



**CENTRO
UNIVERSITÁRIO**

Centro Universitário FAG

**ERROS RELACIONADOS À MEDICAÇÃO EM UM HOSPITAL ESCOLA
PRIVADO LOCALIZADO NA REGIÃO OESTE DO PARANÁ, BRASIL**

Cascavel

2018

ANDRÉIA BOSSONI

**ERROS RELACIONADOS À MEDICAÇÃO EM UM HOSPITAL ESCOLA
PRIVADO LOCALIZADO NA REGIÃO OESTE DO PARANÁ, BRASIL**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao Centro Universitário
da Fundação Assis Gurgacz, FAG,
Curso de Farmácia.

Prof.Orientador: Claudinei M.da silva

Cascavel

2018

ANDRÉIA BOSSONI

**ERROS RELACIONADOS À MEDICAÇÃO EM UM HOSPITAL ESCOLA
PRIVADO LOCALIZADO NA REGIÃO OESTE DO PARANÁ, BRASIL**

Trabalho apresentado no Curso de Farmácia do Centro Universitário FAG,
como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Farmácia, sob a
orientação do Professor Claudinei Mesquita da Silva.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Claudinei Mesquita da Silva
Doutor em Ciências da Saúde

Prof^a: Leyde Daiane de Peder
Doutora em Biociências e Fisiopatologia

Prof^a: Ana Claudia Reis
Doutora em Química Orgânica.

Cascavel, 18 de Novembro de 2018

DEDICATÓRIA

Gostaria de dedicar esse trabalho primeiramente a Deus, que me deu forças todos esses anos para que eu conseguisse chegar até a etapa final.

A minha família em geral, por todo apoio que me foi proporcionado, e em especial a minha mãe Irene, que hoje já é falecida, mais que ao longo desses cinco anos, foi a quem sempre recorri nas horas que a vontade de desistir tomava conta de mim, sentia ela me dizer através de sonhos, para eu ser forte como ela, que de onde ela estivesse, estava olhando por mim e que futuro seria brilhante. Te amo mãe.. saudades !!!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me proporcionar a realização desse sonho, onde esteve sempre ao meu lado me dando força para seguir à diante, nunca me deixando desabar, e quando acontecia ele mesmo me levantava e me ajudava seguir em frente.

A toda minha família, que me apoiou nesses anos sempre ao meu lado, em todas as ausências, que foram muitas, a compreensão de cada um, as palavras de conforto que me ajudaram a não desistir quando o cansaço tomava conta de mim, o estresse diário de noites sem dormir. Amo vcs todos!!!

O meu orientador Claudinei Mesquita da Silva, que me ajudou e incentivou, principalmente nos momentos em que eu achei que seria impossível a conclusão desse trabalho e mesmo ele estando com a cabeça a mil com seu Doutorado, nunca deixou de me atender e me dar uma luz, e olha que incomodei em kkk... Obrigado por ter sido paciente comigo e por acreditar que seria capaz. Muito obrigada !!!

Ao coordenador do curso de Farmácia Giovane Douglas Zanin que sempre me ajudou, incentivou e acreditou na minha capacidade, com palavras árdias as vezes como de um pai ao um filho, mais sempre sincero e me colocando para cima, cheguei a pedir a ele para trancar o curso e ele sempre me dando força dizendo que acreditava em mim nunca me deixou desisti. Agradeço imensamente... e Patrícia Stadler Rosa Lucca, com ensinamentos e palavras de incentivo que levarei guardadas sempre comigo, sempre disponível em todos os momentos a dar alguma orientação ate mesmo nos finais de semana kkkk..... Muito obrigado pelos conselhos..... Vocês são exemplos de caráter e idoneidade.

Agradeço também aos professores que durante esses cinco anos contribuíram com a minha vida e com a minha formação acadêmica, em especial a Leyde Daiane Peder, que sempre com palavras de carinho me fez se sentir melhor, a dificuldades que passei com problemas de saúde ela sempre me apoiou dizendo que daria tudo certo. O meu muito obrigado..

Quero deixar o meu agradecimento também aos meus amigos de sala de aula, que dividiram comigo as lutas diárias de uma vida universitária. Em especial

a minha trupe Bruno Augusto, Poliana Potrich, Elen Juchen e Thayna Oliveira vocês são demais, e vão permanecer para sempre na minha vida, se não fosse à ajuda de vocês não teria conseguido... Muito obrigado, vocês foram realmente parceiros, e contribuíram muito para que eu pudesse chegar até aqui.

Agradecimentos também à minha equipe de trabalho e diretores do Hospital que foi peça principal para que tudo isso fosse possível, que me apoiaram e me deram essa oportunidade e também a minha Coordenadora da Unidade Básica de Saúde, Camila, que foi uma pessoa maravilhosa, sempre disposta a me ajudar, me dando força e apoio, fazendo o possível e impossível para que eu conseguisse me ausentar para realizar os estágios, sua ajuda foi de extrema importância para que eu chegasse até aqui, então fica aqui meu agradecimento de todo coração.

E a todos que de alguma maneira contribuíram para que cada objetivo fosse sendo alcançado, e com isso eu estou aqui neste momento, concluindo uma graduação, realizando um sonho.

Muito Obrigado!

SUMÁRIO

1 - REVISÃO DA LITERATURA.....	8
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23
2 - ARTIGO.....	29
NORMAS DA REVISTA CIENTÍFICA.....	42

REVISÃO DE LITERATURA

Implantações do Núcleo de Segurança.

A insegurança ainda tende a insistir nos processos administrativos e das essências das instituições de saúde que abrange o mundo todo. A organização Mundial da Saúde (OMS) estima que dezena de milhares de incidentes relacionados à saúde ocorra em pessoas todos os dias (KOHN LY, 2010).

Estudos recentes mostram que a taxa de Eventos Adversos (EA) é alta no Brasil e que 7,6% esta relacionado a esse incidente onde 66% podem ser considerados evitáveis. (MENDES W, 2009).

O sistema de vigilância engloba hoje vários países no mundo todo onde as tecnologias têm intuito de melhorar a saúde e o bem estar dos pacientes e todos os usuários por meio da redução da eventualidade de ocorrências de EA, e esses incidentes ocorrem em vários lugares. Entre tanto, além de práticas seguras de cuidado, estimulam no monitoramento e regulação, onde usuários e fabricantes informem às autoridades de saúde, os danos e agravos ocorridos, em seqüencia relate as informações obtidas para avaliação dos incidentes notificados, visando à precaução de reincidências de eventos (BRASIL, 2010).

Na busca do enriquecimento dos cuidados e do monitoramento dos incidentes junto à assistência à saúde, a ANVISA, pois a disposição em 2015, o Plano Integrado a Gestão Sanitária de Segurança em Serviços de Saúde onde foi possível monitorar e investigar os Eventos Adversos e Avaliação de Segurança do Paciente. Onde a intenção disso é identificar e minimizar incidentes, com a prevenção de danos aos pacientes e garantindo a saúde (ANVISA, 2015).

O grupo de regulamentações nacionais e práticas de vigilância sanitária reforçam o importante papel do NSP na prevenção e controle de incidentes, em especial de EA que possa trazer danos ao paciente (ANVISA, 2015).

O Núcleo de Segurança não é somente responsável pela elaboração, inclui também o desenvolvimento e a atualização do Plano de Segurança do serviço de saúde. Onde o planejamento das ações aconteça com a maior quantidade possível de unidades e equipes, de forma a agilizar o processo de compreensão e logo a execução de plano pelos diversos profissionais envolvidos (ANVISA, 2011).

Para um planejamento adequado é necessário desenvolver um diagnóstico do dos perigos que consiste na fase de identificação dos objetivos da organização em relação à segurança do paciente onde o Núcleo de Segurança será implantado (BRASIL, 2013)

O processo interno da instituição inclui a estrutura organizacional, de todos os objetivos, recursos disponíveis, relações contratuais, entre outros. Por sua vez, a parte externa inclui o ambiente econômico, legal, político, tecnológico, valores externo e cultural onde a tendências pode impactar nos objetivos internos entre outros (REIS CT, 2013).

Para a elaboração do Núcleo de Segurança, baseou-se em metodologias que se enquadrem na organização no que diz respeito à Segurança do paciente e ferramentas relacionadas também a melhorias como diagrama de Ishikawa e mapeamento de processos, onde podem contribuir para a classificação de pontos críticos diminuindo riscos aos pacientes (ANVISA, 2014).

Para definir as propriedades de trabalho e estratégias sugerem-se utilizar os protocolos científicos básicos do NSP, metas e prática definidas no Plano Integrado para Gestão Sanitária da Segurança do Paciente, prioridades de trabalho em serviço a saúde (WACHTER RM, 2013)

O Núcleo de Segurança do Paciente também está no planejamento de elaborações e revisões de formulários. E essa etapa é de grande importância para sensibilizar os colaboradores e implantar em todas as áreas, ações em que se enquadre a cultura à segurança ao paciente. Onde sejam implantados na

instituição de saúde comunicação dos riscos possíveis, os instrumentos necessários como: alertas, informes, site institucional, e outros, além de contar com a metodologia que autentique a efetividade de tais ações descritas (ANVISA, 2011).

Erros de medicação são causas reconhecidas de morbidade e mortalidade do paciente em ambientes hospitalares, e podem ocorrer em qualquer fase do processo de gerenciamento de medicação. Os erros de administração de medicamentos são relatados com mais frequência em ambientes de cuidados intensivos e podem estar associados a consequências graves (MS, 2013).

Há um mito na área da saúde que o erro humano pode ser completamente eliminado, apelos para uma busca agressiva de uma taxa de erro zero. No entanto, os erros são uma consequência inevitável do desempenho humano e são sintomas de problemas sistêmicos mais amplos, e não causas em si. Apenas vendo erros como fontes de informação sobre a saúde segura de uma organização (COOK et al., 2000).

O ambiente de trabalho em geral pode levar a interrupções de erros, uma equipe inadequadamente treinada, privação de sono, barreiras de idioma, nomes semelhantes a medicamentos, e a falta de dados sobre um paciente pode se tornar um risco (HARADA et al., 2012).

Falhas podem acontecer durante qualquer fase do processo de medicação, como dispensação, administração e diluição. Em vez de defender uma abordagem punitiva, o foco agora é concentrar-se na prevenção e planejar estratégias para minimizar esses futuros erros. Embora se tenha conhecimentos básicos sobre medicação, os profissionais da saúde devem ser responsáveis pelas decisões tomadas, pois negar situações raramente leva para resultados positivos (LOPES BC, 2013).

No processo de dispensação erros podem ser minimizados usando-se sistemas informatizados que forneça tomada de decisão, assistência,

recomendações de doses e ajustes de doses para características específicas de cada paciente (BOHOMOL, 2014).

Erros de medicação são responsáveis por uma proporção substancial de erros médicos relatados. Embora o uso de sistemas de pedidos informatizados ajude a evitar erros de medicação, muitas instituições ainda usam ordens manuscritas. Além de eliminar o problema de caligrafia ilegível, os sistemas informatizados reduzem as taxas de efeitos adversos e possíveis interações medicamentosas (ROQUE et al., 2012).

Um erro típico em hospitais envolvendo bombas de analgesia de medicação controladas são doses errada, e medicamento ao qual o paciente é alérgico e/ou a duplicação da terapia, pode-se então perpetuar o erro quando não há um questionamento para referida dose. A inserção de dados incorretos no registro de administração de medicação pela equipe de enfermagem pode ser um bom fator (BOHOMOL, 2014).

Por décadas, a minimização de efeitos adversos e erros de medicamentos tem sido uma grande meta no que diz respeito aos cuidados de saúde ao paciente. No entanto, muitos profissionais competentes e atenciosos cometerão erros e após serem analisados se tratou de possíveis negligência por parte do profissional, podendo-se resultar em sérios danos aos pacientes (OMS, 2005).

As condições latentes e as falhas ativas levam a oportunidades nas defesas do sistema que, quando alinhadas em vários níveis de um sistema, levam a um evento adverso, ou seja, morte ou incidentes críticos (COOK et al., 2000).

O papel de farmacêutico na redução de erros de medicação tem sido enfatizado em vários estudos. Onde fora descoberto que muitos erros de medicação ocorreram em pacientes cardiovasculares hospitalizados (droga ou dose errada), esses estudos ressaltaram que a presença do farmacêutico resulta em uma diminuição de erros (LOPES BC, 2013).

A implantação do núcleo de segurança nos estabelecimentos de saúde se tornou obrigatória após a publicação da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) número 36, do Ministério da Saúde, em 2013. No entanto, a construção de um núcleo de segurança onde se forneça toda assistência segura e orientação aos pacientes, familiares e acompanhantes de pessoas internadas passa a ser desafiado se tratando de um país de grande porte como o Brasil (MS, 2013).

Núcleo de Segurança do Paciente em Serviço de Saúde

O termo segurança do paciente está se tornando amplamente utilizado. Como o termo “segurança” sozinha, significa coisas diferentes para pessoas diferentes, tinha-se em mente algum conceito individual e coletivo do que é a segurança do paciente. No entanto, até agora, ninguém articulou o que constitui o assunto em si. A segurança do paciente tem a ver com prevenção e melhorias dos resultados adversos ou lesões decorrentes dos processos e cuidados de saúde em si. Deve abordar eventos que abrangem o que pode se chamar erros e desvios para pacientes (BAGIAN, 2006).

O destaque que a Segurança do Paciente encontra-se na organização por meio de definição de prioridades na efetivação de práticas de segurança, na questão de riscos e processos na classificação de estratégias que conectem os colaboradores na linha de frente da prevenção, nas necessidades de formação e da cultura de segurança do paciente. E que situações de risco mais importantes descreva as ações definidas pelo serviço de saúde visando à prevenção de incidentes em todas as fases de assistência ao paciente (ANVISA, 2013).

A segurança surge de interação dos componentes do sistema. Isto é mais do que a ausência de resultados adversos e é mais do que evitar erros ou ocorrências evitáveis identificáveis. Segurança não reside de uma pessoa, dispositivo ou departamento, e sim um aprendizado relacionado à qualidade de cuidados sendo esse o foco principal (CORRIGAN et al., 2000).

O Plano do Núcleo de Segurança é o planejamento estratégico onde a segurança é bastante adequada aos do plano de estratégico de organização, baseando-se na visão, missão e valores do serviço de saúde. Para que seja

executado, sugere-se que o plano do Núcleo de Segurança se divida em diferentes planos de ação, onde as diretrizes operacionais estejam com excelente nível de atividades (BRASIL MS, 2013).

No Brasil, desde a década de 1990, houve um aumento no número de ações judiciais contra profissionais da saúde, isto se deveu a preocupações com o aumento da regulação e regulamentação de cuidados que definem a responsabilidade das pessoas envolvidas na falha de algum procedimento, erros de administração de medicamentos tornando falha à segurança do paciente (MS, 2013).

O número de ações judiciais aumentou consideravelmente em seis anos e diante a fragilidade do sistema de saúde brasileiro, associado ao quadro de falta de atendimento qualificado ao paciente o Ministério da Saúde com parceria da ANVISA, priorizou essa a questão do sistema público e privado, onde institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (NPSP) juntamente com o Núcleo de Segurança, onde se tem como objetivos específicos, prevenir, monitorar e reduzir a incidência de erros, nos cuidados prestados, promovendo melhorias relacionadas a segurança do paciente (ANVISA, 2013).

Com a implantação do Núcleo de Segurança pode se contar com cuidados mais seguros onde um sistema de prestação se torna necessário, onde se pode prevenir e acabar aprendendo com o mesmo. O desenvolvimento de tal sistema requer compromisso de todas as partes interessadas na melhoria destes serviços e cuidados ao paciente (WHITTEMORE R, et al., 2005).

Segundo RDC nº.36/2013 o Núcleo de Segurança do paciente é um serviço de saúde que promove e apóia a implementação à segurança do paciente, consiste em uma busca incessante pela qualidade das atividades desenvolvidas nos serviços de saúde. (OMS, 2013).

Desta forma não será apenas nos ambiente hospitalares que o NSP deverá ser implantado, mais sim em clinicas centro de diagnósticos, onde se tenha serviços de diálise, hemodinâmica, radiodiagnósticos, serviços de medicina

nuclear, radioterapia entre outros. Não será exigido o Núcleo de segurança, nas instituições de saúde de idosos ou que abrigue pacientes com transtornos de psiquiatria e abuso e dependências de entorpecentes. 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.

Toda deficiência relacionados à falta de assistência causando incidentes, incluindo eventos adversos, erros e danos ao paciente, mesmo não sendo obrigatórios pela RDC nº36/2013, mas que envolva o Núcleo de Segurança fica de responsabilidade do serviço de saúde, a direção nomeada envolvendo seus membros e autoridades cabíveis poderão ter livre poder de executar ações que sejam necessárias para a solução adequada, onde se tenha um mínimo de erros aceitáveis (ANVISA, 2013).

A prática de iniciativas a segurança do paciente está incluída a portaria nº.529/2013, que está voltada a proteção e apoio ao Núcleo de Segurança e aos serviços a saúde, com a finalidade também de apoiar o Ministério da Saúde, ANVISA e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) (OMS, 2013).

E a partir de então, protocolos básicos foram criados sobre segurança do paciente como: prática higiene de lavagem das mãos; identificação dos pacientes: segurança na prescrição; prevenção de úlceras por pressão e quedas; cirurgia segura e por fim o uso e administração de medicação.

Erros relacionados à medicação

Um erro de medicação pode ser definido como "uma falha no processo do tratamento que leva ou tem o potencial de causar dano ao paciente. O uso do termo erro significa que o processo caiu de algum padrão atingível. O processo de tratamento inclui sintomas, causas, investigação ou prevenção de doenças e alterações fisiológicas (FERNER RE, 2006)

Isso inclui não apenas drogas terapêuticas, mas também vários compostos como a fabricação ou composição, prescrição, transcrição (quando relevante), dispensação e administração de uma medicação e o monitoramento subsequente

de seus efeitos. O prejuízo na definição também implica falta de benefício, e uma forma de erro no tratamento. Essa definição também não especifica quem comete o erro, pois pode ser um médico, uma enfermeira, um farmacêutico, ou outro e nem o responsável por evitar erros (FERNER RE, 2006).

Os erros de medicação são uns dos eventos adversos mais freqüentes na área da saúde, a maioria poderia ser evitada em uma das etapas do processo de medicação como na administração, dispensação e prescrição. A prevenção desses erros só é possível através da investigação dos fatores envolvidos neste processo, de forma a criar e programar barreiras e com isso, reduzir erros a saúde do paciente (WULFF K, 2011).

A classificação dos erros de medicação, como um dos principais fatores contribuintes no ambiente Hospitalar é de grande importância e necessidade aos dados levantados e estratégias com ações para diminuição e prevenção de erros cometidos no sistema e melhorias de qualidade a assistência prestada e a segurança ao paciente (ALBUQUERQUE, 2012).

Um erro de medicação é entendido como qualquer evento que possa ser evitado, o que pode culminar no uso inadequado de medicamentos, esses erros estão relacionados a diferentes fatores. Entre esses fatores, a literatura em particular enfatizada, omissão no que diz respeito a erros na dosagem e do tempo, erros na administração técnica e dar a medicação pela via de errada (FASSARELLA CS et al.,2013).

O mais relevante é o resultado do tipo de erro, que pode ocorrer com um aumento de tempo de internação hospitalar, a piora da situação, causando incapacidades ou até mesmo a morte desse paciente (ANVISA, 2013).

O motivo dos erros de medicação envolvendo a falha humana e as falhas no sistema hospitalar, o profissional que cometeu o erro devem ser identificados, para que seja realizados processos de mudanças, seja por parte das gestões dos setores ou do próprio profissional de enfermagem ou farmácia (BOHOMOL, 2014).

O processo de medicação segue ao longo do caminho até que seja realmente administrado ao paciente. Isso começa em sua produção, continua com a sua prescrição e dispensação, e termina na sua administração. Esta última abrange todo o processo de verificação, administração, preparação e diluição do medicamento para o paciente (KEERS RN, et al.,2011).

Os profissionais da enfermagem são responsáveis pela parte principal deste processo, a administração dos medicamentos e seu trabalho se tornam crucial para evitar erros dessa maneira (NCCMERP, 2010).

Em relação a esses erros, são divididos em subcategorias: a relação direta, que se refere às causas diretamente relacionadas à equipe de enfermagem; e a relação indireta, relacionadas às causas associadas a outros membros de profissionais da saúde, como o setor de farmácia, que é de grande importância, pois é a partir daí que os medicamentos tem seu ponto de partida (MANSOUR M, et al.,2012).

O erro que diz respeito à enfermagem diretamente se refere na preparação e administração, colocada em questão a fadiga e estresse, que está intimamente relacionada no processo de trabalho, se tornando uma das grandes causas para falta de atenção aos colaboradores da saúde. Em relação às causas indiretas os erros de medicação advêm de seis fatores que diferem, mas é altamente inter-relacionada a gestão das instituições os problemas relativos às condições de trabalho, decorrentes da ação dos profissionais médicos e farmacêuticos, a produção de medicamentos e a própria condição do paciente (LORENZINI E, et al.,2014).

Os erros mais destacados estão relacionados a equipe de enfermagem, e originam-se justamente no final do processo de administração de medicamentos, fazendo as diluições de forma incorreta, dosagem sendo infundindo com o tempo errado, gerando um índice baixo de melhora ao paciente (TEIXEIRA TCA, et al.,2012).

A falta de planejamento e também a falta de experiência e de conhecimento da equipe de enfermagem diretamente ligado a produção do erro, foram identificados em situações onde estudantes de enfermagem, de nível técnico e de graduação, trabalhavam sem supervisão, onde se tem o conhecimento inadequado da medicação, em relação á terapêutica medicamentosa (SANTANA JCB, et al.,2012).

Mecanismos e formas alternativas dos medicamentos e cálculos incorretos de dosagem são responsáveis por muitos episódios, envolvendo a medicação. As falhas de comunicação e as distrações tanto de enfermagem, quanto serviço de farmácia aparece como fatores que predispõem ao erro, sendo que a comunicação eficiente minimiza os erros, chegando ao ponto de evitar que eles ocorram. A distração surge de inúmeros fatores presentes na rotina dos profissionais, como telefones celulares, televisão e conversas entre a equipe e outros profissionais (SMEULERS M, et al.,2015).

O índice de erros tem uma atenção maior nos setores fechados, como Unidade de Terapia Intensiva (UTI), tanto adulta como a pediatria, o que pode ser explicado pelas características dos usuários, que geralmente se tem paciente mais vulneráveis fisicamente e com grande quantidade de medicamentos e procedimentos aumentando muito demandas de trabalho exigidas dos profissionais (ALSULAMI Z, et al.,2013).

O quadro do paciente também se torna de grande valia, quanto mais gravemente doente o paciente, mais cuidado é necessário, e instituições de saúde nem sempre tem profissionais suficientes, o que contribui para a sobrecarga e ao estresse físico e mental, e isso se prejudica em um todo, tanto serviço de enfermagem, médicos, setor de farmácia que é responsável em distribuir toda medicação, como lavanderia e administração (ALSULAMI, et al.,2013).

Ao analisar a influência da redação da prescrição médica nos erros relativos na via de administração, continham iniciais/abreviaturas, com falta de

dados corretos do paciente, como peso e idade, desencadeando uma série de problemas que contribuem para erros (GIMENES FRE, et al., 2011).

A questão dos erros se estende para fora dos muros das instituições de saúde, devido a erros na produção dos medicamentos. Os resultados considerados a rotulagem são preocupantes também, como a semelhança da embalagem, rótulos da mesma cor, notando-se a diferença apenas no nome, mais com escritas na mesma forma, configurando um forte potencial para erros na distribuição, administração e armazenamento (LOPES DMA, et al., 2012).

Para mudar este contexto, é essencial abordá-lo de diferentes maneiras, com diferentes focos como, tecnologia, educação e uma cultura de segurança são exemplos de estratégias para reduzirmos os erros de medicação (KRUEER RM, et al., 2014).

Melhorias após Núcleo de Segurança

O programa do Núcleo de Segurança do Paciente foi apresentado aos gestores e clínicos, e todos os profissionais de saúde. Nesta lógica de melhorias estão sendo implantados e todos os tipos de formulários de notificação de eventos adversos, no que diz respeito também aos erros de medicamentos estão em planejamento, onde ainda é um grande desafio incentivar aos gestores e profissionais da saúde em realizar essas notificações, para que não se sintam assustados, pois é uma das formas mais provenientes de relatar esses problemas (BRASIL MS, 2013).

A fim de promover a segurança do paciente e prestar cuidados mais seguros e mais qualificados, o Núcleo de Segurança do Paciente (PSN) é um mosaico a cada dia sendo construído e ao mesmo tempo, adaptando o plano de segurança do paciente dados que ainda podem ser consolidados (BRASIL MS, 2013).

Como um passo em frente há um cumprimento de objetivos que já foram idealizados, como a identificação correta do paciente que foi implantado no ato da internação, através de pulseirinhas com três identificações, como sugerido pela

prática de métodos e cuidados seguros, onde a tal prática induz a redução de erros (ANVISA, 2013).

Para assegurar que todos os pacientes sejam devidamente identificados, é necessário usar pelo menos dois identificadores na pulseira de cor branca padronizada, fixada normalmente no braço do paciente, constando todas as informações necessárias conforme protocolo (OMS, 2007).

A identificação de todos os pacientes que estiverem internados em ambientes de saúde, como clínica e hospitais devem ser realizados o uso dessa pulseirinha, e após a confirmação dessa identificação por meio dos profissionais de saúde, poderá ser feito a administração de medicamento, infusões sanguínea e de hemoderivados, coleta de materiais para exames, instalação de dietas e realização de procedimentos invasivos (CLEOPAS A, et al., 2004).

Outro objetivo que tem sido constantemente discutido é o da segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Em face de erros cometidos como, por exemplo, não identificar o nome do paciente na prescrição ou no registro de dados, ou mesmo nomes ilegíveis, pensava-se como uma iniciativa para a inclusão em todos os setores de um hospital que ainda não tenha prescrição eletrônica, com a possibilidade de comunicação direta com a farmácia (BRASIL MS, 2013).

Outra medida eficaz foi atrair a atenção para medicamentos de alta vigilância, onde os rótulos vermelhos foram usados como umas barreiras protetoras para resolver esses erros foram também adotadas medidas a intensificação da dupla verificação de medicamentos, tanto no momento da recepção do medicamento como durante a administração e saída da farmácia. Deve-se notar que apesar de esforços e diretrizes para dupla verificação, esta ação ainda não é uma prática rotineira entre colaboradores envolvidos no processo de segurança (BRASIL MS, 2013).

Embora esse plano de ação seja ainda incipiente, avanços são notórios na promoção da qualidade e segurança dos cuidados de saúde mediante o Núcleo

de Segurança. As falhas referentes ao medicamento são configuradas em cadeia, que precisa ser quebrada desde a saída do medicamento da farmácia até a sua administração pelo profissional responsável, com intuito de redução de erros. A criação dessa cultura de segurança para que o cuidado seja eficaz do ponto de vista dos profissionais que representam o corpo de atendentes da saúde, esteja enfraquecido, sendo necessário inserir uma educação permanente. Nesse sentido, vale ressaltar que criando ações preventivas para minimizar eventos adversos e erros de medicação, a segurança do paciente seja vista como principal ação (MANSOUR M, 2012).

O Núcleo de Segurança é o conjunto de atividades destinadas a identificar os erros por medicamentos, a quantificar esses erros e riscos por meio das notificações e avaliar as causas para que seja estudada a melhor e mais rápida forma de solucionar tal problema. As etapas que envolvem os processos que vão desde o desenvolvimento do fármaco até a sua utilização são responsáveis por efeitos benéficos ou indesejados, deste modo o Núcleo de Segurança envolve todos profissionais da cadeia terapêutica. Sendo assim, o ambiente hospitalar é facilitador devido a presença de quadro de profissionais multidisciplinar (ALMEIDA, 2010).

Hoje no ambiente hospitalar todos os medicamentos são de riscos e diante disto deve ser implantado um sistema de gestão de risco de medicação que consiste em minimização, identificação, detecção e comunicação do risco, onde todos os profissionais devem ter acesso às informações necessárias em casos de dúvidas no momento de medicar o paciente. No serviço de saúde, o NSP recebe todas as notificações onde são classificadas uma a uma, e serão analisadas pelo profissional responsável. A notificação incerta deve ser feita mesmo que o profissional não tenha dúvida de que o evento tenha relação com um determinado medicamento, por parte de diluições erradas ou dispensação equivocadas (ALESSO, 2007).

Devem ser notificadas todas as suspeitas de reação adversas também por medicação, juntamente com os profissionais da farmaco vigilância, e será

levantado problemas como desvio de qualidade, perda de eficácia, abuso, intoxicação, uso indevido e erros a medicação, se tornando a causa mais importante (ANVISA, 2015).

Os serviços devem proporcionar ao profissional confiança de forma que a notificação de erros seja espontânea e não punitiva. As notificações recebidas juntamente com os profissionais do Núcleo de Segurança, devem ser atendidas não como uma forma de identificar o culpado e puni-lo, mais sim de levantar os erros e suas causas para que sejam realizadas as modificações para a segurança ao paciente (ANVISA, 2015).

A maioria dos profissionais se sente acuados e com grande receio quando um erro levantado a subnotificações ou a não notificação, seja relacionado a erros que tenham causado algum tipo de dano ao paciente. O monitoramento dessas notificações a partir núcleo de Segurança, traz oportunidade de melhoria e de minimização de riscos. Se não houver a notificação, ou houver a omissão de fatos os erros continuarão acontecendo e assim não poderá conhecer identificar e prevenir tais erros, podendo causar danos irreversíveis a saúde do paciente (BOHOMO, 2014).

Os protocolos básicos de Segurança do Paciente correspondem às metas internacionais de segurança do paciente. São instrumentos baseados em evidencias científicas e podem contribuir fortemente para se tornar o processo mais seguro por meio das utilizações de notificações, fluxos, procedimentos e indicadores próprios para cada processo (OMS 2013).

Promover novo mecanismo para se notificar e propor formas preventivas e corretivas, identificando os pontos críticos e o redesenho desses processos, objetivando a detecção precoce ou a mitigação de erros, onde o controle de medicamentos de alta periculosidade tenha atenção especial. O Núcleo de Segurança ao paciente poderá implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança e qualidade de serviço, como difundir conhecimentos

sobre o tema, capacitando, periodicamente, profissionais que atuam nos serviços de saúde em ferramentas de qualidades e a segurança (ANVISA, 2013).

Os protocolos para a utilização do Núcleo de Segurança ao Paciente juntamente com o Ministério da Saúde, ambos com o mesmo objetivo que é de avaliar e substituir ou adaptar-se caso a legislação necessária entre em vigor. Se alguma norma regulamentadora geral de segurança do paciente, tais como, RDC, ABNT, ISSO, padrões de certificados e outras já estiverem sendo utilizadas pelo serviço de saúde para estruturar o seu sistema de gestão de risco e segurança do paciente, estas devem estar devidamente identificadas no Núcleo de Segurança do Paciente e Protocolos de Segurança (ANVISA, 2013).

O uso de indicadores representa de forma quantitativa, o desempenho de um determinado processo, na qualidade dos produtos, participação ou motivação de colaboradores de uma instituição. O acompanhamento dos indicadores e dos protocolos é criado pelos setores de serviço de saúde para monitoramento das ações desenvolvidas pelo Núcleo de Segurança do Paciente onde permitirá à avaliação das metas e qualidades na segurança do paciente, podendo ser comparados as oportunidades de melhorias e de boas práticas (MARCHON CG, 2015).

O Programa de segurança do paciente juntamente com o Núcleo de Segurança deve prever ações que garantam a comunicação efetiva entre todos os profissionais do serviço de saúde e entre esses serviços de saúde, estimule a participação em tudo que envolva a melhoria ao paciente e promova um ambiente de assistência mais seguro com índice mínimo de erros que possa a vir causar danos à vida (BRASIL, MS 2013).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, P. M. S. et al. Identificação de erros na dispensação de medicamentos em um hospital oncológico. *Revista Brasileira de Farmácia e Serviços de Saúde*, São Paulo, 2012, v. 3, n. 1, p. 15-18. Disponível em: Acesso em: 25 jul 2018.

ALESSO, L. et al. **Farmacovigilancia: Hacia una mayor seguridad en el uso de medicamentos**. Córdoba: Raquel Herrera Comoglio, 2007.

ALMEIDA, S. M. A; NEGRINI, N. M. M. Farmacovigilância. In: FERRACINI, Fábio Teixeira; FILHO, Wladimir Mendes Borges. **Prática farmacêutica no ambiente hospitalar: do planejamento à realização**. 2. ed. São Paulo, SP: Atheneu, 2010.

ALSULAMI Z, CONROY S, CHOONARA I. Medication errors in the Middle East countries: a systematic review of the literature. *Eur J Clin Pharmacol*. [Internet] 2013; 69(4) [acesso em 25 ago 2018]. Disponível: <<https://dx.doi.org/10.1007/s00228-012-1435-y>>Bagian JP. Patientsafety: lessonslearned. *Pediatr Radiol*. 2006;

BOHOMOL, E.; RAMOS, L. H. **Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, 2007, v. 60, n.1. Disponível em: Acesso em 25 jul 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Manual de Tecnovigilância: abordagens de vigilância sanitária de produtos para a saúde comercializados no Brasil. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2010

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente. Brasília: ANVISA; 2015.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. 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

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA – RDC nº. 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Diário Oficial da União, 28 nov 2011.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária– Brasília: ANVISA; 2014.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Notificação de Suspeita de Erro de Medicação. Nota Técnica Conjunta Nº 2/2015.2015. Disponível em: Acesso em: 23 JUL 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Resolução nº 36, de 25 de julho de 2013: ações para segurança do paciente em serviços de saúde. Brasília: ANVISA; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377 de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União, 25 set 2013.

CLEOPAS, A; KOLLY, V; BOVIER, P.A.; GARNERIN, P.; T.V. **Aceitação de**
COMISSÃO INTERNACIONAL. Centro Colaborador da OMS para a Segurança do Paciente

COOK R.I., Render, M. & Woods, D.D. (2000) Gaps in the continuity of care and progress on patient safety. British Medical Journal, 320, 791±794.

CORRIGAN J. M.; DONALDS M.S. To err is human: building a safer health system. Institute of Medicine. Washington (DC): National Academy Press; 2000.

FASSARELLA CS, BUENO AAB, SOUZA ECC. Segurança do paciente no ambiente hospitalar: os avanços na prevenção de eventos adversos no sistema de medicação. Rev. rede cuid. saúde. [Internet] 2013; 7(1): 1-8. [acesso em 24 jul 2018].

Disponível: <<http://publicacoes.unigranrio.br/index.php/rcs/article/viewFile/1897/907>>

FERNER RE, ARONSON JK. Esclarecimento da terminologia em erros de medicação: definições e classificação. Drug Saf. 2006

GIMENES FRE, MARQUES TC, TEIXEIRA TCA, MOTA MLS, SILVA AEBC, CASSIANI SHB. Administração de medicamentos, em vias diferentes das prescritas, relacionada à prescrição médica. Rev. latino-am. enferm. [Internet] 2011; 19(1) [acesso em 25 jul 2018]. Disponível: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000100003>>

HARADA MJCS, CHANES DC, KUSAHARA DM, PEDREIRA MLG. Segurança na administração de medicamentos em Pediatria. Acta paul enferm. 2012; [Acesso em 25 jul 2018].

KEERS RN, WILLIAMS SD, COOKE J, ASHCROFT DM. Causas de erros de administração de medicamentos em hospitais: uma revisão sistemática de evidências quantitativas e qualitativas. Drugsaf. [Internet] 2013; 36 (11) [acesso em 24 jul 2018]. Disponível: <https://dx.doi.org/10.1007/s40264-013-0090-2>

KOHN LY, CORRIGAN JM, DONALDSON MS, Committee on Quality of Health Care in America. To err is human: Building a Safer Health System. Washington DC: National Academy Press; 2000.

KRUER RM, JARRELL AS, LATIF A. Reduzir erros de medicação em cuidados intensivos: uma abordagem multimodal. ClinPharmacol. [Internet] 2014; 6: 117-26. [acesso em 25 jul 2018]. Disponível: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4155993/>>

LOPES BC, VARGAS MAO, AZEREDO NSG, BEHENCK A. **Erros de medicação realizados pelo técnico de enfermagem na UTI: contextualização da problemática. Enferm foco.** 2013; 3(1): 16-21.

LOPES DMA, NÉRI EDR, MADEIRA LS, SOUZA NETO PJ, LÉLIS ARA, DE SOUZA TR, et al. Análise da rotulagem de medicamentos semelhantes: potenciais erros de medicação. Rev. Assoc. Med. Bras. [Internet] 2012; 58(1): 95-103. [acesso em 24 jul 2018]. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n1/v58n1a21.pdf>>

LORENZINI E, SANTI JAR, BÃO ACP. Segurança do paciente: análise dos incidentes notificados em um hospital do sul do Brasil. Rev gaúcha enferm. 2014; 35(2):121-7[acesso em 24 jul 2018].

MANSOUR M, JAMES V, EDGLEY A. Investigating the safety of medication administration in adult critical care settings. Nurs. crit. care. [Internet] 2012; 17(4): 189-97. [acesso em 24 jul 2018]. Disponível: doi: 10.1111/j.1478-5153.2012.00500.x

MARSHON SG. **A segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde** [tese]. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro; 2015.

MENDES W, MARTINS M, ROZENFELD S, TRAVASSOS C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. International Journal for Quality in Health Care. 2009; 21(4):279-84.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. ANVISA; 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013: instituições do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado 2014 5 de maio]. Disponível em: Acesso em: 23 JUL 2018 <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>

NATIONAL Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP). United States: National Coordinating Council. [Internet] 1998-2010 [acesso em 24 jul 2018]. Disponível: <<http://www.nccmerp.org/about-medication-errors>>

OMS-ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. A importância da Farmacovigilância. Monitorização da segurança dos medicamentos. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 48p. ISBN 85-87943-34-0. Título original: The importance of pharmacovigilance. Disponível em: . Acesso em: 25 jul 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, A COMISSÃO MISTA. **Pulseiras de identificação para pacientes internados em hospitais.** Qual Saf Health Care, 2004.

REIS CT, MARTINS M, LAGUARDIA J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. Ciênc Saúde coletiva [Internet]. 2013 Jul [cited 2016 Jan 11].

ROQUE KE, MELO ECP. Avaliação dos eventos adversos a medicamento. Esc Anna Nery rev enferm. [Internet] 2012.

SANTANA JCB, DE SOUSA MA, SOARES HC, AVELINO KSA. Fatores que influenciam e minimizam os erros na administração de medicamentos pela equipe de enfermagem Rev. Enferm. Revista. [Internet] 2012; 15(1) [acesso em 25 jul 2018]. Disponível:

<<http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/3300/3657>>

SMEULERSM, VERWEIJ L, MAASKANT JM, DE BOER M, KREDIET CT, NIEVEEN VAN DIJKUM EJ, et al. Quality indicators for safe medication preparation and administration: a systematic review. PLoS ONE [Internet] 2015; 10(4) [acesso em 25 ago 2018]. Disponível: <<https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0122695>>

AIDE MEMOIRE. Soluções para segurança do paciente, vol1, solução 2, maio de 2007. [acesso em 25 ago 2018].

TEIXEIRA TCA. **Análise de causa raiz de incidentes relacionados à segurança do paciente na assistência de enfermagem em unidades de internação, de um hospital privado, no interior do Estado de São Paulo** [tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2012.

WACHTER RM. **Compreendendo a segurança do paciente.** 2ed. Porto Alegre: AMGH; 2013.

WHITTEMORE R, KNAFL K. The integrative review: updated methodology. J. adv.nurs. [Internet] 2005; 52(5): 546-53. [acesso em 25 jul 2018]. Disponível: doi/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x/epdf.

WULLFF K, CUMMINGS GG, MARCK P, YURTSEVEN O. **Tecnologias de administração de medicamentos e segurança do paciente: uma revisão sistemática de método misto.** J. adv. nurs. [Internet] 2011; 67 (10) [acesso em 23 jul 2018]. Disponível <<https://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05676.x>>

**ERROS RELACIONADOS À MEDICAÇÃO EM UM HOSPITAL ESCOLA
PRIVADO LOCALIZADO NA REGIÃO OESTE DO PARANÁ, BRASIL**

ERRORS RELATED TO MEDICATION IN A PRIVATE SCHOOL HOSPITAL
LOCATED IN THE WEST REGION OF PARANÁ, BRAZIL

ERRORES RELACIONADOS A LA MEDICIÓN EN UN HOSPITAL ESCUELA
PRIVADA LOCALIZADA EN LA REGIÓN OESTE DEL PARANÁ, BRASIL

Andreia Bossoni¹, Leyde Daiane de Peder², Claudinei Mesquita da Silva²

¹Acadêmica do Curso de Farmácia, Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz, Cascavel, Paraná, Brasil. E-mail: andreiabgassis@hotmail.com

²Doutora em Biociências e Fisiopatologia, Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz, Cascavel, Paraná, Brasil. E-mail: leydepeder@yahoo.com.br

³Doutor em Ciências da Saúde, Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz, Cascavel, Paraná, Brasil. E-mail: claudinei@fag.edu.br

Endereço para correspondência:

Avenida das Torres, 500 - Loteamento FAG – Cascavel – Paraná - CEP 85806-095 - Telefone +55 (45) 3321-3900. **E-mail:** claudinei@fag.edu.br

RESUMO

Introdução: Os erros envolvendo medicação são atualmente considerados um grande risco ao paciente. Esses erros geram discussões e apresentam margem de omissão dos casos. **Objetivo:** Índice de erros relacionados à medicação através de notificações ao Núcleo de Segurança do Paciente. **Método:** Estudo transversal realizado com coletas de dados de notificações internas, realizado em um hospital escola privado no período de janeiro de 2017 a junho de 2018. **Resultados:** Foram analisadas 194.716 prescrições, sendo detectados 109 erros de medicação, as quais equivalem a 0,056% para o período de estudo. Esses erros foram distribuídos em 0,026% de erros de administração, 0,016% erros de dispensação e 0,013% erros de prescrições. **Conclusões:** Esses valores foram considerados baixos comparados a outros estudos utilizando métodos semelhantes, onde as subnotificações são maiores que as notificações.

Palavras-chave: Erros de Medicação, Erros de Administração, Erros de Dispensação, Erros de Prescrição, Núcleo de Segurança do Paciente, Notificações.

SUMMARY

Introduction: The errors involving medication are currently considered a great risk to the patient. These errors generate discussions and present margin of omission of the cases. Index of errors related to medication through notifications to the Patient Safety Center. **Objective:** Index of errors related to medication through notifications to the Patient Safety Center. **Method:** Cross-sectional study performed with data collection from internal reports. The work was developed in a private hospital school from January 2017 to June 2018. **Results:** A total of 194,716 prescriptions were analyzed, and 109 medication errors were detected, which correspond to 0.056% of the analysed cases in this study. These errors were distributed in: 0.026% administration errors, 0.016% dispensing errors and 0.013% prescribing errors. **Conclusions:** These values were considered low compared to other studies using similar methods, in which the sub-notifications is greater than the notifications.

Key words: Medication Errors, Management Errors, Dispensing Errors, Prescription Errors, Patient Safety Center, Notifications.

RESUMEN

Introducción: Los errores relacionados con la medicación se consideran actualmente un gran riesgo para el paciente. Estos errores generan discusiones y presentan margen de omisión de los casos. **Objetivo:** Índice de errores relacionados a la medicación a través de notificaciones al Núcleo de Seguridad del Paciente. **Método:** Estudio transversal realizado con colectas de datos de notificaciones internas, realizado en un hospital escolar privado en el período de enero de 2017 a junio de 2018. **Resultados:** Se analizaron 194.716 prescripciones, siendo detectados 109 errores de medicación, las cuales equivalen al 0,056% para el período de estudio. Estos errores se distribuyeron en 0,026% de errores de administración, 0,016% errores de dispensación y 0,013% errores de prescripción. **Conclusiones:** Estos valores se consideraron bajos comparados a otros estudios utilizando métodos similares, donde las subnotificaciones son mayores que las notificaciones.

Palabras clave: Errores de Medicación, Errores de Administración, Errores de Dispensación, Errores de Prescripción, Núcleo de Seguridad del paciente, Notificaciones.

INTRODUÇÃO

No Brasil, nos últimos anos, o número de processos contra profissionais e organizações de saúde envolvendo erros relacionados ao paciente aumentou significativamente. Uma pesquisa realizada pelo Superior Tribunal de Justiça, em 2008, aponta que ações com decorrência de erros relacionados aos pacientes tiveram um aumento de cerca de 200% em seis anos. ⁽¹⁾ Diante dessa situação, o Ministério da Saúde, juntamente com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em abril de 2013, inseriu na agenda do sistema público e privado do país, uma ordem administrativa (nº. 529/2013), que estabelece o Programa Nacional de Segurança do Paciente, com um objetivo único de prevenir,

monitorizar e reduzir a incidência de eventos adversos dos serviços de saúde prestados.⁽²⁾

Aportaria nº529, de 1 de abril de 2013estabelece a implementação da segurança do paciente através do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e dos serviços de saúde. De acordo com a RDC nº 36, as principais funções do NSP são de elaborar, implementar, disseminar e manter atualizado todos os protocolos referente a segurança do paciente, assim como,planejar ações e o monitoramento de seus indicadores.^(3) Além disso, o NSP visa desenvolver métodos para evitar erros futuros relacionados a prescrição, medicação e administração ao paciente. Isso requer compromisso de todas as partes interessadas na melhoria destes serviços e cuidados. ⁽⁴⁾ Adicionalmente, o NSP é responsável pelo desenvolvimento e pela atualização do Plano de Segurança do Serviço de Saúde.

O planejamento relacionado ao NSP envolve o maior número possível de profissionais, de forma a facilitar o processo de compreensão e posterior execução do plano estabelecido. Seu corpo é formado por médicos, enfermeiros e farmacêuticos, onde terão acesso as informações por meio de notificações internas dos erros específico, para que possam tomar as melhores medidas cabíveis. ⁽⁵⁾ Erros referentes à medicação estão entre os eventos adversos mais freqüentes na área da saúde. No entanto, a maioria poderia ser evitada nas etapas de prescrição, dispensação ou administração. A prevenção desses erros só é possível através da investigação dos fatores envolvidos neste processo, de forma clara e objetiva. ^(6,7) No intuito de diminuir esses erros, os hospitais devem elaborar ações que garantam uma taxa mínima de erros. ⁽⁸⁾ Além disso, estudos descritivos reportando os principais tipos de erros são vitais para alcançar tal intuito. Assim, o objetivo desse estudo foi verificar os índices de erros relacionados à medicação em um hospital escola privado na região oeste do Paraná.

MÉTODOS

Estudo transversal realizado com coleta de dados de notificações internas, realizado em um hospital escola privado localizado na cidade de Cascavel, estado do Paraná, no período compreendido entre Janeiro de 2017 a Junho de 2018.

Todos os casos de erros relacionados à segurança ao paciente foram relatados através de notificações internas conforme legislação vigente e direcionada ao Núcleo de Segurança da instituição. Essas notificações são depositadas em urnas, compostas por chaves restritas ao setor de controle de qualidade e ficam distribuídas em todos os setores do hospital. O hospital dispõe de uma funcionária, que é responsável por recolher todas as notificações em um dia específico da semana. Posteriormente as notificações são encaminhadas para o setor do Núcleo de Segurança, onde serão analisadas e classificadas. Em seguida, essas notificações são repassadas para cada gestor encarregado de setor.

Todas as notificações relacionadas à medicação são recebidas no setor da Farmácia Hospitalar pela farmacêutica responsável, que fará a avaliação de todas as notificações, qualificando-as posteriormente em erros de administração, dispensação e prescrição. Como estratégia de sensibilização do profissional no tocante a notificação, o hospital disponibiliza formulários para notificação espontânea nas enfermarias. Além disso, o serviço utiliza desde a abordagem individual, passando por intervenções educativas, com inovação através da utilização da carta-resposta.

Em relação aos erros, o estudo classificou em: **erros de prescrições médicas** (aquela de digitação errada, unidade de dose incorreta, elegibilidade em prescrições manuais, via de administração e troca de nomes dos pacientes); **erros por dispensação** (aqueles de erros de conteúdo, como doses maiores ou menores que o estabelecido pela prescrição, medicamento enviado errado ou na forma farmacêutica errada, medicamentos com pronúncias similares, rotulagem com nome do fármaco errado, vias de administração trocada, isso tudo podendo levar ao erro na administração ao paciente); e **erros de administração** (aqueles devido a não conferência da medicação junto com o setor de farmácia, a sobrecarga de pacientes para cada técnico responsável, a falta de conhecimento do medicamento pelo nome do princípio ativo com o nome de referência, a

diluição dos fármacos com diluentes incompatíveis).

A análise dos dados foi feita por meio de estatística descritiva, com cálculo de medida (média) e os resultados foram apresentados em proporções. O projeto de pesquisa foi submetido à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz- FAG e aprovado com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética sob parecer 2.953.068.

RESULTADOS

Durante o período do estudo, foram avaliadas 194.716 prescrições médicas, dos quais 109 (0,056%) foram identificadas com erros relacionados a medicação e notificadas junto ao Núcleo de Segurança do Paciente. De acordo com o sistema de classificação adotada, 52 (0,026%) foram de erros de administração de medicamentos, 31 (0,016%) de erros de dispensação e somente 26 (0,013%) de erros de prescrições.

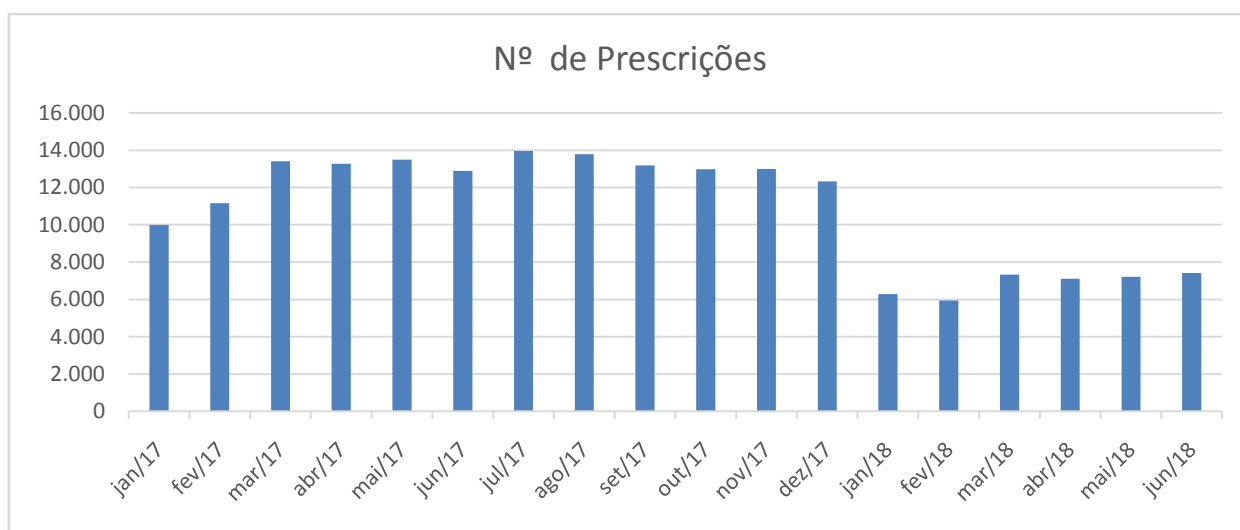


Figura 1: Número de prescrições médicas avaliadas no período do estudo.

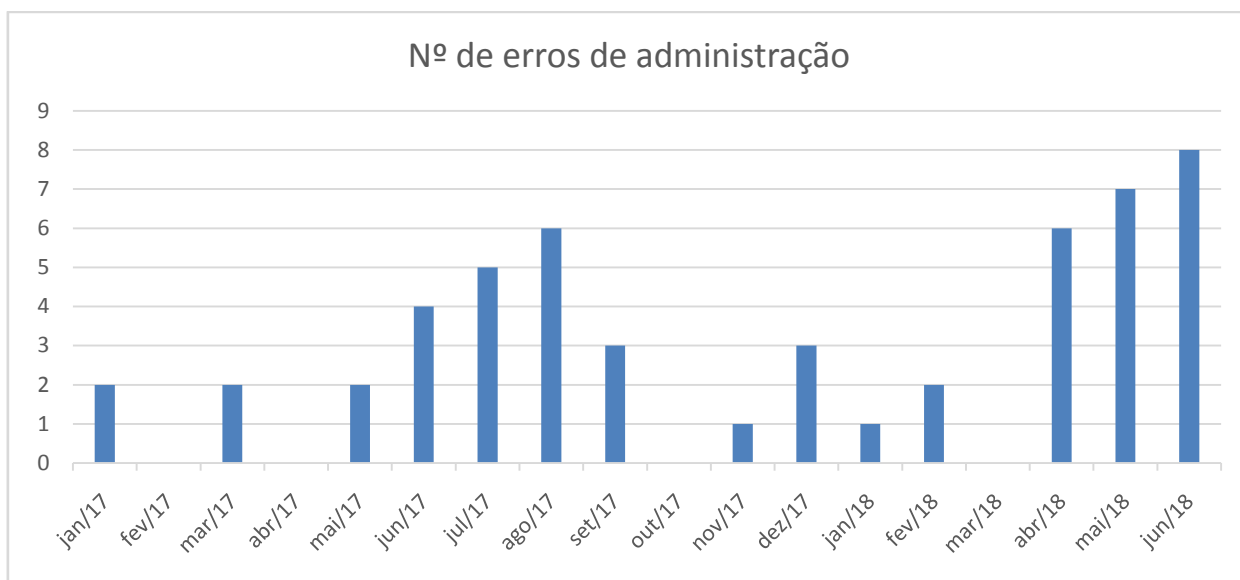


Figura 2:Número de erros de administração geradas no período do estudo.

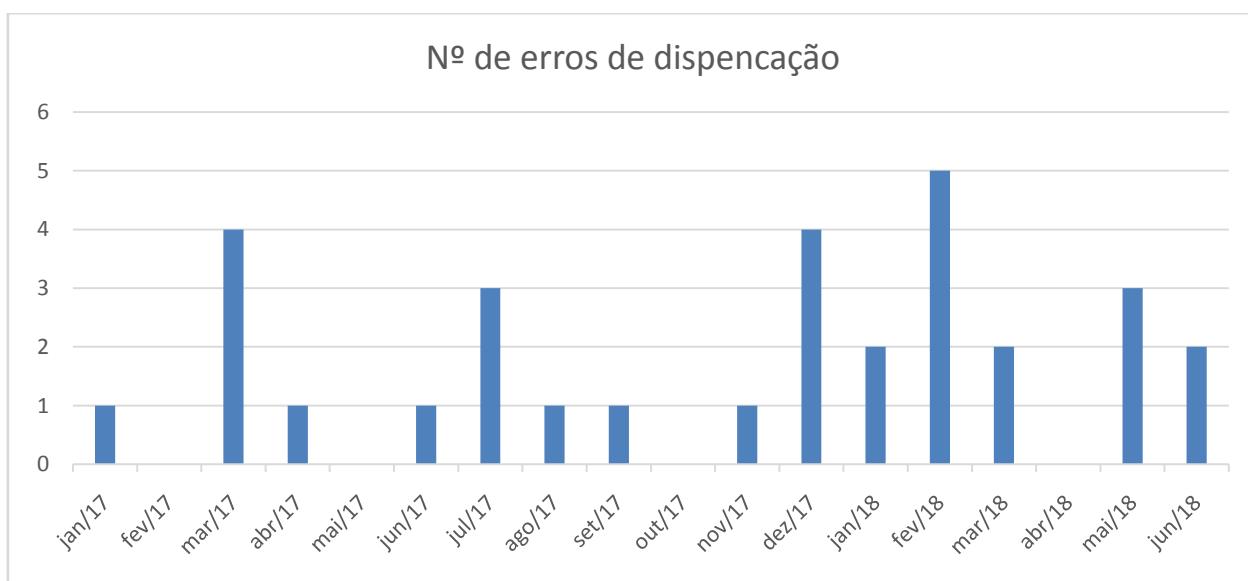


Figura 3:Número de erros de dispensação geradas no período do estudo.

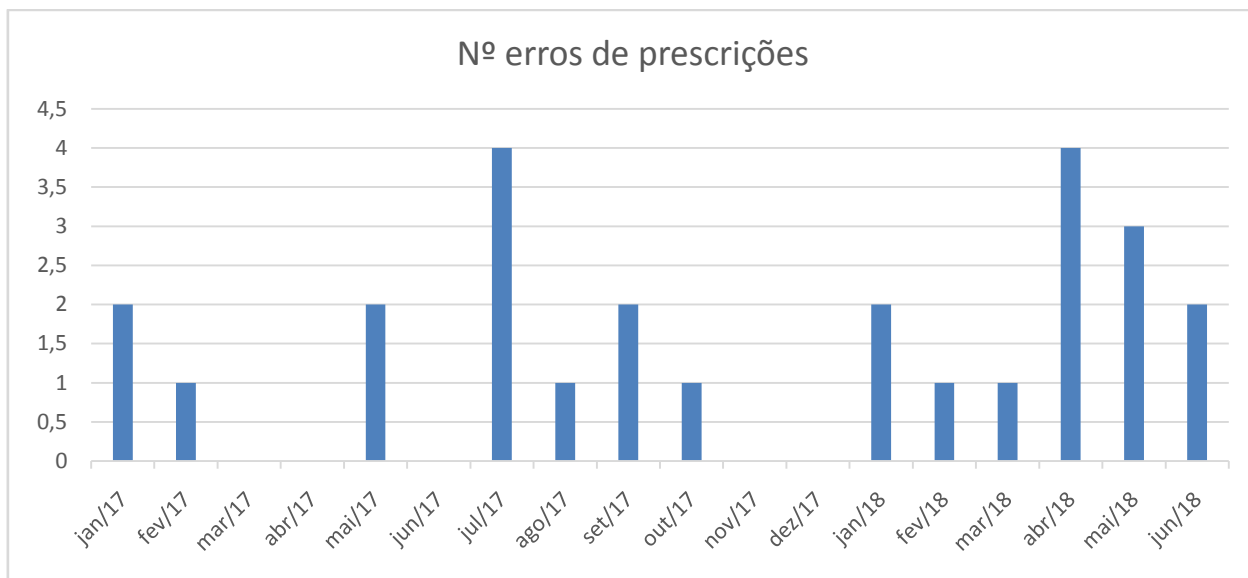


Figura 4: Número de erros de prescrições geradas no período do estudo.

DISCUSSÃO

Dos erros analisados, o maior índice de notificações deu-se por erros na administração de medicamentos, onde os profissionais mais envolvidos são da equipe de enfermagem, que tem acesso total ao paciente. As causas mais comuns dos erros notificados foram à troca de medicamento, via de administração errada, medicamentos administrados em pacientes errados e diluições incorretas. As principais causas que levam a erros relacionados à medicação são a falta de conhecimento, as condições inadequadas de trabalho, distração do profissional, jornadas excessivas de trabalho. ⁽⁹⁾

Em relação aos erros de dispensação de medicação, os principais erros são: medicamentos dispensados errado pela troca de princípio ativo, dose e via de administração. Os motivos que se pode levar a eventuais erros envolvem a rotulagem de frascos e ampolas gerando dúvidas na dispensação, a falta de atenção do profissional e prescrições feitas manuais que dificulta a leitura. ⁽¹⁰⁾ Com o menor índice de erros estão as prescrições médicas, onde os motivos são a falta de informações, letra ilegível e doses incorretas. As possíveis causas relacionadas a esses erros são médicos residentes inexperientes, a falta de

atualidade junto à literatura farmacológica e a pressa de atender vários pacientes ao mesmo tempo levando a troca de nomes no momento de liberar a prescrição.⁽¹¹⁾

Segundo estudos publicados em países como Estados Unidos e Inglaterra, o índice de erros relacionados a medicação estão em torno de 10% de casos notificados.⁽¹²⁾ Além disso, no período de 2006 a 2010, um Hospital Universitário do Paraná apontam erros de medicação com cerca de 60% (notificados).⁽¹³⁾ Outro estudo realizado no município de Salvador em um Hospital filantrópico, compara dados coletados no ano de 2010 entre erros de dispensação, diluições e prescrições resultando um total de 70%(notificados) exigindo uma atenção especial.⁽¹⁴⁾ Situações encontradas em outros estudos mostram que esses casos de erros vêm persistindo desde a década de 1990, onde a literatura diz que no Japão os erros a chegam a 66% de prescrição e 49% de administração de medicação.^(15,16)

No estudo aqui analisado, a taxa de erros foram considerados baixos, pois a instituição possui em média 157 leitos, enquanto as outras instituições são compostas por 373 que é o caso do Hospital de Salvador e 217 do Hospital Universitário, podendo ser uma das evidências da taxa tão baixas. Sendo assim necessário ponderar que o caso de erros de medicação varia de acordo com cada instituição hospitalar, sendo que haverá menos demanda de pacientes seguido de menos erros.⁽¹⁷⁾ É importante destacar que o estudo aqui reportado foi somente de casos notificados junto ao NSP de erros relacionados à medicação sendo que as taxas aqui apresentadas podem especificar apenas uma mínima parcela de erros que realmente ocorre. Tal situação talvez seja relatada pela pouca valorização que o profissional da para esse tipo de evento, acreditando que na maioria das vezes não vira trazer repercussões graves ao paciente. Além disso, na maioria das vezes, o profissional da saúde também relaciona os atos com a vergonha, punições e medo.⁽¹⁸⁾

Quando ocorre um erro relacionado à prescrição, dispensação ou administração há grandes chances de ser omitido onde entra a subnotificação, se tornando um grande problema, onde as grandes partes dos erros se tornam ocultos, e acaba mascarando muitos problemas envolvendo medicação, indicando assim a taxa mínima de erros se comparadas às outras instituições. Uma forma

de sanar esses possíveis erros é conscientizar os profissionais de que a notificação, sejam elas relacionadas ao processo de medicação ou não, não tem a intenção de identificar ou punir o profissional envolvido, mas sim identificar os incidentes que vêm ocorrendo e, principalmente, relatar as causas a estas ocorrências, para que medidas pertinentes possam ser tomadas. ⁽¹⁹⁾ Cabe destacar que a instituição do estudo encontra-se em fase de implantação, onde o NSP encontra-se ativo em torno de dois anos, e os profissionais envolvidos vêm amplificando um sistema bem estruturado que possa levar a minimizar possíveis erros, bem como preveni-los. Recentemente foi implantado o serviço da Farmácia Clínica, onde poderá contar com uma farmacêutica realizando a triagem de todas as prescrições médicas antes de ser liberada ao serviço de farmácia para futura dispensação.

CONCLUSÃO

Com base nos dados conclui-se que os erros de medicação e a probabilidade de sua ocorrência ainda são altos, situação que compromete a segurança dos pacientes atendidos em instituições de saúde. A instituição mostrou de acordo com dados que houve uma diminuição de prescrições liberadas nos primeiros meses de 2018 e um aumento das notificações ao NSP, possivelmente devido às adequações com quadro de colaboradores. A falha humana, onde a falta de conhecimentos, falta de interesse e pressa, levam os profissionais a se confundir no momento de administrar as medicações no paciente, onde houve maior índice na taxa de erro. As notificações de erros de medicação são de grande importância para o gerenciamento de qualidade para a segurança do paciente devendo ser incentivada pelo serviço de saúde de forma espontânea, pois as subnotificações de erros ainda são um número alto por vários motivos, como a falta de conhecimento de quando e como utilizá-la. As maiorias dos profissionais sentem medo, pois temem as penalidades tomadas pelos seus gestores. Diante do exposto novas estratégias e serviços já vêm sendo estudadas com propostas de ações educativas, junto ao NSP podem contribuir para minimizar os possíveis erros relacionados à segurança do paciente.

REFERÊNCIA

1. CAVALIERIS S. Programa de responsabilidade civil. 7th. ed. São Paulo: atlas; 2007.
2. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013: institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2014 May 5]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_30/10/2018.html.
3. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 36, de 25 de julho de 2013: ações para segurança do paciente em serviços de saúde. Brasília: Anvisa; 2013.
4. WHITTEMORE R, KNAFL K. The integrative review: updated methodology. J. adv.nurs. [Internet] 2005; 52(5): 546-53. [acesso em 25 jul 2018]. Disponível: doi/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x/epdf.
5. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA – RDC nº. 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Diário Oficial da União, 28 nov 2011.
6. WULLFF K, CUMMINGS GG, MARCK P, YURTSEVEN O. Tecnologias de administração de medicamentos e segurança do paciente: uma revisão sistemática de método misto. J. adv. nurs. [Internet] 2011; 67 (10) [acesso em 23 jul 2018]. Disponível <<https://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05676.x>>
7. KEERS RN, WILLIAMS SD, COOKE J, ASHCROFT DM. Causas de erros de administração de medicamentos em hospitais: uma revisão sistemática de evidências quantitativas e qualitativas. Drugsaf. [Internet] 2013; 36 (11) [acesso em 24 jul 2018]. Disponível: <https://dx.doi.org/10.1007/s40264-013-0090-2>
8. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. 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

9. REASON J. Human error. Cambridge (MA): Cambridge University Press; 2003. 301p

10. ANACLETO, T. A. et al. Erros de medicação. Pharmacia Brasileira. São Paulo, Janeiro/Fevereiro, 2010. Disponível em: Acesso em: 14 de novembro de 2018.

11. LAPOINTE NMA, Jollis JG. Medication Errors in hospitalized cardiovascular patients. Arch Intern Med 2003 June; 163: 1461-6.

12. OLIVEIRA, M.G.G. Erros de medicação; uma experiência em dispensação de medicamentos. Salvador (BA): Faculdade de Farmácia/ UFBA, 2004.

13. RISSATO, M. A. Erros de dispensação de medicamentos em hospital universitário do Paraná. 2012. 130 f. Tese (Doutorado em Ciências), Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: Acesso em: 15 nov. 2018.

14. TOFFOLETTO MC, Padilha KG. Consequências dos erros de medicação em unidades de terapia intensiva e semi intensiva. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2006 June [cited 2012 Mar 20];40(2):247-52. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n2/12.pdf>.

15. JENNANE N, Madani N, OuldErrkhis R, Abidi K, Khoudri I, Belayachi J, et al. Incidence of medication errors in a Moroccan medical intensive care unit. Int Arch Med [Internet]. 2011 [cited 2012 Mar 20];4:32. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3198677/pdf/1755-7682-4-32.pdf>.

16. LEAPE LL, Bates DW, Cullen DJ, Cooper J, Demonaco HJ, Gallivan T, et al. System analisys of adverse drug events. JAMA. 1995 July;274(1):35-43. DOI:10.1001/jama.1995.03530010049034

17. SANTOS AE, Padilha KG. Eventos adversos com medicação em serviços de emergência: condutas profissionais e sentimentos vivenciados por enfermeiros. Rev Bras Enferm [Internet]. 2005 [cited 2012 Mar 20];58(4):429-33. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n4/a09v58n4.pdf>
18. RICHARDSON B, Bromirski B, Hayden A. Implementing a safe and reliable process for medication administration. Clin Nurse Spec. 2012 May/June;23(3):169-76. DOI: 10.1097/NUR.0b013e3182503fbe.
19. BECCARIA LM, Pereira RAM, Contrin LM, Lobo SMA, Trajano DHL. Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. Rev Bras Ter Intensiva [Internet]. 2009 July/Aug [cited 2012 Mar20];21(3):276-82. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v21n3/a07v21n3.pdf>

NORMAS DA REVISTA CIENTÍFICA

REVISTA BRASILEIRA DE FARMÁCIA HOSPITALAR E SERVIÇOS DE SAÚDE

A Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde (RBFHSS) publica números trimestrais contendo artigos nos idiomas Inglês, Espanhol, Português.

Em 2010, a RBFHSS passou a substituir a Revista SBRAFH da Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde.

Em 2012, a revista foi incluída pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) no Qualis - conjunto de procedimentos utilizados pela CAPES para estratificação da qualidade da produção intelectual dos programas de pós-graduação. Este foi o primeiro grande passo para que possamos alcançar nossa próxima meta, a indexação da RBFHSS no SciELO (*Scientific Electronic Library Online*).

A RBFHSS tem como missão oferecer aos pesquisadores brasileiros e da América Latina, publicações científicas validadas, revisões sistemáticas e outras, cooperando para o avanço do conhecimento na área de Farmácia Hospitalar e de Serviços de Saúde. Traz também tendências conceituais, sociais e políticas que indicam a direção geral das atividades de Farmácia Hospitalar e de Serviços de Saúde no Brasil e demais países da América Latina.

A RBFHSS passou a ser divulgada exclusivamente online a partir do volume 8.

A RBFHSS tem o seu Website em: <http://www.sbrafh.org.br/rbfhss/>, onde todo o seu conteúdo está disponível para download.

REGRAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS:

A. ESCOPO:

A RBFHSS publica artigos sobre assuntos relacionados à farmácia hospitalar e demais serviços de saúde, como gestão e avaliação de serviços no âmbito da assistência farmacêutica, farmácia clínica e cuidado farmacêutico, gerenciamento de resíduos, gerenciamento de riscos e segurança do paciente,

farmacoterapia, utilização de práticas integrativas em serviços de saúde, farmacoeconomia, farmacoepidemiologia, avaliação de tecnologias em saúde, farmacotécnica hospitalar, legislação, estudos de estabilidade, estudos de compatibilidade, controle de qualidade, inovação em cuidado à saúde, tecnossegurança, farmacologia clínica, farmacogenética e cuidado domiciliar.

B. TIPOS DE ARTIGOS PUBLICADOS:

Editoriais: referentes a um tema de interesse ou aos artigos publicados na revista, refletem a opinião do autor, especialista no campo, que pode ser um membro da equipe editorial ou um autor independente convidado pelo editor.

Revisões:

- Sistemáticas com ou sem metanálises: os trabalhos desta natureza devem seguir as recomendações do PRISMA statement (preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses).
- Narrativas: revisões narrativas somente serão aceitas para avaliação por pares se os autores forem convidados pelo corpo editorial ou se os autores solicitarem autorização prévia do corpo editorial via email (rbfhss@sbrafh.org.br), apresentando o tema e o objetivo e a relevância da revisão a ser apresentada.

Artigos Originais: relatos de pesquisa original ou relatórios especiais sobre temas de interesse para a Região. Trabalhos apresentados em reuniões e conferências, não necessariamente são qualificados como artigos científicos. Artigos que tenham sido publicados anteriormente, em forma impressa ou por via eletrônica (por exemplo, na internet), no mesmo formato ou similar, não serão aceitos. Qualquer instância de publicação prévia deve ser divulgado quando o artigo é submetido, e os autores devem fornecer uma cópia do documento publicado.

Os artigos originais devem seguir as recomendações internacionais para escrita e padronização, conforme preconizado por:

- STROBE Statement (Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology) : para estudos observacionais.

- CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials): para estudos clínicos randomizados.
- CHEERS Statement (Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards): para estudos de avaliação econômica.

Comunicações Breves: serão publicados artigos que versem sobre somente de técnicas inovadoras e promissoras, ou para metodologias ou resultados preliminares de especial interesse.

Temas Atuais (Current Topics): inclui descrições de projetos nacionais e internacionais, além de iniciativas e intervenções regionais de saúde, abordando, principalmente, problemas na farmácia hospitalar e demais serviços de saúde que são de grande importância para a área. Ao contrário de artigos, manuscritos de temas atuais não refletem a investigação original. No entanto, as mesmas regras relativas à publicação de artigos aplicam-se também aos manuscritos de temas atuais.

Resenhas: Esta seção oferece breves resumos de publicações atuais sobre vários aspectos da farmácia hospitalar e serviços de saúde. O(s) autor(es) são convidados, pelo Editor, a apresentar resenhas de livros sobre temas da sua área de especialização. Cada resenha do livro não deve ser superior a 1500 palavras e deve descrever o conteúdo do livro, objetivamente, ao abordar os seguintes pontos essenciais: a contribuição do livro para uma disciplina específica (se possível, em comparação com outros livros de sua espécie), a qualidade do livro, tipo, ilustrações e formato geral, o tipo do estilo de narrativa, e se torna a leitura fácil ou difícil. A formação do autor e o tipo de leitor ao qual o livro é dirigido também devem ser brevemente descrito.

Cartas ao Editor: Cartas ao editor sobre temas de farmácia hospitalar ou serviços de saúde para esclarecer, discutir ou comentar, de forma construtiva, ideias expressas na RBFHSS são bem-vindas. As cartas devem ser assinadas pelo autor e especificar sua afiliação profissional e endereço.

C. CRITÉRIOS GERAIS PARA ACEITAÇÃO DO ARTIGO:

A Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde (SBRAFH) detém os direitos autorais do material publicado na RBFHSS.

A seleção de manuscritos para publicação é baseada nos seguintes critérios: adequação do tema para a revista; solidez científica, originalidade, contribuição para o avanço do conhecimento e atualidade da informação. Os artigos deverão satisfazer às normas de ética em pesquisa que regem a experimentação com humanos e outros animais, seguindo as regras para publicação (vide seção D). O não atendimento ao descrito implica em razões para rejeitar o artigo.

Os autores são os únicos responsáveis pelas opiniões expressas, que não necessariamente refletem a opinião da RBFHSS. A menção de determinadas companhias ou produtos comerciais não implica que os aprove ou recomende de preferência a outros de natureza similar. Os autores deverão declarar a existência de conflitos de interesse.

Os manuscritos que não cumpram com as regras de envio não serão aceitos. Recomendamos que, para ter certeza que eles estão seguindo o formato padrão da RBFHSS, os autores revejam todos esses critérios (check list de verificação disponível no site), bem como rever um ou dois artigos publicados nesta revista, antes de submeter seus artigos para apreciação.

Caso seja aceito, os autores deverão se responsabilizar por providenciar certificados de revisão dos resumos ou texto completo em língua inglesa e espanhol.

A revista poderá recusar a publicação de qualquer manuscrito cujos autores não consigam responder a questões editoriais de forma satisfatória.

D. CRITÉRIOS PARA O ENVIO DO MANUSCRITO

D.1. Formatação obrigatória:

- Formato A4 (210 x 297mm);
- Margens de 2,5cm em cada um dos lados;
- Letra Arial 12;
- Espaçamento duplo em todo o arquivo;

- As tabelas e quadros devem estar inseridos no texto com seus títulos na parte superior, numerados consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citados no texto e não utilizar traços internos horizontais ou verticais;
- As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e quadros e não no cabeçalho ou título;
- Notas de rodapé: deverão ser indicadas por asteriscos, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável;
- Figuras (compreende os desenhos, gráficos, fotos etc.) devem ser desenhadas, elaboradas e/ou fotografadas por profissionais, em preto e branco. Em caso de uso de fotos os sujeitos não podem ser identificados ou então possuir permissão, por escrito, para fins de divulgação científica. Devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução em 7,2cm (largura da coluna do texto) ou 15cm (largura da página). Para ilustrações extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Essas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Serão aceitas desde que não repitam dados contidos em tabelas. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. As abreviações não padronizadas devem ser explicadas em notas de rodapé, utilizando símbolos, como *, #;
- Trabalhos envolvendo experimentos com animais deverão indicar o seguimento das normas indicadas no Council for International Organization of Medical Sciences (CIOMS) Ethical Code for Animal Experimentation (WHO Chronicle 1985; 39(2): 51-6).
- Ensaios clínicos controlados deverão apresentar documentação relacionada ao registro da pesquisa em uma base de dados de ensaios clínicos, considerando a orientação da Plataforma

Internacional para Registros de Ensaios Clínicos (ICTRP) da Organização Mundial da Saúde (OMS), e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE).

- Os autores deverão inserir os seguintes itens após a conclusão do artigo: (i) fontes de financiamento, (ii) colaboradores, (iii) agradecimentos e (iv) conflito de Interesses, conforme orientações a seguir:

Fontes de financiamento: Deve ser declarada toda fonte de financiamento e/ou suporte, tanto institucional como privado, para a realização dos estudos. Fornecedores de materiais e equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país). No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

Colaboradores: Deve ser descrita a colaboração dos autores no desenvolvimento do estudo e elaboração do artigo, considerando-se como critérios de contribuição substancial para autores os seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Responsabilidade por todas as informações do trabalho, garantindo exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições deverão ser integralmente atendidas.

Agradecimentos: Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores

Conflito de Interesses: Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros

associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes. Caso não haja conflito de interesse declarar no artigo: “Os autores declaram inexistência de conflitos de interesses”.

- Numerar as referências de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto (estilo Vancouver). Identifica-las no texto por números arábicos e sobrescritos, sem menção dos autores e sem parênteses. Quando se tratar de citação sequencial, separe os números por traço (ex.: 1-7); quando intercalados use vírgula (ex.: 1,5,7). Devem ser listados apenas os três primeiros autores: os outros devem ser indicados pelo termo “et al”. O formato das referências, usando abreviações de acordo com o Index Medicus é o seguinte:

Periódicos: Último nome(s), seguido das iniciais para os três primeiros autores. Os autores devem ser separados por vírgula. Título do artigo. Estado, Nome do Periódico (em itálico), Ano, Volume(Fascículo): Número das páginas.

Exemplo: Silva LC, Paludetti LA, Cirilo O. Erro de Medicamentos em Hospitais da Grande São Paulo. Revista SBRAFH, 2003, 1(1):303-309.

Livros: Último nome(s), iniciais dos primeiros três autores. Título do livro (em itálico), edição. Cidade, editora, ano: páginas ou último nome(s)

Capítulo de Livros: Último nome(s), iniciais dos primeiros três autores. Nome do capítulo. “In”: Nome do Editor (ed), Título do livro (em itálico), edição. Cidade, editora, ano: páginas.

Internet: Proceder como no caso de periódicos ou capítulo de livros, o que for mais adequado. Ao final da referência adicionar “disponível em (citar o endereço completo), data e horário de consulta”.

Anais: Título e subtítulo (se houver) do evento, número, ano. Local de realização do evento. Anais... Local de publicação dos anais: Editora, ano. Total de páginas.

Dissertação, Tese e Trabalho de Conclusão de Curso: Autor. Título do Trabalho [Tipo de documento]. Unidade onde foi defendida, local, ano de defesa do trabalho.

D.2. Orientações adicionais

- **Título:** Recomenda-se que o título seja breve e inclua apenas os dados imprescindíveis, evitando-se que sejam muito longos, com dados dispersos e de valor não representativo. Palavras ambíguas, jargões e abreviaturas devem ser evitados. Um bom título torna fácil entender sobre o que é o manuscrito e ajuda a catalogar e classificá-lo com precisão. O título deve ser apresentado em português, inglês e espanhol.
- **Autores:** O sistema de submissão *online* manuscrito irá registrar o nome, afiliação e demais informações de contato de cada autor, no momento da submissão do manuscrito. Estas informações **DEVEM SER OMITIDAS** do texto em arquivo de word apresentado integralmente, a fim de manter a confidencialidade dos autores durante a revisão pelos pares.
- **Resumo:** Todo artigo original ou revisão deve ser acompanhado por um resumo estruturado indicando os objetivos, métodos, resultados e conclusões, sem, contudo, especificar estas seções no texto. Deverão ser encaminhados os resumos em português, espanhol e inglês. Outros tipos de manuscritos devem ser acompanhados de um resumo não estruturado, também nas três línguas. O resumo não deve incluir todas as informações ou conclusões que não aparecem no texto principal. Ele deve ser escrito na terceira pessoa e não devem conter notas ou referências bibliográficas. O resumo deve permitir aos leitores determinar a

relevância do artigo e decidir se querem ou não ler o texto inteiro. O resumo é muito importante, pois é a única parte do artigo, além do título, que nos aparece diferentes bancos de dados. É o “cartão de visitas” para o seu artigo.

- **Descritores:** deverão ser apresentados de 3 a 6 descritores que auxiliarão na indexação dos artigos, nos respectivos idiomas (português, inglês e espanhol). Para determinação dos descritores, consultar o site: <http://decs.bvs.br/> ou MESH - Medical Subject Headings <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>. Caso não encontre descritor correspondente, defina palavras-chave.
- **Abreviaturas:** Utilize somente abreviações padronizadas internacionalmente;
- **Depoimentos de sujeitos participantes:** Depoimentos dos sujeitos participantes deverão ser apresentados em itálico, letra Arial, tamanho 10, na sequência do texto. Ex.: *a sociedade está cada vez mais violenta* (sujeito 1).
- **Referências:** Sugere-se incluir as referências estritamente pertinentes à problemática abordada e evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Recomenda-se incluir contribuições sobre o tema dos manuscritos já publicados na RBFHSS e na Revista Farmácia Hospitalar publicação da Sociedade Espanhola de Farmácia Hospitalar. A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

Em todos os manuscritos deverão ser destacadas as contribuições para o avanço do conhecimento na área da farmácia hospitalar e demais serviços de saúde.

D.3. Arquivo do artigo:

O arquivo do artigo também deverá apresentar, na primeira página, o título, o resumo e os descritores, nessa sequência, nos idiomas português, inglês e espanhol.

Não deve apresentar o nome dos autores e nem sua filiação ou qualquer outra informação que permita identificá-los.

D.4. Documentação obrigatória:

No ato da submissão dos manuscritos deverão ser anexados no sistema online os documentos:

- Cópia da aprovação do Comitê de Ética ou Declaração de que a pesquisa não envolveu sujeitos humanos;
- Formulário individual de declarações, preenchido e assinado.

Ambos os documentos deverão ser digitalizados em formato JPG.

Os interessados deverão enviar o manuscrito no site da revista:
www.sbrafh.org.br/rbfhss Dúvidas: rbfhss@sbrafh.org.br