

PARECER Nº , DE 2012

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, em decisão terminativa, sobre o Projeto de Lei do Senado nº 605, de 2011, do Senador Rodrigo Rollemberg, que *altera a Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997, que dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País, para incluir a prevenção de erros de medicação.*

RELATORA: Senadora **VANESSA GRAZZIOTIN**

I – RELATÓRIO

Vem à análise desta Comissão de Assuntos Sociais (CAS), para decisão em caráter terminativo, o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 605, de 2011, de autoria do Senador Rodrigo Rollemberg. A proposição promove a inserção de artigos no documento legal que instituiu a obrigatoriedade de manutenção de programas de controle de infecções hospitalares pelos hospitais brasileiros (Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997).

Os dispositivos acrescidos determinam que os hospitais deverão manter “Programa de Prevenção de Erros de Medicação – PPEM” e constituir “Comissão de Prevenção de Erros de Medicação”. O projeto faculta aos hospitais constituir comissão única para tratar das infecções hospitalares e dos erros de medicação.

A proposição determina, ainda, que a ementa da Lei nº 9.431, de 1997, seja modificada, a fim de se ajustar ao novel conteúdo do diploma legal.

A cláusula de vigência – art. 4º – determina que a lei originada pelo projeto passará a vigor após transcorridos trezentos e sessenta e cinco dias da data de sua publicação.

O projeto foi distribuído apenas à CAS e não foi objeto de emendas.

II – ANÁLISE

Nos termos do inciso II do art. 100 do Regimento Interno do Senado Federal (RISF), compete à CAS deliberar sobre o mérito do PLS nº 605, de 2011. Da mesma forma, como a decisão desta Comissão tem caráter terminativo, cabe a ela examinar a constitucionalidade, a juridicidade e a técnica legislativa da proposição.

No ambiente hospitalar, a administração de medicamentos representa típica atividade multidisciplinar, que usualmente envolve a participação de três áreas distintas da saúde: a odontologia ou a medicina, a farmácia e a enfermagem. O processo tem início com a avaliação clínica e a prescrição médica ou odontológica, seguidas pela dispensação do medicamento pelo farmacêutico, e encerra-se com a administração da medicação ao paciente pelo profissional de enfermagem.

Dessa forma, múltiplos são os atores que podem concorrer para a produção de erros no procedimento, inclusive o próprio paciente, quando deixa de seguir as recomendações prescritas. Também, diversas são as falhas que podem ocorrer na terapia medicamentosa: prescrição equivocada, fornecimento do medicamento para a pessoa errada, dose, horário ou via de administração incorretos, entre outras possibilidades.

A complexidade e a multiplicidade de etapas envolvidas na medicação tornam-na um exemplo de atividade que merece abordagem sistêmica para a prevenção de erros. Ações pontuais, focadas apenas na identificação e punição do responsável, tendem a produzir resultados insatisfatórios.

O sucesso na utilização de um medicamento inicia-se com a avaliação de sua relação risco/benefício e a prescrição correta, incluindo

posologia, horários e duração do tratamento. No que se refere ao produto farmacêutico utilizado, deve-se atentar para sua qualidade, dispensação adequada, prazo de validade e boas práticas de fabricação e armazenamento. Por fim, o profissional responsável pela última etapa da cadeia de administração do medicamento deve estar atento para horário, velocidade e via de administração, assepsia do local de injeção, diluições, concomitância com alimentação etc. O envolvimento do paciente no processo deve ser sempre estimulado, pois sua adesão ao tratamento é fundamental para o sucesso terapêutico.

A despeito da gravidade e da relevância do problema, as iniciativas para o enfrentamento da questão dos erros de medicação são escassas no País. Segundo estudos científicos produzidos nos melhores centros hospitalares do Brasil, a reação institucional predominante em casos de erro é a aplicação de sanções à pessoa identificada como responsável pela ocorrência, sendo que o erro é frequentemente fruto de inúmeros problemas estruturais ao longo da cadeia de procedimentos que compõem a administração medicamentosa.

O resultado dessa abordagem predominantemente repressora, em vez de preventiva, é a subnotificação dos eventos. Segundo as pesquisadoras Viviane Carvalho e Sílvia Cassiani, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo,

o número de erros relatados nas instituições hospitalares representa apenas a ponta do *iceberg*, já que somente são informados quando há algum dano ao paciente. Apenas 25% dos erros são relatados pelos profissionais. O medo de punições, demissão, o sentimento de culpa e as preocupações com a gravidade do erro podem levar os indivíduos envolvidos a sub-notificar o erro.

Se isso ocorre nos grandes centros médicos, é de se imaginar a realidade nas instituições desprovidas de recursos.

Nesse contexto, a iniciativa do Senador Rodrigo Rollemberg deve ser recebida com aplausos. Da mesma forma que a obrigatoriedade da manutenção de programas de controle de infecção hospitalar pelos hospitais brasileiros representou um marco para a profilaxia dessa modalidade de agravo à saúde, espera-se que a criação de programas

semelhantes para abordar os erros de medicação tenha o mesmo resultado exitoso.

Não há reparos a fazer no que concerne à constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa da proposição sob análise.

III – VOTO

Ante o exposto, nosso voto é pela **aprovação** do Projeto de Lei do Senado nº 605, de 2011.

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relatora