento, visando proporcionar assistência segura ao paciente. Os eventos adversos têm sido considerados importantes indicadores de resultado da qualidade dos serviços de saúde e da assistência prestada. Embora sejam indesejáveis, esses eventos são constantemente observados na prática assistencial, sendo frequentes aqueles relacionados aos erros de medicação.

Os profissionais de saúde normalmente associam falhas nas suas atividades a vergonha, desprestígio e medo de punições. Para contribuir com a redução de erros, é preciso análise constante, cuidadosa e atenta, por parte das instituições de saúde, de erros que efetivamente ocorrem.

A prevenção de erros deve ser pautada na busca de causas reais, que geralmente incluem erros nos sistemas de organização e implementação do serviço. Identifica-se a necessidade urgente das instituições de saúde e dos profissionais de enfermagem desenvolver uma cultura de segurança na administração de medicamentos em consonância com os respeitos éticos e legais da profissão de enfermagem, otimizando uma assistência de forma eficiente e segura para o paciente, familiares e equipe de saúde.

As ações de segurança devem ser multidisciplinares. É preciso incentivar os profissionais de saúde sejam médicos, enfermeiros, farmacêuticos e técnicos de enfermagem a agirem de forma honesta, educá-los no sentido de adotar providências na ocorrência de um erro, sem temer punições, e se engajar no intuito de obter uma prática segura na administração de medicamentos aos clientes.

A equipe de enfermagem deve ter como meta uma assistência segura e isenta de riscos ou danos aos pacientes, o que é alcançado por meio do

conhecimento científico, pelas normas legais que regulam obrigações e direitos em relação ao exercício de sua profissão, bem como os aspectos éticos e morais que cercam suas ações. É necessário o envolvimento do profissional no ambiente de trabalho para evitar os erros de medicação. Ainda é pequeno o número de bibliografias que enfoca o tema erros de medicação, principalmente no que diz respeito à educação permanente.

Nesse contexto, o conhecimento da produção acadêmica nesta área pode ser um ótimo suporte para o fortalecimento e aprimoramento dessas ações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLAN EL, BARKER KN. Fundamentals of medication error research. Am J Hosp Pharm. 1990; 47: 555-69.

ANECA – Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ES). Libro Blanco del Título de Enfermería. Madrid; 2004.

ANTONOW J, SMITH A, SILVER M. Medication error reporting: A survey of nursing staff. Journal of Nursing Care Quality. 2000; 15: 42-8.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente e qualidade dos serviços em saúde. Brasília; 2010. Boletim informativo 1, v.1, n 1. p.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 26 jul 2013.

BAPEN - British association for Parenteral and enteral nutrition. Administering drugs via enteral tubes: a practical guide[internet]. 2004.

BARDOT S, SABATIER B, GILLAIZEAU CARUBA T, PROGNON P, DURIEUX P. Evaluation of drug administration errors in a teaching hospital. BMC health Services Research. 2012; 12:60-6.

BARKER KN, FLYNN EA, PEPPER GA. Observation method of detecting medication errors. Am J Health Syst Pharm. 2002; 59: 2314-6.

BAUER, LA. Interference of oral phenytoin absorption by continuous nasogastric feeding. Neurology. 1992; 32: 570-2.

CAMERINI FG, SILVA LD. Segurança do paciente: Análise do preparo de medicação intravenosa em hospital da rede sentinela. Texto Contexto Enferm. 2011 Jan-Mar; 20(1): 41-9.

_____. Análise da administração de medicamentos intravenosos em hospital da rede sentinela. Texto Contexto Enferm. 2012 Jul-Set; 21(3): 633-41.

CANO FG, ROZENFELD S. Adverse drugs events: a systematic review. Cad. Saúde Pública. 2009; 25(3): 360-72.

CARBAJO P, CASTRODEZA J, GUAL A, LÓPEZ-BLANCO JA, MARTÍN-ZURRO A, SÁNCHEZ-BIEZMA E. Desarrollo, seguimiento y evaluación de la formación especializada en el modelo troncal: conclusiones del seminario realizado el 24 de septiembre de 2014 en la XXV Escuela de Salud Pública, Llatzaret, Menorca. FEM. [Internet]. 2014.

CHUA SS, CHUA HM, OMAR A. Drug administration erros in paediatric wards: a direct observation approach. *Eur J Pediatr.* 2010; 169:603-609.

CÓRDOVA, Delgado. ALVARADO, Alfaro. MANRIQUE, Manrique. LIZARBE, Choquea. AGUIRRE, Alvarad. HUAMAN, Ichpas. Calidad de vida laboral de los egresados y predicamento del empleador. Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga" de ICA 2013. *Rev Enferm Vanguard.* 2014.

CORTEZ, EA., SOARES, GRS., SILVA, ICM., CARMO, TG., CARMO, TG. Preparo e administração venosa de medicamentos e soros sob a ótica da Resolução COFEN nº 311/07. *Acta Paul Enferm* 2010

DONALDSON, L. J. PATIENT SAFETY: global momentum builds. *Qual Saf Health Care* 2004; 13:86.

FASSARELLA, CS., BUENO, AAB., SOUZA, ECC. Segurança do paciente no ambiente hospitalar: os avanços na prevenção de eventos adversos no sistema de medicação. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*, Vol. 7, No 1 (2013).

FILHO, MAA.; et al. Administração de medicamentos: conhecimento de enfermeiros do setor de urgência e emergência. *Enfermería Global*, v.26, abr. 2012.

FILHO, FMA., MARTINS, IMS., SOARES, CSRS., FAZENDEIRO, PG., PARANAGUÁ, TTB., BEZERRA, ALQ. Administração de medicamentos: conhecimento de enfermeiros do setor de urgência e emergência. *Revista Electrónica trimestral de Enfermería*. Abril 2012,

GÁMEZ LECHUGA M, CLOPÉS ESTELA A, CARDONA PERA D, FARRÉ RIBA R, CASTRO CELS I, BONAL DE FALGÁS J. Importancia de las características físico-químicas de los fármacos para su administración por sonda nasointestinal o enterostomía. *Farm Hosp* 1998; 22 (3): 137-43.

GARCÍA, C. GÓMEZ, García. ANTÓN, Hurtado. La comunicación interprofesional desde la cultura organizacional de la enfermería asistencial. *Cultura de los cuidados: Rev Enferm Humanidades.* 2011.

GIL, Antonio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GIMENES, FRE. TEIXEIRA, TCA. SILVA, AEBC. OPTIZ, SP. MOTA, MLS. CASSIANI, SHB. Influência da redação da prescrição médica na administração de medicamentos em horários diferentes do prescrito. *Acta Paul Enferm.* 2009

GODOY, A. S. Pesquisa Qualitativa: tipos fundamentais. *Revista de Administração de Empresas – RAE*, v. 35, n. 3, p. 20-29, 1995.

GOMES MJVM, REIS AMMM. Ciências Farmacêuticas: uma abordagem em farmácia hospitalar. 1ªed. São Paulo: Ateneu; 2003, p 112-115,125.

GONZÁLEZ, Veiga. CUETO, Iglesias. MATO, Díaz. ¿Qué beneficios tiene para la empresa su colaboración con el sector educativo? Un análisis de la formación de centros de trabajo desde la perspectiva empresarial. Rev Ministerio de Trabajo e Inmigración. 2010.

GOULD D, KELLY D, WHITE I, CHIDGEY J. Training need analysis. A literature review and reappraisal. Int J Nurs Stud.2004;

Handbook of resolutions and decisions of the World Health Assembly and Executive Board, Vol 11948-1972. Geneva: World Health Organization, 1973. WHA16.36 Clinical and pharmacological Evaluation of Drugs.

IZCO N, CREUS N, MASSÓ J, CODINA C, RIBAS J. Incompatibilidades fármacosnutrición enteral: recomendaciones generales para su prevención. Farm Hosp. 2001; 25: 29-40.

KOHN LT, CORRIGAN JM, DONALDSON MS. To Error is human: building a safer health system: a report of the Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press, 2001.

KOOP BJ, ERSTAD BL, ALLEN ME, THEODOROU AA, PRIESTLEY G. Medication errors and adverse drug events in an intensive care unit: direct observation approach for detection. Crit. Care Med. 2006;34(2):415-25.

KUHN, T. A Estrutura das Revoluções Científicas. São Paulo: Perspectiva, 1996.
LEAPE LL, BRENNAN TA, LAIRD N, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med. 1991; 324:370–6.

The nature of adverse events in hospitalized patients—results of the Harvard medical practice study II. N Engl J Med. 1991; 324:377–84.

LEAPE LL, BATES DW, CULLEN DJ, COOPER J, DEMONACO HJ, GALLIVAN T, et al. System analysis of adverse drug events. JAMA. 1995; 274(1):35-43

MACIÁ, Soler. ZABALEGUI, Yárnoz. Desarrollo del máster y doctorado oficial de enfermería en España. Castellón: Universidad Jaume I. Servicio de Comunicación y Publicaciones; 2010.

MAGNUSON BL, CLIFFORD TM, HOSKINS LA, BERNARD AC. Enteral Nutrition and Drug Administration, Interactions, and Complications. Nutr Clin Pract. 2005; 20(6): 618-24.

MALCOME YISIL. The nine rights of medication administration: an overview. Br J Nurs. 2010 Mar; 19: (5): 300-05.

MEDINA FJ, GALLARDO R, GÓMEZ J. La vía Máster oficial para Enfermería de Urgencias, Emergencias y cuidados críticos. Emergencias. 2009.

MENDES W, TRAVASSOS C, MARTINS M, NORONHA JC. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. Rev. Bras Epidemiol. 2005; 8(4): 393- 406.

MENDES W, MARTINS M, ROZENFELD S, TRAVASSOS C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. Int J Qual Health Care. 2009 Aug; 21(4):279-84.

MILLER MR, ROBINSON KA, LUBOMSKI LH, RINKE ML, PRONOVOST PJ. Medication errors in paediatric care: a systematic review of epidemiology and an evaluation of evidence supporting reduction strategy recommendations. Qual Saf Health Care 2007; 16:116-26.

Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, 2 abr 2013.

Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377 de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União, 10 jul 2013.

Ministério da Saúde/ANVISA/Fiocruz. Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos [internet]. Brasília; 2013

NCMERP. NATIONAL Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention.

NÉRI ED, GADÊLHA PG, MAIA SM, PEREIRA AG, ALMEIDA PC, RODRIGUES CR, PORTELA MP, FONTELES MM. Erros de prescrição de medicamentos em um hospital brasileiro, 2011. Rev. Assoc. Med. Bras. 2011.

OLIVA C, HIDALGO CG. Satisfacción Usuaría: Un Indicador de Calidad del Modelo de Salud Familiar, evaluada en un Programa de Atención de Familias en Riesgo Biopsicosocial, en la Atención Primaria. Psykhe. 2004.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Departamento de Medicamentos Essenciais e Outros Medicamentos. A importância da Farmacovigilância. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2005; p.5.

OPTIZ SP. Sistema de medicação: análise dos erros nos processos de preparo e administração de medicamentos em um hospital de ensino [tese de doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2006.

PEPPER, G A. Errors in drug administration by nurses. Am J Health-System Pharm. 1995; 52:390-95.

RAVENTOS J. ¿Es hoy determinante invertir en el desarrollo de las organizaciones? Capital Humano. 2004.

REASON J. Human error: models and management. Br Med J. 2000; 320: 768-70

RENOVATO, RD., CARVALHO, PD., ROCHA, RSA. Investigação da técnica de administração de medicamentos por sondas enterais em hospital geral. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2010 abr/jun;

ROQUE KE, MELO ECP. Avaliação dos eventos adversos a medicamentos no contexto hospitalar. Esc Anna Nery. 2012; 16(1):121- 7.

ROZENFELD S, RANGEL ITM. Farmacovigilância. Cadernos de Saúde Pública 1988; 4(3): 336-341.

ROZENFELD S, CHAVES SMC, REIS LGC, MARTINS M, TRAVASSOS C, MENDES W, ESTEVES DP, CÉZAR FGD, ALMEIDA RLV, OLIVEIRA SS, SILVA CMFP, MASSAFERA RC. Efeitos adversos a medicamentos em hospital público: estudo piloto. Rev Saúde Pública. 2009; 43(5):887-90.

SANTANA, JCB., SOUSA, MA., SOARES, HC., AVELINO, KSA. Fatores que influenciam e minimizam os erros na administração de medicamentos pela equipe de enfermagem. Rev. Enfermagem Revista. V. 15. Nº 01 . Jan/Abr. 2012.

SANTOS, JC., CEOLIM, MF. Iatrogenias de enfermagem em pacientes idosos hospitalizados. Rev Esc Enferm USP 2009.

SANTOS, JO., SILVA, AEBC., MUNARI, DB., MIASSO, AI. Condutas adotadas por técnicos de enfermagem após ocorrência de erros de medicação. Acta Paul Enferm 2010;

SANTOS, Antonio Raimundo dos. Metodologia Científica: a construção do conhecimento. Rio de Janeiro: DP&A, 1999.

SILVA, DL. CARVALHO, MFC. Revisão integrativa da produção científica de enfermeiros acerca de erros com medicamentos. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2012 out/dez.

SILVA, LD., CAMERINI, FG. Análise da administração de medicamentos intravenosos em hospital da rede sentinela. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2012 Jul-Set.

TAXIS K, BARBER N. Ethnographic study of incidence and severity of intravenous drug errors. BMJ. 2003; 326:684-88.

THOMAS EJ, STUDDERT DM, BURSTIN HR, ORAV EJ, ZEENA T, WILLIAMS EJ, et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. Med Care. 2000 Mar; 38(3):261-71.

TISSOT E, CORNETTE C, LIMAT S. et al. Observational study of potencial risk factors of medication administration erros. Pharm World Sci. 2003; 25(6):264-8.

TONELLO P, ANDRIGUETTI LH, ZIULKOSKI A L. Avaliação do uso de medicamentos em uma unidade pediátrica de um hospital privado do sul do Brasil. Rev Ciênc Farm Básica Apl. 2013; 34(1): 101-8.

UREÑA, Vilardell. La calidad de la atención sanitaria: definición, historia y conceptos básicos. Calidad y Riesgo. 2001.

WHO -World Health Organization: World Alliance for Patient Safety. Taxonomy. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Final Technical Report. Geneva, January 2009, version 1.1.

ANEXOS

Anexo I – Lei nº 13.236, de 29 de dezembro de 2015.

Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que “dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os Medicamentos, as Drogas, os Insumos Farmacêuticos e Correlatos, Cosméticos, Saneantes e Outros Produtos, e dá outras Providências”, para estabelecer medidas que inibam erros de dispensação e de administração e uso equivocado de medicamentos, drogas e produtos correlatos.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O art. 4º da Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo único:

“Art. 4º

Parágrafo único. Os produtos de que trata o **caput** deverão ter características de rotulagem e de embalagem que possibilitem a sua imediata e precisa distinção daqueles destinados ao uso adulto.” (NR)

Art. 2º O art. 5º da Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 5º Os produtos de que trata esta Lei não poderão ter nomes, designações, rótulos ou embalagens que induzam a erro.

.....

§ 5º Ficam incluídos entre os erros mencionados no **caput** os de dispensação e de administração de medicamentos, drogas e produtos correlatos.” (NR)

Art. 3º O art. 57 da Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, passa a vigorar acrescido do seguinte § 2º, numerando-se o atual parágrafo único como § 1º:

“Art. 57.....

§ 1º

§ 2º Os rótulos de medicamentos, de drogas e de produtos correlatos deverão possuir características que os diferenciem claramente entre si e que inibam erros de dispensação e de administração, trocas indesejadas ou uso equivocado.” (NR)

Art. 4º O Título XI da Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, passa a vigorar acrescido do seguinte art. 60-A:

“Art. 60-A. Para conter ou acondicionar droga, medicamento ou produtos correlatos, não será autorizado o emprego de embalagem que possa induzir trocas indesejadas ou erros na dispensação, no uso ou na administração desses produtos.”

Art. 5º Esta Lei entra em vigor após decorridos cento e oitenta dias de sua publicação oficial.

Brasília, 29 de dezembro de 2015; 194º da Independência e 127º da República.

DILMA ROUSSEFF
Marcelo Costa e Castro

Anexo II – Lei nº 13.235, de 29 de dezembro de 2015.

Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, para equiparar o controle de qualidade de medicamentos similares ao de medicamentos genéricos.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O inciso XX do art. 3º da Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 3º

.....

XX - Medicamento Similar – aquele que contém o mesmo ou os mesmos princípios ativos, que apresenta a mesma concentração, forma farmacêutica, via de administração, posologia e indicação terapêutica e que é equivalente ao medicamento registrado no órgão federal responsável pela vigilância sanitária, podendo diferir somente em características relativas ao tamanho e forma do produto, prazo de validade, embalagem, rotulagem, excipientes e veículos, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, devendo sempre ser identificado por nome comercial ou marca;

.....” (NR)

Art. 2º O art. 21 da Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 21.....

§ 1º O medicamento similar a ser fabricado no País será considerado registrado após decorrido o prazo de cento e vinte dias da apresentação do respectivo pedido de registro, se até então o pedido não tiver sido indeferido e desde que atendido o disposto no § 6º deste artigo.

.....

§ 6º O medicamento similar, fabricado ou não no País, deverá ter a sua eficácia, segurança e qualidade comprovadas de forma equivalente à adotada para o medicamento genérico.” (NR)

Art. 3º Esta Lei entra em vigor após decorridos cento e oitenta dias de sua publicação oficial.

Brasília, 29 de dezembro de 2015; 194º da Independência e 127º da República.

DILMA ROUSSEFF

Marcelo Costa e Castro

Anexo III – Código de ética dos profissionais de enfermagem

PREÂMBULO

O Conselho Federal de Enfermagem, ao revisar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem – CEPE, norteou-se por princípios fundamentais, que representam imperativos para a conduta profissional e consideram que a Enfermagem é uma ciência, arte e uma prática social, indispensável à organização e ao funcionamento dos serviços de saúde; tem como responsabilidades a promoção e a restauração da saúde, a prevenção de agravos e doenças e o alívio do sofrimento; proporciona cuidados à pessoa, à família e à coletividade; organiza suas ações e intervenções de modo autônomo, ou em colaboração com outros profissionais da área; tem direito a remuneração justa e a condições adequadas de trabalho, que possibilitem um cuidado profissional seguro e livre de danos. Sobretudo, esses princípios fundamentais reafirmam que o respeito aos direitos humanos é inerente ao exercício da profissão, o que inclui os direitos da pessoa à vida, à saúde, à liberdade, à igualdade, à segurança pessoal, à livre escolha, à dignidade e a ser tratada sem distinção de classe social, geração, etnia, cor, crença religiosa, cultura, incapacidade, deficiência, doença, identidade de gênero, orientação sexual, nacionalidade, convicção política, raça ou condição social.

Inspirado nesse conjunto de princípios é que o Conselho Federal de Enfermagem, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo Art. 8º, inciso III, da Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, aprova e edita esta nova revisão do CEPE, exortando os profissionais de Enfermagem à sua fiel observância e cumprimento.

PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

A Enfermagem é comprometida com a produção e gestão do cuidado prestado nos diferentes contextos socioambientais e culturais em resposta às necessidades da pessoa, família e coletividade.

O profissional de Enfermagem atua com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais, técnico-científico e teórico-filosófico; exerce suas atividades com competência para promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os Princípios da Ética e da Bioética, e participa como integrante da equipe de Enfermagem e de saúde na defesa das Políticas Públicas, com ênfase nas políticas de saúde que garantam a universalidade de acesso, integralidade da

assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde.

O cuidado da Enfermagem se fundamenta no conhecimento próprio da profissão e nas ciências humanas, sociais e aplicadas e é executado pelos profissionais na prática social e cotidiana de assistir, gerenciar, ensinar, educar e pesquisar.

CAPÍTULO I – DOS DIREITOS

Art. 1º Exercer a Enfermagem com liberdade, segurança técnica, científica e ambiental, autonomia, e ser tratado sem discriminação de qualquer natureza, segundo os princípios e pressupostos legais, éticos e dos direitos humanos.

Art. 2º Exercer atividades em locais de trabalho livre de riscos e danos e violências física e psicológica à saúde do trabalhador, em respeito à dignidade humana e à proteção dos direitos dos profissionais de enfermagem.

Art. 3º Apoiar e/ou participar de movimentos de defesa da dignidade profissional, do exercício da cidadania e das reivindicações por melhores condições de assistência, trabalho e remuneração, observados os parâmetros e limites da legislação vigente.

Art. 4º Participar da prática multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar com responsabilidade, autonomia e liberdade, observando os preceitos éticos e legais da profissão.

Art. 5º Associar-se, exercer cargos e participar de Organizações da Categoria e Órgãos de Fiscalização do Exercício Profissional, atendidos os requisitos legais.

Art. 6º Aprimorar seus conhecimentos técnico-científicos, ético-políticos, socioeducativos, históricos e culturais que dão sustentação à prática profissional.

Art. 7º Ter acesso às informações relacionadas à pessoa, família e coletividade, necessárias ao exercício profissional.

Art. 8º Requerer ao Conselho Regional de Enfermagem, de forma fundamentada, medidas cabíveis para obtenção de desagravo público em decorrência de ofensa sofrida no exercício profissional ou que atinja a profissão.

Art. 9º Recorrer ao Conselho Regional de Enfermagem, de forma fundamentada, quando impedido de cumprir o presente Código, a Legislação do

Exercício Profissional e as Resoluções, Decisões e Pareceres Normativos emanados pelo Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.

Art. 10 Ter acesso, pelos meios de informação disponíveis, às diretrizes políticas, normativas e protocolos institucionais, bem como participar de sua elaboração.

Art. 11 Formar e participar da Comissão de Ética de Enfermagem, bem como de comissões interdisciplinares da instituição em que trabalha.

Art. 12 Abster-se de revelar informações confidenciais de que tenha conhecimento em razão de seu exercício profissional.

Art. 13 Suspender as atividades, individuais ou coletivas, quando o local de trabalho não oferecer condições seguras para o exercício profissional e/ou desrespeitar a legislação vigente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo formalizar imediatamente sua decisão por escrito e/ou por meio de correio eletrônico à instituição e ao Conselho Regional de Enfermagem.

Art. 14 Aplicar o processo de Enfermagem como instrumento metodológico para planejar, implementar, avaliar e documentar o cuidado à pessoa, família e coletividade.

Art. 15 Exercer cargos de direção, gestão e coordenação, no âmbito da saúde ou de qualquer área direta ou indiretamente relacionada ao exercício profissional da Enfermagem.

Art. 16 Conhecer as atividades de ensino, pesquisa e extensão que envolvam pessoas e/ou local de trabalho sob sua responsabilidade profissional.

Art. 17 Realizar e participar de atividades de ensino, pesquisa e extensão, respeitando a legislação vigente.

Art. 18 Ter reconhecida sua autoria ou participação em pesquisa, extensão e produção técnico-científica.

Art. 19 Utilizar-se de veículos de comunicação, mídias sociais e meios eletrônicos para conceder entrevistas, ministrar cursos, palestras, conferências, sobre assuntos de sua competência e/ou divulgar eventos com finalidade educativa e de interesse social.

Art. 20 Anunciar a prestação de serviços para os quais detenha habilidades e competências técnico-científicas e legais.

Art. 21 Negar-se a ser filmado, fotografado e exposto em mídias sociais durante o desempenho de suas atividades profissionais.

Art. 22 Recusar-se a executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, à família e à coletividade.

Art. 23 Requerer junto ao gestor a quebra de vínculo da relação profissional/usuários quando houver risco à sua integridade física e moral, comunicando ao Coren e assegurando a continuidade da assistência de Enfermagem.

CAPÍTULO II – DOS DEVERES

Art. 24 Exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade.

Art. 25 Fundamentar suas relações no direito, na prudência, no respeito, na solidariedade e na diversidade de opinião e posição ideológica.

Art. 26 Conhecer, cumprir e fazer cumprir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normativos do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.

Art. 27 Incentivar e apoiar a participação dos profissionais de Enfermagem no desempenho de atividades em organizações da categoria.

Art. 28 Comunicar formalmente ao Conselho Regional de Enfermagem e aos órgãos competentes fatos que infrinjam dispositivos éticos-legais e que possam prejudicar o exercício profissional e a segurança à saúde da pessoa, família e coletividade.

Art. 29 Comunicar formalmente, ao Conselho Regional de Enfermagem, fatos que envolvam recusa e/ou demissão de cargo, função ou emprego, motivado pela necessidade do profissional em cumprir o presente Código e a legislação do exercício profissional.

Art. 30 Cumprir, no prazo estabelecido, determinações, notificações, citações, convocações e intimações do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.

Art. 31 Colaborar com o processo de fiscalização do exercício profissional e prestar informações fidedignas, permitindo o acesso a documentos e a área física institucional.

Art. 32 Manter inscrição no Conselho Regional de Enfermagem, com jurisdição na área onde ocorrer o exercício profissional.

Art. 33 Manter os dados cadastrais atualizados junto ao Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição.

Art. 34 Manter regularizadas as obrigações financeiras junto ao Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição.

Art. 35 Apor nome completo e/ou nome social, ambos legíveis, número e categoria de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem, assinatura ou rubrica nos documentos, quando no exercício profissional.

§ 1º É facultado o uso do carimbo, com nome completo, número e categoria de inscrição no Coren, devendo constar a assinatura ou rubrica do profissional.

§ 2º Quando se tratar de prontuário eletrônico, a assinatura deverá ser certificada, conforme legislação vigente.

Art. 36 Registrar no prontuário e em outros documentos as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva, cronológica, legível, completa e sem rasuras.

Art. 37 Documentar formalmente as etapas do processo de Enfermagem, em consonância com sua competência legal.

Art. 38 Prestar informações escritas e/ou verbais, completas e fidedignas, necessárias à continuidade da assistência e segurança do paciente.

Art. 39 Esclarecer à pessoa, família e coletividade, a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca da assistência de Enfermagem.

Art. 40 Orientar à pessoa e família sobre preparo, benefícios, riscos e consequências decorrentes de exames e de outros procedimentos, respeitando o direito de recusa da pessoa ou de seu representante legal.

Art. 41 Prestar assistência de Enfermagem sem discriminação de qualquer natureza.

Art. 42 Respeitar o direito do exercício da autonomia da pessoa ou de seu representante legal na tomada de decisão, livre e esclarecida, sobre sua saúde, segurança, tratamento, conforto, bem-estar, realizando ações necessárias, de acordo com os princípios éticos e legais.

Parágrafo único. Respeitar as diretivas antecipadas da pessoa no que concerne às decisões sobre cuidados e tratamentos que deseja ou não receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, suas vontades.

Art. 43 Respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade da pessoa, em todo seu ciclo vital e nas situações de morte e pós-morte.

Art. 44 Prestar assistência de Enfermagem em condições que ofereçam segurança, mesmo em caso de suspensão das atividades profissionais decorrentes de movimentos reivindicatórios da categoria.

Parágrafo único. Será respeitado o direito de greve e, nos casos de movimentos reivindicatórios da categoria, deverão ser prestados os cuidados mínimos que garantam uma assistência segura, conforme a complexidade do paciente.

Art. 45 Prestar assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.

Art. 46 Recusar-se a executar prescrição de Enfermagem e Médica na qual não constem assinatura e número de registro do profissional prescritor, exceto em situação de urgência e emergência.

§ 1º O profissional de Enfermagem deverá recusar-se a executar prescrição de Enfermagem e Médica em caso de identificação de erro e/ou ilegitimidade da mesma, devendo esclarecer com o prescritor ou outro profissional, registrando no prontuário.

§ 2º É vedado ao profissional de Enfermagem o cumprimento de prescrição à distância, exceto em casos de urgência e emergência e regulação, conforme Resolução vigente.

Art. 47 Posicionar-se contra, e denunciar aos órgãos competentes, ações e procedimentos de membros da equipe de saúde, quando houver risco de danos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência ao paciente, visando a proteção da pessoa, família e coletividade.

Art. 48 Prestar assistência de Enfermagem promovendo a qualidade de vida à pessoa e família no processo do nascer, viver, morrer e luto.

Parágrafo único. Nos casos de doenças graves incuráveis e terminais com risco iminente de morte, em consonância com a equipe multiprofissional, oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis para assegurar o conforto físico, psíquico, social e espiritual, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

Art. 49 Disponibilizar assistência de Enfermagem à coletividade em casos de emergência, epidemia, catástrofe e desastre, sem pleitear vantagens pessoais, quando convocado.

Art. 50 Assegurar a prática profissional mediante consentimento prévio do paciente, representante ou responsável legal, ou decisão judicial.

Parágrafo único. Ficam resguardados os casos em que não haja capacidade de decisão por parte da pessoa, ou na ausência do representante ou responsável legal.

Art. 51 Responsabilizar-se por falta cometida em suas atividades profissionais, independentemente de ter sido praticada individual ou em equipe, por imperícia, imprudência ou negligência, desde que tenha participação e/ou conhecimento prévio do fato.

Parágrafo único. Quando a falta for praticada em equipe, a responsabilidade será atribuída na medida do(s) ato(s) praticado(s) individualmente.

Art. 52 Manter sigilo sobre fato de que tenha conhecimento em razão da atividade profissional, exceto nos casos previstos na legislação ou por determinação judicial, ou com o consentimento escrito da pessoa envolvida ou de seu representante ou responsável legal.

§ 1º Permanece o dever mesmo quando o fato seja de conhecimento público e em caso de falecimento da pessoa envolvida.

§ 2º O fato sigiloso deverá ser revelado em situações de ameaça à vida e à dignidade, na defesa própria ou em atividade multiprofissional, quando necessário à prestação da assistência.

§ 3º O profissional de Enfermagem intimado como testemunha deverá comparecer perante a autoridade e, se for o caso, declarar suas razões éticas para manutenção do sigilo profissional.

§ 4º É obrigatória a comunicação externa, para os órgãos de responsabilização criminal, independentemente de autorização, de casos de violência contra: crianças e adolescentes; idosos; e pessoas incapacitadas ou sem condições de firmar consentimento.

§ 5º A comunicação externa para os órgãos de responsabilização criminal em casos de violência doméstica e familiar contra mulher adulta e capaz será devida, independentemente de autorização, em caso de risco à comunidade ou à vítima, a juízo do profissional e com conhecimento prévio da vítima ou do seu responsável.

Art. 53 Resguardar os preceitos éticos e legais da profissão quanto ao conteúdo e imagem veiculados nos diferentes meios de comunicação e publicidade.

Art. 54 Estimular e apoiar a qualificação e o aperfeiçoamento técnico-científico, ético-político, socioeducativo e cultural dos profissionais de Enfermagem sob sua supervisão e coordenação.

Art. 55 Aprimorar os conhecimentos técnico-científicos, ético-políticos, socioeducativos e culturais, em benefício da pessoa, família e coletividade e do desenvolvimento da profissão.

Art. 56 Estimular, apoiar, colaborar e promover o desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e extensão, devidamente aprovados nas instâncias deliberativas.

Art. 57 Cumprir a legislação vigente para a pesquisa envolvendo seres humanos.

Art. 58 Respeitar os princípios éticos e os direitos autorais no processo de pesquisa, em todas as etapas.

Art. 59 Somente aceitar encargos ou atribuições quando se julgar técnica, científica e legalmente apto para o desempenho seguro para si e para outrem.

Art. 60 Respeitar, no exercício da profissão, a legislação vigente relativa à preservação do meio ambiente no gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

CAPÍTULO III – DAS PROIBIÇÕES

Art. 61 Executar e/ou determinar atos contrários ao Código de Ética e à legislação que disciplina o exercício da Enfermagem.

Art. 62 Executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, à família e à coletividade.

Art. 63 Colaborar ou acumpliciar-se com pessoas físicas ou jurídicas que desrespeitem a legislação e princípios que disciplinam o exercício profissional de Enfermagem.

Art. 64 Provocar, cooperar, ser conivente ou omissos diante de qualquer forma ou tipo de violência contra a pessoa, família e coletividade, quando no exercício da profissão.

Art. 65 Aceitar cargo, função ou emprego vago em decorrência de fatos que envolvam recusa ou demissão motivada pela necessidade do profissional em cumprir o presente código e a legislação do exercício profissional; bem como pleitear cargo, função ou emprego ocupado por colega, utilizando-se de concorrência desleal.

Art. 66 Permitir que seu nome conste no quadro de pessoal de qualquer instituição ou estabelecimento congênere, quando, nestas, não exercer funções de enfermagem estabelecidas na legislação.

Art. 67 Receber vantagens de instituição, empresa, pessoa, família e coletividade, além do que lhe é devido, como forma de garantir assistência de Enfermagem diferenciada ou benefícios de qualquer natureza para si ou para outrem.

Art. 68 Valer-se, quando no exercício da profissão, de mecanismos de coação, omissão ou suborno, com pessoas físicas ou jurídicas, para conseguir qualquer tipo de vantagem.

Art. 69 Utilizar o poder que lhe confere a posição ou cargo, para impor ou induzir ordens, opiniões, ideologias políticas ou qualquer tipo de conceito ou preconceito que atentem contra a dignidade da pessoa humana, bem como dificultar o exercício profissional.

Art. 70 Utilizar dos conhecimentos de enfermagem para praticar atos tipificados como crime ou contravenção penal, tanto em ambientes onde exerça a profissão, quanto naqueles em que não a exerça, ou qualquer ato que infrinja os postulados éticos e legais.

Art. 71 Promover ou ser conivente com injúria, calúnia e difamação de pessoa e família, membros das equipes de Enfermagem e de saúde, organizações da Enfermagem, trabalhadores de outras áreas e instituições em que exerce sua atividade profissional.

Art. 72 Praticar ou ser conivente com crime, contravenção penal ou qualquer outro ato que infrinja postulados éticos e legais, no exercício profissional.

Art. 73 Provocar aborto, ou cooperar em prática destinada a interromper a gestação, exceto nos casos permitidos pela legislação vigente.

Parágrafo único. Nos casos permitidos pela legislação, o profissional deverá decidir de acordo com a sua consciência sobre sua participação, desde que seja garantida a continuidade da assistência.

Art. 74 Promover ou participar de prática destinada a antecipar a morte da pessoa.

Art. 75 Praticar ato cirúrgico, exceto nas situações de emergência ou naquelas expressamente autorizadas na legislação, desde que possua competência técnica-científica necessária.

Art. 76 Negar assistência de enfermagem em situações de urgência, emergência, epidemia, desastre e catástrofe, desde que não ofereça risco a integridade física do profissional.

Art. 77 Executar procedimentos ou participar da assistência à saúde sem o consentimento formal da pessoa ou de seu representante ou responsável legal, exceto em iminente risco de morte.

Art. 78 Administrar medicamentos sem conhecer indicação, ação da droga, via de administração e potenciais riscos, respeitados os graus de formação do profissional.

Art. 79 Prescrever medicamentos que não estejam estabelecidos em programas de saúde pública e/ou em rotina aprovada em instituição de saúde, exceto em situações de emergência.

Art. 80 Executar prescrições e procedimentos de qualquer natureza que comprometam a segurança da pessoa.

Art. 81 Prestar serviços que, por sua natureza, competem a outro profissional, exceto em caso de emergência, ou que estiverem expressamente autorizados na legislação vigente.

Art. 82 Colaborar, direta ou indiretamente, com outros profissionais de saúde ou áreas vinculadas, no descumprimento da legislação referente aos transplantes de órgãos, tecidos, esterilização humana, reprodução assistida ou manipulação genética.

Art. 83 Praticar, individual ou coletivamente, quando no exercício profissional, assédio moral, sexual ou de qualquer natureza, contra pessoa, família, coletividade ou qualquer membro da equipe de saúde, seja por meio de atos ou expressões que tenham por consequência atingir a dignidade ou criar condições humilhantes e constrangedoras.

Art. 84 Anunciar formação profissional, qualificação e título que não possa comprovar.

Art. 85 Realizar ou facilitar ações que causem prejuízo ao patrimônio das organizações da categoria.

Art. 86 Produzir, inserir ou divulgar informação inverídica ou de conteúdo duvidoso sobre assunto de sua área profissional.

Parágrafo único. Fazer referência a casos, situações ou fatos, e inserir imagens que possam identificar pessoas ou instituições sem prévia autorização, em qualquer meio de comunicação.

Art. 87 Registrar informações incompletas, imprecisas ou inverídicas sobre a assistência de Enfermagem prestada à pessoa, família ou coletividade.

Art. 88 Registrar e assinar as ações de Enfermagem que não executou, bem como permitir que suas ações sejam assinadas por outro profissional.

Art. 89 Disponibilizar o acesso a informações e documentos a terceiros que não estão diretamente envolvidos na prestação da assistência de saúde ao paciente, exceto quando autorizado pelo paciente, representante legal ou responsável legal, por determinação judicial.

Art. 90 Negar, omitir informações ou emitir falsas declarações sobre o exercício profissional quando solicitado pelo Conselho Regional de Enfermagem e/ou Comissão de Ética de Enfermagem.

Art. 91 Delegar atividades privativas do(a) Enfermeiro(a) a outro membro da equipe de Enfermagem, exceto nos casos de emergência.

Parágrafo único. Fica proibido delegar atividades privativas a outros membros da equipe de saúde.

Art. 92 Delegar atribuições dos(as) profissionais de enfermagem, previstas na legislação, para acompanhantes e/ou responsáveis pelo paciente.

Parágrafo único. O dispositivo no caput não se aplica nos casos da atenção domiciliar para o autocuidado apoiado.

Art. 93 Eximir-se da responsabilidade legal da assistência prestada aos pacientes sob seus cuidados realizados por alunos e/ou estagiários sob sua supervisão e/ou orientação.

Art. 94 Apropriar-se de dinheiro, valor, bem móvel ou imóvel, público ou particular, que esteja sob sua responsabilidade em razão do cargo ou do exercício profissional, bem como desviá-lo em proveito próprio ou de outrem.

Art. 95 Realizar ou participar de atividades de ensino, pesquisa e extensão, em que os direitos inalienáveis da pessoa, família e coletividade sejam

desrespeitados ou ofereçam quaisquer tipos de riscos ou danos previsíveis aos envolvidos.

Art. 96 Sobrepor o interesse da ciência ao interesse e segurança da pessoa, família e coletividade.

Art. 97 Falsificar ou manipular resultados de pesquisa, bem como usá-los para fins diferentes dos objetivos previamente estabelecidos.

Art. 98 Publicar resultados de pesquisas que identifiquem o participante do estudo e/ou instituição envolvida, sem a autorização prévia.

Art. 99 Divulgar ou publicar, em seu nome, produção técnico-científica ou instrumento de organização formal do qual não tenha participado ou omitir nomes de coautores e colaboradores.

Art. 100 Utilizar dados, informações, ou opiniões ainda não publicadas, sem referência do autor ou sem a sua autorização.

Art. 101 Apropriar-se ou utilizar produções técnico-científicas, das quais tenha ou não participado como autor, sem concordância ou concessão dos demais partícipes.

Art. 102 Aproveitar-se de posição hierárquica para fazer constar seu nome como autor ou coautor em obra técnico-científica.

CAPÍTULO IV – DAS INFRAÇÕES E PENALIDADES

Art. 103 A caracterização das infrações éticas e disciplinares, bem como a aplicação das respectivas penalidades regem-se por este Código, sem prejuízo das sanções previstas em outros dispositivos legais.

Art. 104 Considera-se infração ética e disciplinar a ação, omissão ou conivência que implique em desobediência e/ou inobservância às disposições do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, bem como a inobservância das normas do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.

Art. 105 O(a) Profissional de Enfermagem responde pela infração ética e/ou disciplinar, que cometer ou contribuir para sua prática, e, quando cometida(s) por outrem, dela(s) obtiver benefício.

Art. 106 A gravidade da infração é caracterizada por meio da análise do(s) fato(s), do(s) ato(s) praticado(s) ou ato(s) omissivo(s), e do(s) resultado(s).

Art. 107 A infração é apurada em processo instaurado e conduzido nos termos do Código de Processo Ético-Disciplinar vigente, aprovado pelo Conselho Federal de Enfermagem.

Art. 108 As penalidades a serem impostas pelo Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, conforme o que determina o art. 18, da Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, são as seguintes:

- I – Advertência verbal;
- II – Multa;
- III – Censura;
- IV – Suspensão do Exercício Profissional;
- V – Cassação do direito ao Exercício Profissional.

§ 1º A advertência verbal consiste na admoestação ao infrator, de forma reservada, que será registrada no prontuário do mesmo, na presença de duas testemunhas.

§ 2º A multa consiste na obrigatoriedade de pagamento de 01 (um) a 10 (dez) vezes o valor da anuidade da categoria profissional à qual pertence o infrator, em vigor no ato do pagamento.

§ 3º A censura consiste em repreensão que será divulgada nas publicações oficiais do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem e em jornais de grande circulação.

§ 4º A suspensão consiste na proibição do exercício profissional da Enfermagem por um período de até 90 (noventa) dias e será divulgada nas publicações oficiais do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, jornais de grande circulação e comunicada aos órgãos empregadores.

§ 5º A cassação consiste na perda do direito ao exercício da Enfermagem por um período de até 30 anos e será divulgada nas publicações do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem e em jornais de grande circulação.

§ 6º As penalidades aplicadas deverão ser registradas no prontuário do infrator.

§ 7º Nas penalidades de suspensão e cassação, o profissional terá sua carteira retida no ato da notificação, em todas as categorias em que for inscrito, sendo devolvida após o cumprimento da pena e, no caso da cassação, após o processo de reabilitação.

Art. 109 As penalidades, referentes à advertência verbal, multa, censura e suspensão do exercício profissional, são da responsabilidade do Conselho Regional de Enfermagem, serão registradas no prontuário do profissional de Enfermagem; a pena de cassação do direito ao exercício profissional é de competência do Conselho Federal de Enfermagem, conforme o disposto no art. 18, parágrafo primeiro, da Lei nº 5.905/73.

Parágrafo único. Na situação em que o processo tiver origem no Conselho Federal de Enfermagem e nos casos de cassação do exercício profissional, terá como instância superior a Assembleia de Presidentes dos Conselhos de Enfermagem.

Art. 110 Para a graduação da penalidade e respectiva imposição consideram-se:

- I – A gravidade da infração;
- II – As circunstâncias agravantes e atenuantes da infração;
- III – O dano causado e o resultado;
- IV – Os antecedentes do infrator.

Art. 111 As infrações serão consideradas leves, moderadas, graves ou gravíssimas, segundo a natureza do ato e a circunstância de cada caso.

§ 1º São consideradas infrações leves as que ofendam a integridade física, mental ou moral de qualquer pessoa, sem causar debilidade ou aquelas que venham a difamar organizações da categoria ou instituições ou ainda que causem danos patrimoniais ou financeiros.

§ 2º São consideradas infrações moderadas as que provoquem debilidade temporária de membro, sentido ou função na pessoa ou ainda as que causem danos mentais, morais, patrimoniais ou financeiros.

§ 3º São consideradas infrações graves as que provoquem perigo de morte, debilidade permanente de membro, sentido ou função, dano moral irremediável na pessoa ou ainda as que causem danos mentais, morais, patrimoniais ou financeiros.

§ 4º São consideradas infrações gravíssimas as que provoquem a morte, debilidade permanente de membro, sentido ou função, dano moral irremediável na pessoa.

Art. 112 São consideradas circunstâncias atenuantes:

I – Ter o infrator procurado, logo após a infração, por sua espontânea vontade e com eficiência, evitar ou minorar as consequências do seu ato;

II – Ter bons antecedentes profissionais;

III – Realizar atos sob coação e/ou intimidação ou grave ameaça;

IV – Realizar atos sob emprego real de força física;

V – Ter confessado espontaneamente a autoria da infração;

VI – Ter colaborado espontaneamente com a elucidação dos fatos.

Art. 113 São consideradas circunstâncias agravantes:

I – Ser reincidente;

II – Causar danos irreparáveis;

III – Cometer infração dolosamente;

IV – Cometer a infração por motivo fútil ou torpe;

V – Facilitar ou assegurar a execução, a ocultação, a impunidade ou a vantagem de outra infração;

VI – Aproveitar-se da fragilidade da vítima;

VII – Cometer a infração com abuso de autoridade ou violação do dever inerente ao cargo ou função ou exercício profissional;

VIII – Ter maus antecedentes profissionais;

IX – Alterar ou falsificar prova, ou concorrer para a desconstrução de fato que se relacione com o apurado na denúncia durante a condução do processo ético.

CAPÍTULO V – DA APLICAÇÃO DAS PENALIDADES

Art. 114 As penalidades previstas neste Código somente poderão ser aplicadas, cumulativamente, quando houver infração a mais de um artigo.

Art. 115 A pena de Advertência verbal é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 46, 48, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 65, 66, 67, 69, 76, 77, 78, 79, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 98, 99, 100, 101 e 102.

Art. 116 A pena de Multa é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 28, 29, 30, 31, 32, 35, 36, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 45, 50, 51, 52, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77,

78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101 e 102.

Art. 117 A pena de Censura é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 31, 41, 42, 43, 44, 45, 50, 51, 52, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67,68, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 88, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 97, 99, 100, 101 e 102.

Art. 118 A pena de Suspensão do Exercício Profissional é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 32, 41, 42, 43, 44, 45, 50, 51, 52, 59, 61, 62, 63, 64, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78,79, 80, 81, 82, 83, 85, 87, 89, 90, 91, 92, 93, 94 e 95.

Art. 119 A pena de Cassação do Direito ao Exercício Profissional é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 45, 64, 70, 72, 73, 74, 80, 82, 83, 94, 96 e 97.