

# Caso clínico: erro de medicação e atraso na preparação da sala cirúrgica

Nova história para discussão em qualidade assistencial e segurança do paciente

**Objetivo do caso.** Este material foi elaborado para apoiar atividades de ensino, reflexão em equipe e publicação educativa. A narrativa é fictícia, mas reúne situações plausíveis de rotina hospitalar: pressão de tempo, comunicação incompleta, prescrição pouco clara, cultura que dificulta o questionamento e atraso na disponibilidade de sala cirúrgica.

**Mensagem central.** O desfecho de um paciente raramente depende de uma única pessoa ou de um único erro. Ele costuma emergir da interação entre estrutura, processos de trabalho, tecnologia, comunicação, cultura institucional e decisões clínicas realizadas sob pressão.

## Pontos de aprendizagem

- Diferenciar qualidade do cuidado e segurança do paciente.
- Reconhecer um evento adverso e seus fatores contribuintes.
- Identificar falhas de estrutura, processo e resultado pelo modelo de Donabedian.
- Discutir barreiras práticas: prescrição eletrônica, dupla checagem, comunicação segura e prontidão da sala.

## 1. Contexto situacional

Dona Helena, 67 anos, diabética e hipertensa, chegou ao pronto atendimento com dor abdominal intensa, febre, vômitos e sinais de desidratação. A avaliação inicial sugeriu abdome agudo infeccioso, com necessidade de laparotomia de urgência. O cirurgião comunicou a indicação ao centro cirúrgico, solicitando sala, equipe de anestesia, material para laparotomia e reserva de leito de recuperação pós-anestésica.

Naquele plantão, o hospital funcionava com alta ocupação. Uma sala cirúrgica havia acabado de receber um procedimento contaminado e ainda não tinha sido liberada pela higienização terminal. Outra sala estava disponível, mas faltavam alguns itens: caixa de laparotomia conferida, manta térmica, equipo para infusão rápida e documentação recente do teste do aparelho de anestesia.

A equipe assistencial acreditava que a sala ficaria pronta em poucos minutos. Entretanto, a preparação se prolongou por sucessivas pequenas pendências: busca de material na CME, troca de cilindro reserva, limpeza complementar, localização de profissional para circulação e confirmação de vaga na unidade pós-operatória. Nenhuma pessoa, isoladamente, parecia “responsável pelo atraso”; o problema era o encadeamento de vários processos incompletos.

## 2. Desenvolvimento da ação

Enquanto aguardava a sala, a paciente permaneceu na emergência, monitorizada, com dor e náuseas. O médico solicitou medicação sintomática e antibiótico, mas a prescrição foi escrita rapidamente em papel, durante uma sequência de interrupções e chamadas

telefônicas. A letra era parcialmente ilegível e a ordem verbal não foi repetida em voz alta pela equipe.

Uma técnica de enfermagem recém-allocada no setor procurou esclarecer a prescrição, mas hesitou em interromper o médico plantonista. Ela já havia presenciado respostas ríspidas a dúvidas semelhantes e interpretou que perguntar novamente poderia ser visto como despreparo. No carrinho de medicações, encontrou ampolas com nomes parecidos e embalagens semelhantes. A medicação administrada não correspondia à intenção da prescrição.

Pouco depois, a paciente apresentou sonolência excessiva e piora da ventilação, exigindo reavaliação imediata, suporte clínico e nova organização da equipe. O episódio aumentou a tensão do plantão, desviou a atenção da preparação cirúrgica e contribuiu para novo atraso. A cirurgia ocorreu apenas após a sala estar completa, a paciente reavaliada e a equipe alinhada quanto ao plano anestésico-cirúrgico.

### 3. Linha do tempo resumida

Momento	Evento	Risco associado
T0	Paciente chega ao pronto atendimento com suspeita de abdome agudo infeccioso.	Necessidade de diagnóstico rápido, antibioticoterapia e controle de foco.
T+30 min	Cirurgia de urgência é indicada e o centro cirúrgico é acionado.	Dependência de sala pronta, equipe disponível e materiais conferidos.
T+60 min	Identificam-se pendências: limpeza, caixa cirúrgica, materiais anestésicos e teste do equipamento.	Atraso progressivo por falhas de processo e estrutura.
T+75 min	Prescrição manual rápida, com interrupções e sem read-back.	Erro de medicação por ilegibilidade, sem dupla checagem efetiva.
T+90 min	Paciente apresenta rebaixamento do nível de alerta e precisa ser reavaliada.	Dano temporário e novo atraso no fluxo cirúrgico.
T+150 min	Sala finalmente liberada; procedimento realizado.	Maior risco de complicações pela demora no controle do foco infeccioso.

## 4. Desfecho clínico

A paciente sobreviveu ao procedimento, mas evoluiu com necessidade de internação em unidade de terapia intensiva por instabilidade clínica no pós-operatório. Após alguns dias, apresentou melhora progressiva e recebeu alta hospitalar com acompanhamento ambulatorial. O evento foi notificado internamente como dano associado ao cuidado, com dois eixos principais: erro de medicação e atraso evitável na prontidão da sala cirúrgica.

O caso não deve ser lido como busca de culpados. A pergunta mais útil é: “quais condições de trabalho tornaram possível que profissionais bem-intencionados participassem de um cuidado inseguro?”.

## 5. Qualidade e segurança: como separar os conceitos?

**Qualidade do cuidado** diz respeito ao grau em que o serviço entrega cuidado oportuno, efetivo, eficiente, centrado na pessoa, equitativo e coordenado. No caso, a qualidade foi afetada pelo tempo excessivo para disponibilizar a sala, pela ausência de um fluxo claro de urgência, pela indisponibilidade de materiais e pela comunicação fragmentada entre emergência, centro cirúrgico, anestesia, cirurgia, CME e unidade pós-operatória.

**Segurança do paciente** refere-se à redução do risco de dano desnecessário associado ao cuidado. No caso, a segurança foi comprometida pela prescrição ilegível, pela ausência de repetição da ordem verbal, pelo armazenamento inadequado de medicamentos semelhantes, pela insegurança da profissional para questionar a prescrição e pela falta de barreiras robustas antes da administração.

Dimensão	Exemplo no caso	Possível melhoria
Estrutura	Sala sem checklist de prontidão; material essencial indisponível; armazenamento de medicamentos pouco seguro.	Mapa de materiais críticos, carrinho padronizado, medicamentos de alto risco segregados e sala de urgência com prontidão monitorada.
Processo	Acionamento sem responsável único pelo fluxo; prescrição manual; ausência de read-back e dupla checagem.	Protocolo de cirurgia de urgência, comunicação SBAR, prescrição eletrônica, read-back e huddle rápido da equipe.
Resultado	Atraso cirúrgico, dano medicamentoso temporário, UTI e prolongamento da internação.	Indicadores de tempo de prontidão, eventos de medicação, dano evitável e debriefing pós-evento.

## 6. Houve evento adverso?

Sim. Houve dano relacionado ao cuidado, ainda que reversível em parte: a medicação administrada não correspondia à intenção terapêutica e desencadeou deterioração clínica temporária; além disso, o atraso na preparação da sala contribuiu para demora no tratamento cirúrgico necessário. O evento poderia ser classificado como evento adverso associado a erro de medicação e falha de processo assistencial.

Também houve quase falhas antes do dano: a prescrição ilegível foi percebida, a profissional teve dúvida, as embalagens semelhantes estavam próximas e a sala ainda não estava pronta. Esses sinais deveriam funcionar como alertas precoces para interrupção do processo inseguro.

## 7. Fatores contribuintes

Pessoas e cultura	Processos e tecnologia
<ul style="list-style-type: none"><li>• Profissional nova no setor.</li><li>• Medo de questionar a autoridade médica.</li><li>• Comunicação sob tensão.</li><li>• Interrupções frequentes.</li><li>• Normalização do improvisado.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Prescrição manual e ilegível.</li><li>• Ausência de read-back.</li><li>• Medicamentos semelhantes próximos.</li><li>• Checklist de sala incompleto.</li><li>• Falta de indicador visível de prontidão da sala.</li></ul>

## 8. Perguntas para discussão em grupo

- 1) Em que pontos a qualidade assistencial falhou? Em que pontos a segurança do paciente falhou?
- 2) O atraso da sala deve ser analisado como problema de estrutura, de processo ou de resultado? Por quê?
- 3) O erro de medicação foi consequência de uma falha individual ou de um sistema vulnerável?
- 4) Que barreiras poderiam ter interrompido o erro antes da administração do medicamento?
- 5) Como a cultura da equipe influenciou a decisão da técnica de enfermagem de não questionar a prescrição?
- 6) Que indicadores o serviço deveria acompanhar para evitar repetição do evento?
- 7) Como fazer disclosure ao paciente e à família de forma ética, clara e não defensiva?

## 9. Proposta de análise didática

**Problema 1 - erro de medicação.** A falha ativa foi a administração de medicamento diferente do pretendido. Porém, as causas latentes incluíam prescrição manual, interrupções, armazenamento inadequado, ausência de dupla checagem, cultura hierárquica e falta de treinamento específico para medicamentos de risco.

**Problema 2 - atraso na prontidão da sala cirúrgica.** A falha não se limitou à limpeza da sala. Envolveu governança do fluxo de urgência, comunicação entre setores, disponibilidade de equipamentos, CME, dimensionamento de equipe, confirmação de leito e ausência de um responsável visível pela coordenação do processo.

**Problema 3 - integração entre qualidade e segurança.** A demora é frequentemente percebida como “problema de eficiência”. Entretanto, quando o atraso aumenta risco clínico ou contribui para dano, ele se torna também problema de segurança do paciente.

## 10. Barreiras recomendadas

**Prescrição e medicamentos.** Prescrição eletrônica sempre que possível; padronização de abreviações proibidas; medicamentos semelhantes separados; identificação visual de medicamentos de alto risco; dupla checagem independente; read-back em ordens verbais.

**Prontidão da sala.** Checklist de sala de urgência antes do acionamento; carrinho cirúrgico e anestésico padronizado; validação do aparelho de anestesia; indicador de tempo até sala pronta; plano para contingência de material da CME.

**Comunicação e cultura.** Huddle breve antes de casos urgentes; comunicação SBAR; incentivo explícito ao “pare a linha” quando houver dúvida; liderança que responde a perguntas com respeito; debriefing após eventos.

**Gestão da qualidade.** Monitorar tempo de preparação da sala, cancelamentos e atrasos por causa evitável; auditar eventos de medicação; discutir casos em núcleo de segurança do paciente com foco sistêmico.

## 11. Síntese para publicação

Este caso mostra que qualidade e segurança não são conceitos abstratos. Elas aparecem no tempo de espera, na sala que ainda não está pronta, no carrinho de medicação organizado de forma insegura, na pergunta que não é feita por medo, na prescrição que ninguém consegue ler e na ausência de uma rotina que permita à equipe parar antes que o erro alcance o paciente.

O compromisso com a qualidade precisa ser genuíno, institucional, monitorado e incorporado à cultura. A segurança do paciente nasce quando a organização transforma dúvidas em sinal de alerta, falhas em aprendizado e processos frágeis em barreiras confiáveis.

## Referências essenciais sugeridas

1. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? JAMA. 1988;260(12):1743-1748.
2. World Health Organization. Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: WHO; 2021.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente.
4. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde.
5. Institute for Safe Medication Practices. Medication safety self assessment and high-alert medication safety resources. ISMP; materiais técnicos de consulta.

**Nota editorial:** texto fictício e educativo, sem identificação de pessoas ou instituições. Pode ser adaptado para aulas, rodas de conversa, boletins de qualidade e treinamentos de equipes multiprofissionais.