



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ANDREIA CRISTINA NICOLETTI CARVALHO

ERROS DE MEDICAÇÃO E CONDUTAS DOS PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM EM HOSPITAL DO EXTREMO NORTE DO PAÍS

**BOA VISTA, RR
2019**

ANDREIA CRISTINA NICOLETTI CARVALHO

ERROS DE MEDICAÇÃO E CONDUTAS DOS PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM EM HOSPITAL DO EXTREMO NORTE DO PAÍS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Área de concentração: Modelos de Atenção e Vigilância em Saúde. Linha de Pesquisa: Vigilância Epidemiológica e Indicadores de Agravos à Saúde na Fronteira Pan-Amazônica.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Jackeline da Costa Maciel

BOA VISTA, RR
2019

ANDREIA CRISTINA NICOLETTI CARVALHO

**ERROS DE MEDICAÇÃO E CONDUTAS DOS PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM EM HOSPITAL DO EXTREMO NORTE DO PAÍS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Área de concentração: Modelos de Atenção e Vigilância em Saúde. Linha de Pesquisa: Vigilância Epidemiológica e Indicadores de Agravos à Saúde na Fronteira Pan-Amazônica.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Jackeline da Costa Maciel

Prof.^a Dr.^a Jackeline da Costa Maciel

Orientadora/Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde-UFRR

Prof.^a Dr.^a Geórgia Patrícia da Silva Ferko

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde-UFRR

Prof. MSc. Raquel Voges Caldart

Universidade Federal de Roraima

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, senhor onipotente e onipresente, que determinou que chegasse até aqui.

Ao programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde pela oportunidade de ter sido selecionada, pela organização do mestrado profissional que culminou na titulação de mestre.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Jackeline Maciel, que acreditou e contribuiu, esteve presente nas tribulações e momentos difíceis com todo seu carinho e respeito.

À amiga e colega Dionísia Sampaio, pela presença e colaboração na coleta de dados deste trabalho

À minha família, em especial, à minha filha amada, Isabella, por me fazer ser melhor mãe e amiga a cada dia.

Ao meu companheiro Thiago, pelo apoio em todas as horas, a confiança e amor nesta trajetória.

*“Ninguém disse que seria fácil.
Ninguém disse que seria tão difícil.
Estou voltando para o começo”*

The Scientist - Coldplay

RESUMO

A administração de medicamentos faz parte das atribuições que devem ser realizadas pelos profissionais da enfermagem, assim como sua atuação é importante nos processos de análise de riscos, prevenindo incidentes como os erros de medicação. **Objetivo:** Avaliar os principais erros de medicação e as condutas tomadas por profissionais de enfermagem em unidade de terapia intensiva (UTI) de um hospital de referência em Boa Vista-RR. **Método:** A pesquisa consistiu em um estudo do tipo exploratório-descritivo, de abordagem quantitativa, baseado em aplicação de questionário. A coleta de dados ocorreu no período de junho a julho de 2018, após aprovação pelo CEP-UFRR sob o parecer nº 2.453.304. Profissionais da enfermagem atuantes em UTI do hospital compuseram a amostra do estudo, sendo excluídos aqueles que estavam afastados de suas atividades. **Resultados:** Um total de 70 profissionais aceitaram participar do estudo, a análise dos questionários mostrou que esses profissionais são formados principalmente pelo sexo feminino (70%, n=49), são adultos jovens com até 34 anos de idade (50%, n=35), casados (42,8%, n=30), possuem uma carga horária semanal de até 32 horas (90%, n=63), ingressaram na instituição há no máximo 5 anos (77,2%, n=54) e trabalham em unidade de terapia intensiva da instituição há no máximo 4 anos (54,3%, n=38). Os erros de medicação mais observados foram administração em horário diferente (59,4%, n=38) medicação não aprazada (34,3%, n=22) e medicamento administrado em paciente diferente (32,9% n=21). Em relação às condutas tomadas frente ao erro, 59,4% (n=41) comunicam outro profissional, porém não realizam o registro, 33,3% (n=23) intensificam o cuidado e 30,4% (n=21) monitoram o paciente. **Conclusões:** A realização desta pesquisa permitiu identificar a ocorrência e os tipos de erros de medicação no local do estudo, bem como, que a maioria dos profissionais comunica o enfermeiro de forma verbal e a instituição teve conhecimento no entanto não tomou nenhuma providência em relação a problemática. Sugere-se que haja trabalho de integração entre as equipes e gestores em que se possa criar um ambiente que prevaleça a cultura de segurança do paciente através da qualificação das condutas dos profissionais de enfermagem em prol do bem-estar do paciente internado.

Palavras-Chave: Erros de medicação. Enfermagem. Educação continuada.

ABSTRACT

The administration of medication is part of the duties that must be performed by the nursing professionals, as well as their performance is important in the processes of risk analysis, preventing incidents such as medication errors. Objective: To evaluate the main medication errors and the actions taken by nursing professionals in an intensive care unit (ICU) of a reference hospital in Boa Vista-RR. Method: The research consisted of an exploratory-descriptive, quantitative approach, based on questionnaire application. Data collection took place from June to July 2018, after approval by CEP-UFRR under opinion no. 2,453,304. Nursing professionals working in the ICU of the hospital made up the study sample, excluding those who were far from their activities. Results: A total of 70 professionals accepted to participate in the study, the analysis of the questionnaires showed that these professionals are mainly female (70%, n = 49), young adults up to 34 years of age (50% 35), married (42.8%, n = 30), had a weekly workload of up to 32 hours (90%, n = 63), enrolled in the institution for a maximum of 5 years (77.2%, n = 54) and worked in the institution's intensive care unit for a maximum of 4 years (54.3%, n = 38). The most observed medication errors were administration at a different time (59.4%, n = 38), medication not given (34.3%, n = 22) and medication given in a different patient (32.9% n = 21). 59.4% (n = 41) reported another professional, but did not register, 33.3% (n = 23) intensified care and 30.4% (n = 21) monitor the patient. Conclusions: This study allowed to identify the occurrence and types of medication errors at the study site, as well as, that most of the professionals communicate the formal verbal nurse and the institution was informed, however, did not take any action regarding problematic. It is suggested that there be integration work between the teams and managers in which an environment can be created that prevails the safety culture of the patient through the qualification of the nursing professionals conducts for the well-being of the hospitalized patient.

Key words: Medication errors. Nursing . Continuing education.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Definições dos atributos da qualidade	17
Quadro 2 -	Principais conceitos em segurança do paciente segundo a Classificação Internacional da Organização Mundial da Saúde	17
Quadro 3-	Tipos de erros de medicação segundo a Classificação da <i>American Society of Health-System Pharmacists</i> (ASHP)	24

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Características gerais dos profissionais de enfermagem que trabalham nas UTIs de um Hospital Público. Boa Vista (RR), 2018	36
Tabela 2 -	Distribuição dos tipos de erros referidos por profissionais de enfermagem que trabalham nas UTIs de um Hospital Público. Boa Vista (RR), 2018	39
Tabela 3 -	Distribuição das condutas (frente aos erros de medicação) referidas por profissionais de enfermagem que trabalham nas UTIs de um Hospital Público. Boa Vista (RR), 2018	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASHP	American Society Health- System Pharmacists
EUA	Estados Unidos da América
IOM	Instituto de Medicina
NOTIVISA	Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
SFC	Serviço de Farmácia Clínica
SUS	Sistema Único de Saúde
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem
RIENSP	Rede Internacional de Segurança do Paciente
SNI	Sistema de Notificação de Incide

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 APRESENTAÇÃO DO TEMA	11
1.2 PROBLEMA DA PESQUISA	13
1.3 OBJETIVOS	14
1.3.1 Geral	14
1.3.2 Específicos	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE	15
2.2 ERRO DE MEDICAÇÃO	18
2.3 NOTIFICAÇÃO DO ERRO DE MEDICAÇÃO	25
2.4 ESTRATÉGIAS ADOTADAS EM RELAÇÃO AO ERRO DE MEDICAÇÃO	28
3 METODOLOGIA	31
3.1 TIPO DE ESTUDO	31
3.2 LOCAL DO ESTUDO	32
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	32
3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	33
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	33
3.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	33
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM ATUANTE EM UTI DE UM HOSPITAL PÚBLICO EM RORAIMA	35
4.2 ERROS DE MEDICAÇÃO REFERIDOS PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM	39
4.3 CONDUTAS REFERIDAS PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM FRENTE AO ERRO	43
4.4 CONDUTAS DA INSTITUIÇÃO FRENTE AO ERRO DE MEDICAÇÃO REFERIDAS PELOS PROFISSIONAIS	45
4.5 ASSOCIAÇÃO DAS VARIÁVEIS	47
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS	52
APÊNDICE	58
ANEXO	60

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO DO TEMA

Atualmente existe um movimento global que busca a melhoria da segurança do paciente, de forma a proporcionar uma assistência de qualidade à população. Neste sentido observa-se um movimento que envolve todo o sistema de saúde através do gerenciamento de risco e ambiente seguro, aflorando entre as práticas a administração segura de medicamentos (DIAS et al., 2014).

Com o avanço tecnológico da indústria farmacêutica e o advento de diversos medicamentos no mercado, a administração de medicação tornou-se uma assistência de maior responsabilidade e complexidade, exigindo da profissional qualificação quanto ao conhecimento em diferentes áreas, tais como: farmacologia, anatomia e fisiologia e também habilidades técnicas, neste cenário (CARVALHO; CASSIANI, 2000).

Entretanto, o despreparo dos profissionais tem gerado problemas relacionados à administração de medicamentos por parte das equipes de enfermagem. Dessa forma, desencadeando consequências sérias, indesejáveis e debilitantes, em procedimentos técnicos inadequados ou a não observância dos procedimentos, ocasionando agravos à saúde do paciente, e, algumas vezes fatais, em decorrência ao erro de medicação (TELLES; PRAXEDES; PINHEIROS 2011).

Para a instituição de saúde, além de dano ocasionado ao paciente, o erro pode representar custos altíssimos. Conforme Andel et al. (2012), cuidados com qualidade são mais eficientes e menos onerosos, de forma que menor número de pacientes será prejudicado. Representa o cuidado certo, no momento certo, sempre. Dessa forma, os EUA (Estados Unidos da América) centralizam suas ações através de profissionais de saúde e líderes, na segurança do paciente, de forma a diminuir custo e melhorar a qualidade de vida do paciente.

O erro de medicação pode ocorrer em qualquer etapa do processo de administração de fármacos podendo ser cometido por qualquer profissional envolvido neste processo, sendo, assim, um problema multiprofissional e multifatorial. Desse modo, não se pode excluir a responsabilização do erro, no

entanto, é essencial analisar o erro numa perspectiva sistêmica, buscando contribuir na construção de um sistema mais qualificado e seguro (ALVES, 2009).

Dentre os setores hospitalares, a unidade de terapia intensiva (UTI) destaca-se pela complexidade da assistência requerida pelos pacientes, envolve o uso de diversos recursos tecnológicos, medicamentos potencialmente perigosos, com isso a necessidade de profissionais capacitados para o cuidado ao paciente com maior gravidade e instabilidade clínica. Neste sentido, o ambiente de trabalho, a sua infraestrutura precária e a falta dos recursos tecnológicos podem contribuir para o erro (PELLICIOTTI; KIMURA 2010).

Diante do exposto, este estudo pretendeu evidenciar a conduta dos profissionais da enfermagem e as políticas institucionais adotadas frente à constatação de erros de medicação em ambiente hospitalar. O estudo se caracterizou como importante subsídio para conhecimento e elaboração de estratégias político institucionais que propiciem segurança na assistência ao paciente, quesito fundamental da assistência prestada e de responsabilidade técnica da equipe de enfermagem.

1.2 PROBLEMA DA PESQUISA

Considerando a preocupação mundial em relação à segurança do paciente e tendo em vista que o erro de medicação denota risco a essa segurança, torna-se primordial entender: Qual a conduta da equipe de enfermagem frente ao erro de medicação em um hospital Geral no norte do Brasil?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Geral

Analisar as condutas dos profissionais de enfermagem na ocorrência de erro de medicação em um Hospital do norte do País.

1.3.2 Específicos

- Traçar o perfil sociodemográfico dos profissionais participantes do estudo;
- Identificar os principais tipos de erros de administração de medicamentos;
- Verificar como ocorre a notificação do erro de medicação;
- Avaliar a conduta institucional na ocorrência do erro de medicação.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE

Hipócrates (460 a 370 a. C) conhecido como pai da medicina, com seu postulado “*primum non nocere*”, que significa primeiro não cause danos, tinha a noção que o cuidado poderia gerar dano. Além dele, outros personagens importantes corroboraram com a qualidade no serviço em saúde, como por exemplo, Florence Nightingale, Ignaz Semmelweiss e Ernest Codman, entre outros. Esses personagens demonstraram a importância da higienização das mãos, dos padrões de qualidade em saúde, da importância da organização do serviço em saúde (BRASIL, 2014).

A segurança do paciente teve relevância a partir do relatório do Instituto de Medicina (*Institute of Medicine* – IOM) em 1999: “*To Err is Human*”. Esse relatório baseou-se na incidência de eventos adversos (EAS) em hospitais de Nova York, Utah e Colorado, utilizando uma pesquisa retrospectiva em prontuários, no qual o termo evento adverso foi definido como “(...) dano causado pelo cuidado à saúde e não pela doença de base (...)” Demonstrou-se ainda que aproximadamente 100 mil pessoas morreram por ano nos EUA desta causa, ultrapassando outros índices como Síndrome da Imunodeficiência adquirida (HIV), câncer de mama e atropelamentos. Conseqüentemente, relatam que trouxe sério prejuízo financeiro sendo estimados cerca de 17 a 29 bilhões de dólares anuais (ANVISA,2013).

A Organização Mundial da Saúde em 2004, preocupada com a segurança do paciente, criou a *World Alliance for Patient Safety*, que objetivou propor conceitos, definições e medidas para segurança do paciente além de reduzir riscos e eventos adversos. Houve a necessidade da realização de definições da qualidade (Quadro 1) e da classificação internacional de segurança do paciente, traduzindo os principais conceitos para a língua portuguesa como demonstrado no Quadro 2.

Neste contexto, dentre as ações introduzidas, inclui-se a lavagem das mãos para controle de infecções, e a cirurgia segura, com introdução de protocolo antes, durante e após o procedimento cirúrgico. Entre as ações amplamente difundidas pela OMS:

Evitar erros com medicamentos que tenham nomes e embalagens semelhantes; evitar troca de pacientes, ao prestar qualquer cuidado, administrar medicamento, colher amostra para exame, infundir bolsa de sangue e etc.; garantir uma correta comunicação durante a transmissão do caso; retirar as soluções eletrolíticas concentradas das áreas de internação dos pacientes e controlar a sua utilização; criar mecanismos de controle de soluções eletrolíticas concentradas; garantir a medicação correta em transições dos cuidados (conciliação medicamentosa); evitar a má conexão de tubos, cateteres e seringas; e usar seringas descartáveis (BRASIL, 2014 p. 9).

No que concerne ao cuidado em saúde a classificação dos atributos da qualidade tem grande relevância na compreensão dos principais quesitos que geram a qualidade na assistência em saúde. Vejamos cada item no Quadro 1.

Quadro 1 – Definições dos atributos da qualidade.

Atributos	Definição
Segurança	Evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objetivo ajudá-los.
Efetividade	Cuidado baseado no conhecimento científico para todos que dele possam beneficiar, evitando seu uso por aqueles que provavelmente não se beneficiarão (evita subutilização e sobre utilização, respectivamente).
Cuidado centrado no paciente	Cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, e que assegura que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas. Respeito às necessidades de informação de cada paciente.
Oportunidade	Redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado.
Eficiência	Cuidado sem desperdício, incluindo aquele associado ao uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia.
Equidade	Qualidade do cuidado que não varia em decorrência de características pessoais, como gênero, etnia, localização geográfica e condição socioeconômica.

Fonte: BRASIL (2014, p.6).

No Quadro 2, temos os principais conceitos de segurança de acordo com a Organização mundial da saúde diferenciando os principais termos utilizados neste sentido. São eventos que precisam ter esclarecido seus significados para que sejam notificados de forma coerente e esclarecida.

Quadro 2 – Principais conceitos em segurança do paciente segundo a Classificação Internacional da Organização Mundial da Saúde.

Conceito	Definição
Segurança do paciente	Reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.
Dano	Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
Risco	Probabilidade de um incidente ocorrer.
Incidente	Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
Circunstância Notificável	Incidente com potencial dano ou lesão.
<i>Near miss</i>	Incidente que não atingiu o paciente.
Incidente sem lesão	Incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano.
Evento Adverso	Incidente que resulta em dano ao paciente.

Fonte: BRASIL (2014, p.7).

A ANVISA foi responsável pela introdução, em 2001, da administração de riscos, infundindo um programa de qualidade na prática dos trabalhadores em saúde, tema amplamente discutido nos últimos anos. Sobrepondo-se à implementação de novas tecnologias no exercício da enfermagem, houve a necessidade através das instituições de planejar o gerenciamento de riscos. O programa de gerenciamento de riscos visa prevenir riscos ou danos ao cliente, realizar assistência segura e com qualidade. No gerenciamento de riscos, há necessidade de um comitê que seja composto por profissionais das diversas áreas afins nas etapas dos processos. Neste sentido, faz-se necessário a supervisão e acompanhamento dos eventos adversos, principalmente “in loco” referente às ações desenvolvidas frente às notificações de eventos adversos para orientação de novas práticas. É preciso haver investigação quanto às falhas para se identificar o erro e modificar as práticas para que não seja repetido (COSTA; MEIRELLES; ERDMANN, 2013).

No Brasil, o controle de qualidade e inspeção dos serviços em saúde é realizado pela Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA), órgão que verifica as condições de funcionamento dos serviços de saúde, medicamentos e outros insumos, no cuidado à saúde. Neste aspecto, como integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Portaria nº 1.660 de 22 de julho de 2009, instituiu o Sistema de Notificação e Investigação da Vigilância Sanitária (Notivisa) com intuito de

identificar e minimizar os riscos decorrentes dos serviços e produtos em saúde. Em 2006, o primeiro Fórum Internacional sobre Segurança do Paciente e Erro de Medicação, realizado pela Associação Mineira de Farmacêuticos em parceria com o Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (*Institute for Safe Medication Practices – ISMP/EUA*). Além dos farmacêuticos, a categoria dos profissionais da enfermagem se mobilizou com vistas à segurança do paciente com destaque a Rede Brasileira de Enfermagem (Rebraensp) vinculada à rede internacional de segurança do paciente (Riensp), criada em 2008, iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), com a participação de diversos profissionais da área, envolvidos em ações e pesquisas relacionadas à segurança do paciente. (BRASIL, 2014).

O Ministério da Saúde (2013), através da Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013, institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todo o território Nacional. Na Portaria, constam definições, estratégias, implementações e competências. Entre os aspectos, a definição e relevância da cultura de segurança. Neste âmbito, engloba a conexão entre profissionais, pacientes e familiares na cultura de segurança, frisando que profissionais tem responsabilidade pela própria segurança, a segurança dos colegas e pela segurança do paciente. Cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras, que encoraje e promova a identificação, notificação e resolução dos problemas, que promova o aprendizado organizacional, que proporcione recursos, estrutura e responsabilização na segurança (BRASIL, 2013).

2.2 ERRO DE MEDICAÇÃO

O processo de trabalho da enfermagem é dinâmico e interdependente, e no contexto hospitalar pode ser considerado complexo. Atualmente, o foco da assistência tem sido a segurança do paciente, principalmente no ambiente hospitalar, em função das práticas consideradas inseguras relacionadas à assistência (LEITÃO et al., 2013).

A segurança do paciente pode ser entendida como ato de evitar, prevenir e melhorar os resultados adversos ou lesões originadas na assistência médico-

hospitalar. Neste sentido, um aspecto de grande relevância tem sido o erro de medicação, um fator real e que preocupa os profissionais enfermeiros neste cenário, onde interagem multiprofissionais e multisistemas. No cenário hospitalar, é responsabilidade da enfermagem garantir aos pacientes uma assistência livre de imprudência, imperícia e negligência. No entanto, erros de medicação ocorrem. O ambiente hospitalar pode contribuir ou não para este fato, que quando ocorre pode resultar em sérias consequências aos pacientes, profissionais e instituição (MIASSO; CASSIANI, 2006).

De acordo com a ANVISA (2013), evento adverso é diferente de erro. O evento adverso é uma complicação inesperada, definida como qualquer alteração ou lesão ocorrida durante o cuidado com a saúde. O erro é um desvio de um procedimento que deveria ter sido correto.

A ANVISA conceitua erro de medicação como:

(...) qualquer evento evitável que pode causar ou levar a um uso inapropriado de medicamentos ou causar dano a um paciente, enquanto a medicação está sob o controle dos profissionais de saúde, pacientes ou consumidores. Este evento pode ser entendido pela atuação profissional, os produtos para a saúde, procedimentos e sistemas, incluindo prescrição, orientações verbais, rotulagem, embalagem e nomenclatura de produtos industrializados e manipulados, dispensação, distribuição, administração, educação, monitorização e uso (BRASIL, 2009, p.2).

E ainda esclarece sobre evento adverso, como qualquer ocorrência médica desfavorável, que pode ocorrer durante o tratamento com um medicamento, mas que não possui, necessariamente, relação causal com esse tratamento. Considerando, neste aspecto, as reações adversas, interações medicamentosas, intoxicações medicamentosas, ineficácia terapêutica.

De acordo com a OPAS/OMS (2016), a prescrição médica pode ser escrita, impressa ou virtual. A receita escrita à mão é de baixo custo; entretanto, a incapacidade de entendimento da grafia e as abreviações das palavras costumam ser um dos principais problemas dos pacientes e das equipes de saúde. Todavia, o sistema informatizado envolve um custo mais alto; porém, apresenta maior eficácia na redução de erros de medicação, aumentando a qualidade e segurança no uso de medicamentos. Conforme ANVISA (2017) o termo medicamento pode ser conceituado como “produto farmacêutico tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico”.

Com a Aliança Mundial em 2004 para a Segurança do Paciente, o programa trouxe estratégias, diretrizes e metas internacionais com objetivo de garantir e disseminar práticas que viabilizem a segurança do paciente. Sabe-se que no Brasil existem mais de 200 mil estabelecimentos assistenciais de saúde, estando sujeitos a eventos adversos e erros de medicação. Assim sendo, houve necessidade de um controle de qualidade nos serviços prestados, para monitorar e prevenir danos à saúde do paciente, com uso de indicadores, e em 2013 foi criado o Programa Nacional de Segurança do paciente em que, tem merecido atenção uma vez que erros de medicação representam prejuízos tanto a saúde do cliente quanto custos financeiros para o país. (OPAS/OMS, 2016).

Para Rosa et al. (2015), no Reino Unido e na Irlanda do Norte, devido ao erro ocorre o prolongamento do tempo de hospitalização do cliente, custando cerca de dois bilhões de libras ao ano, e gastos com eventos adversos é de 400 milhões ao ano. Já nos Estados Unidos, estima-se gasto de 17 a 29 bilhões de dólares anuais.

São várias etapas que envolvem a utilização de medicamentos como a prescrição, a dispensação, a administração e o monitoramento. Tem-se o envolvimento de uma equipe multiprofissional neste processo, podendo ocorrer o erro em qualquer etapa, gerando uma cascata de erros. A enfermagem também agrega a responsabilidade pelo ato final, tendo a oportunidade de interceptar o erro de medicação. Além do maior prejuízo, que será o dano à saúde do paciente, a instituição sofrerá além do custo financeiro, a perda na credibilidade da prestação do serviço em saúde (TELLES FILHO; PRAXEDES; PINHEIROS, 2011).

O conhecimento destas etapas da medicação, mencionado acima, denota um saber técnico-científico, sendo o enfermeiro quem determina o horário, o preparo e administração adequados, monitorizando o paciente quanto a possíveis intercorrências, interações medicamentosas e efeitos de medicações prescritas. Vale ressaltar que a checagem dos cinco certos é imprescindível: medicamento certo, paciente certo, dose certa, via de administração certa e horário certo (SANTOS; CEOLIN, 2009).

De acordo com o protocolo na segurança na prescrição e administração de medicamentos do PNSP (ANVISA, 2013), o método seguro é a abordagem dos nove

certos para minimizar a possibilidade de falhas nesse quesito e garantindo uma assistência de qualidade. São os nove certos:

1) Paciente certo: comumente ocorre o erro de um paciente receber medicamento que estava destinado a outro paciente. É importante certificar-se de que a medicação está sendo ofertada ao paciente correto, sendo impossível lembrar-se do rosto de todos os pacientes. É importante usar pelo menos dois identificadores. Nessa etapa, deve-se perguntar o nome completo do paciente de maneira aberta “qual é o seu nome completo?”, verificar o número do leito e conferir a pulseira (se houver). Em caso de pacientes com baixo nível de consciência, confirmar nome na prescrição, número do leito e pulseira identificadora.

2) Medicamento certo: é obrigação do profissional administrar o medicamento correto, para tanto, deve-se conferir o nome no rótulo e o que está prescrito. Conferir se o paciente não é alérgico ao medicamento prescrito. Identificar no prontuário caso o paciente seja alérgico ao medicamento. Não escolher fármacos baseados em cores ou tamanho, pois muitos se assemelham na forma e coloração. Ter cuidado com abreviações, pois podem causar confusões. Devolva para a farmácia drogas que estejam sem rótulo ou com escrita de difícil compreensão (quase apagada). Qualquer evento descrito pelo paciente ou observado pela equipe, relacionado ao uso da medicação, deve ser registrado no prontuário ou notificado.

3) Via certa: identificar a via de administração prescrita, verificar a recomendação da via pelo fabricante e se está compatível com a prescrita. A eficácia da absorção depende da via de administração, caso a via esteja incompatível, comunique a quem a prescreveu. Certificar-se do volume correto do diluente e da velocidade de infusão. Identificar qual a conexão correta. Higienizar as mãos antes do preparo e administração do medicamento.

4) Hora certa: para uma resposta terapêutica eficaz, o preparo e administração do medicamento precisam ser feitos sempre nos horários corretos, seguindo as instruções do fabricante. Caso haja necessidade de antecipação ou atraso é preciso avaliação e consentimento do enfermeiro e do prescritor.

5) Dose certa: conferir com bastante atenção a dose prescrita para o preparo do medicamento. Redobrar atenção para doses com “zero”, “vírgula” e “ponto”. Em caso de dúvida, procurar o prescritor e certificar-se sobre a dose requerida, pois podem confundir elevando a dose em “10” ou “100” vezes maior a

desejada. Conferir atentamente a velocidade de gotejamento, a programação e o funcionamento das bombas de infusão contínua. Certificar-se de que a dose prescrita está de acordo com idade, peso e condições clínicas do paciente. O modo de preparo pode interferir na dose desejada, ao quebrar um comprimido utilize um utensílio cortante, pois o mesmo precisa ser rompido de maneira uniforme. Ao utilizar o almofariz para triturar medicamentos, limpe totalmente o utensílio a fim de evitar presença de qualquer fragmento de substâncias anteriormente maceradas. Higienize também após o uso.

6) Registro certo da administração: a enfermagem e outros profissionais de saúde, usam o registro como meio de comunicação, muitos erros podem resultar de registro impreciso. É importante certificar-se de que o registro está correto. É essencial registrar na prescrição o horário em que foi realizada a administração do medicamento, checar o horário da medicação a cada dose. Registrar qualquer ocorrência (recusa do paciente, falta, adiantamento de horário) relacionada ao medicamento prescrito ao paciente.

7) Orientação correta: conhecer a indicação do medicamento, sua posologia e outras informações relevantes, buscar esclarecer qualquer dúvida em relação ao medicamento antes de realizar a administração. Informar ao paciente o nome do medicamento, indicação e efeitos esperados. Orientar o cliente a frequência com que ele irá receber tal medicamento, permitir que ele conheça a cor e formato da droga.

8) Forma farmacêutica certa: certificar-se de que o medicamento a ser administrado é condizente com a forma farmacêutica e via de administração com a que se encontra na prescrição. Verificar se o estado clínico do paciente é compatível com a forma farmacêutica e via de administração.

9) Resposta certa: o paciente deve ser criteriosamente avaliado e verificar, quando possível, se o medicamento apresentou a ação esperada, caso ocorra algum efeito diferente do esperado, o registro deve ser feito no prontuário. Manter sempre uma comunicação eficaz com o paciente, levando sempre em consideração seus relatos relacionados à administração do fármaco.

Os fatores relacionados ao erro são diversos, tais como letra ilegível da prescrição, a separação dos medicamentos pela farmácia de forma ineficiente, via de administração do medicamento, bem como o conhecimento da equipe de

enfermagem sobre o medicamento, caso algum destes for falho, poderão resultar no erro. Entende-se que nenhum hospital está isento deste mal, e que o erro está associado ao estado mental do profissional, carga horária, cansaço, estresse, negligência, imprudência e dificuldade de entender a prescrição (SANTOS; CEOLIN, 2009).

Ao tratar de erros de medicação, deve-se ter claro que o mesmo pode partir de várias fontes e ter a participação de diferentes atores. Deve-se identificar o tipo de erro de medicação para entender a falha e propor estratégias para melhorar a assistência medicamentosa envolvendo todo o processo pertinente. A correção das falhas do processo de administração de medicação deverá pontuar os tipos de erros em prol de gerir os riscos e melhorar os índices dos mesmos. No Quadro 3, tem-se a descrição dos tipos de erros de medicação segundo a *American Society of Health-System Pharmacists* (ASHP). (Rosso et al., 2009)

Quadro 3 – Tipos de erros de medicação segundo a Classificação da *American Society of Health-System Pharmacists* (ASHP).

Tipos de erros	Descrição
Erros de prescrição	Seleção incorreta do medicamento prescrito, doses, forma farmacêutica, quantidade, via de administração, concentração, frequência de administração ou instruções de uso; prescrições ilegíveis ou prescrições que induzem a erros que podem alcançar o paciente.
Erro por omissão	Não administrar uma dose prescrita a um paciente antes da seguinte dose programada, se houver.
Hora de administração errada	Administração da medicação fora do período de tempo pré-estabelecido no horário programado de administração.
Medicamento não prescrito	Administração ao paciente de um medicamento não prescrito.
Erro de dose	Administração ao paciente de uma dose maior que a prescrita, ou administração de dose duplicada ao paciente.
Forma farmacêutica errada.	Administração ao paciente de um medicamento em uma forma farmacêutica diferente da prescrita.
Preparação errada do medicamento	Medicamento incorretamente formulado ou manipulado antes da sua administração.
Erro na técnica de administração	Procedimento ou técnica inapropriada na administração de um medicamento.
Medicamento deteriorado	Administração de um medicamento vencido, ou que a integridade física ou química tenha sido alterada.
Erro de monitorização	Não ter revisado o tratamento prescrito para verificar sua idoneidade e detectar possíveis problemas, ou não ter utilizado os dados clínicos ou analíticos pertinentes para avaliar adequadamente a resposta do paciente a terapia prescrita.
Falta de cumprimento do paciente	Cumprimento inadequado do tratamento prescrito pelo paciente.
Outros	Outros erros de medicação não incluídos nas categorias descritas anteriormente.

Fonte: ROSSO et al. (2009, p.24).

A compreensão dos tipos de medicação é essencial aos profissionais da enfermagem. Ela norteia a administração de medicação com vistas a segurança do paciente. A consciência sobre o que é o erro de medicação leva a prevenção do mesmo e propicia qualidade na assistência prestada.

De acordo com Pires (2016), quando o prescritor da medicação não especifica a dosagem desta, utilizando abreviaturas e siglas, tem-se o risco de o paciente receber a dosagem errada do medicamento. A ausência da posologia na prescrição pode ocasionar a administração de doses superiores ou inferiores, resultando na ineficácia da terapêutica e até mesmo, o óbito do paciente. Outro aspecto importante referido por este autor foi em relação às condições das prescrições analisadas, as quais continham sérios agravos, ou seja, estavam rasuradas, com vários medicamentos suspensos ou duplicados, registrados de forma manual, e ainda, muitos prontuários estavam com as prescrições extraviadas e com identificação trocada.

Em estudo realizado por Carvalho e Cassiani (2000), com objetivo de analisar situações em que ocorrem os erros da administração de medicamentos, conforme os relatos dos profissionais de enfermagem, em hospital no interior de São Paulo, foram identificados 56 situações que foram agrupadas em 4 categorias:

a) Falha no cumprimento de políticas e procedimentos (25 relatos): falha na execução da técnica e identificação do paciente.

b) Falha no processo de distribuição e preparo pela farmácia (15 relatos): medicamento enviado com apresentação errada; atraso do horário de envio do carro de medicação a clínica; muitos medicamentos no mesmo horário com atraso da administração.

c) Falha na comunicação (10 relatos): caligrafia ruim, prescrição médica verbal e transcrições incorretas.

d) Falha no conhecimento (6 relatos): despreparo teórico e prático dos profissionais da enfermagem acerca da administração de medicamentos e suas propriedades farmacológicas.

É primordial estabelecer um canal de comunicação, de forma que permita as equipes receber e transmitir as informações de forma clara. Além da forma verbal, o registro clínico é indispensável na comunicação organizacional, na forma escrita, deve ser redigido de maneira completa e fidedigna, para que possam comunicar todas as equipes envolvidas, como também, destinarem-se a outros fins, como auditorias, processos jurídicos, pesquisas, entre outros. No contexto mundial, têm sido divulgados que falhas na comunicação são na maioria das vezes, causas de erros e eventos adversos. O adequado registro no prontuário garante segurança ao paciente, podendo ser usado como fonte de dados para análise da ocorrência de eventos adversos, sendo indicador na qualidade da assistência prestada (LEITÃO et al., 2013).

2.3 NOTIFICAÇÃO DO ERRO DE MEDICAÇÃO

O erro não incide apenas no indivíduo descomprometido com sua ética profissional, mas pode acontecer com aquele extremamente dedicado e responsável. Os fatores envolvidos podem estar relacionados ao ambiente hospitalar, a política organizacional, o espaço inadequado, a sobrecarga de trabalho, enfim fatores que poderão corroborar para a existência do erro. A cultura da punição poderá influenciar na subnotificação ou a não notificação do erro e conseqüentemente, no agravo de saúde do paciente bem como, o aumento com gastos hospitalares referentes à sua internação (LEITÃO et al., 2013).

A notificação do erro de medicação ocorre através da utilização de um instrumento de notificação. De acordo com Paiva, Paiva e Berti (2013), foi analisado um instrumento de comunicação para notificação em um hospital universitário do centro sul do país, no ano de 2004, e foram identificadas como principais notificações relacionadas às medicações, quedas, cateteres, sondas, drenos e integridade da pele. Este estudo demonstrou a relevância em utilizar um boletim de notificação para a identificação dos eventos adversos e incidentes, para ser explorado e proporcionar um banco de dados sobre as situações de risco e permitir a execução de modificações cabíveis no processo da assistência.

A ocorrência de subnotificação ou a não notificação podem estar relacionados ao medo e receio presentes nesta situação pela exposição e punição.

O desconhecimento sobre o efetivo significado do erro e suas consequências, ou seja, as possíveis intercorrências no paciente, e o temor quanto ao seu futuro profissional, faz com que as equipes de enfermagem ocultem o erro de medicação (LEITÃO et al., 2013).

Gottems et al. (2016), em estudo realizado com o objetivo de identificar os incidentes notificados em Hospital Público do Distrito Federal num período de 3 anos (2011 a 2014), considerando o porte do hospital com 650 leitos, os autores observaram que foi inferior do que se encontra na literatura. As enfermeiras foram as responsáveis pela maioria das notificações e, em seguida os médicos. A maioria dos incidentes ocorreram nas unidades de internação. Os maiores números de incidentes foram relacionados à transfusão de hemoderivados, acidentes com o paciente, problema com equipamentos médico-hospitalares e medicações endovenosas.

Os autores citados acima também constataram que o Sistema de Notificação de Incidentes (SNI) do hospital-caso possibilitou as informações para formular estratégias preventivas; no entanto, evidenciou que há necessidade de padronizar as técnicas de notificação com procedimentos operacionais padrão, capacitação dos profissionais e atualização dos protocolos. Reforçou a necessidade de divulgação acerca da notificação e aperfeiçoamento desta prática através da sensibilização e educação permanente dos profissionais da saúde (GOTTEMS et al., 2016).

Cruz et al. (2017), com objetivo de determinar fatores que influenciam o cuidado de enfermagem omitido em pacientes hospitalizados em instituição particular no México, utilizando metodologia descritiva correlacional, observaram que os recursos humanos, seguido da comunicação e recurso material foram os principais fatores relatados pelas enfermeiras para o cuidado de enfermagem omitido. Relacionado aos recursos humanos corresponderam ao número insuficiente de pessoal (40%), seguido do aumento inesperado do volume de pacientes e carga de trabalho (39,4%). No fator recursos materiais, relatou-se os medicamentos não estarem disponíveis quando necessário (21,1%) seguido de insumos e equipamentos (16,9%).

A importância de compreensão do contexto sociocultural em que o fenômeno erro de medicação ocorre, é inevitável. Minayo (2005) relata uma contribuição trazida por Malinowski (1976), acerca da perspectiva de totalidade do

fato psicológico e social. Refere que o fato social só adquire sentido se vislumbrado o interior de seu contexto cultural, pois se for isolado de seu contexto, ele parecerá incoerente e irracional. Neste anseio houve a necessidade de absorver o indivíduo e sua dimensão cotidiana no fato social, cultural e psicológico.

Conforme Merleau-Ponty, ao compreender o outro, torna-se necessária a abordagem de suas significações, perceber além da palavra, o silêncio intrínseco, seus sentimentos (CAPALBO, 2007). Desta forma, no âmbito da notificação do erro, decidir notificar, torna-se um entendimento bem mais ampliado do outro. Em outras palavras, os indivíduos não podem ser considerados marionetes que reproduzem regras e valores em uma sociedade, pelo contrário, em várias situações estes valores são manipulados as conveniências de determinados grupos sociais inerentes as condições da vida cotidiana.

Siman, Cunha e Brito (2017), em estudo com objetivo de compreender as práticas de notificação de eventos adversos em um hospital de ensino brasileiro, verificaram nas entrevistas que a cultura punitiva ainda prevalece e dificulta as notificações. Outro aspecto observado é que na ferramenta de notificação deveria prevalecer o anonimato do notificador para propiciar um ambiente que prevalecesse a cultura de segurança do paciente. Também foi verificado que o instrumento para notificação do evento adverso deveria ser mais claro e simples e mais difundido entre os profissionais envolvidos.

Na referida pesquisa, membros do núcleo de segurança do paciente (NSP) relatam ter dificuldade de notificar eventos adversos, além de relatarem que são utilizadas outras formas de registros, por exemplo, prontuários, livros de ocorrência; porém, o instrumento fundamental na maioria das vezes, não é utilizado. Dessa forma, as subnotificações são existentes, os indicadores não revelam a real situação e as medidas preventivas não podem ser realizadas. Destaca-se a importância da estreiteza nas relações entre as equipes multiprofissionais envolvidas no cenário (SIMAN; CUNHA; BRITO, 2017)

Percebe-se, através da pesquisa supracitada que os profissionais mesmo tendo esclarecido a importância da notificação para educação permanente, não realizam por medo das possíveis punições. Outro aspecto bem relevante que é abordado, é que o paciente não está envolvido nesta “Cultura de Segurança” na qual ele é o centro das questões e problematizações. Neste sentido, incluir o paciente no

processo do cuidar “dele” é fundamental, tê-lo como atuante nas decisões que envolvem a ele, numa abordagem em que a escuta dele deveria ser ponto crucial. Neste sentido, há uma carência nas pesquisas encontradas, denotando que o paciente não é valorizado como parte do processo de cultura do “paciente”.

2.4 ESTRATÉGIAS ADOTADAS EM RELAÇÃO AO ERRO DE MEDICAÇÃO

Os relatórios dos erros de medicação, na maioria dos casos, são utilizados para punir os profissionais de saúde, sendo que deveriam ser instrumentos para analisar as causas envolvidas no erro, e assim educar na prevenção. A falha na notificação associa-se a diversos fatores, como: medo da censura, implicações legais, demissões, desconhecimento das ferramentas adotadas ou relatórios, punição administrativa (OLIVEIRA; LUPPI; ALVES, 2010).

O grau de complexidade que o cuidado em saúde atingiu torna-se essencial uma gestão equivalente, ou seja, profissionalizada. Gerir os recursos materiais e humanos nas organizações, que enfrentam um cenário de precariedade, em que se exige precisão sob pressão, requer gestores altamente capacitados para organizar e propiciar confiabilidade. Com foco em programa de qualidade na assistência com ações direcionadas por indicadores, com uma política que permeia a manutenção e atualização de protocolos e diretrizes clínicas (ANVISA, 2013).

Torna-se essencial, no aspecto tomada de decisão, uma reflexão cuidadosa acerca do problema a ser abordado, devendo ser precisamente identificado no contexto das circunstâncias, as alternativas e consequências envolvidas. Deve-se utilizar desde a identificação do problema e, também, as experiências e vivências para o planejamento das ações cabíveis, considerando o campo da bioética que envolve as crenças e valores dos sujeitos envolvidos (DALMOLIN, 2012).

Neste sentido, o olhar gerencial deve contemplar os profissionais que estão diretamente relacionados à assistência, de forma a avaliar a percepção das equipes, no cenário do erro de medicação, para planejar e adequar a assistência em consonância com a humanização do sistema de saúde. Utilizando-se do Programa Nacional de Humanização, o humaniza SUS, através de suas diretrizes e princípios, proporcionando autonomia e corresponsabilidade entre usuários, trabalhadores e gestores, o processo da assistência em saúde se beneficiaria, pois seria respaldado

nas reais necessidades dos usuários, através da tomada de decisões de forma coerente com os anseios dos sujeitos envolvidos neste processo. (BRASIL,2013).

De acordo com Okumura et al. (2016), uma abordagem ainda pouco discutida, no Brasil, diz respeito aos Serviços de Farmácia Clínica (SFC), um padrão de assistência à saúde considerados pela *Joint Commission International*, a *American Academy of Pediatrics* e *American College of Clinical Pharmacy*. O estudo objetivou discutir o efeito do SFC à beira do leito em uma unidade intensiva pediátrica brasileira.

O mesmo estudo demonstrou que de 53 pacientes analisados foram detectados 141 problemas relacionados à medicação e evitáveis, que foram solucionados em conjunto aos médicos, com aceitação de 89% destes. As intervenções foram: prevenção de soluções intravenosas incompatíveis (21%) doses inadequadas (17%), e entre as dez medicações estudadas cinco eram antimicrobianos, constatou-se que 74% do tempo de permanência eram associados aos problemas com erros de medicação. Com isso, verifica-se que o SFC à beira do leito, corrobora na segurança do paciente no aspecto da prevenção de incidentes de medicação, qualificando a assistência prestada, aumentando a credibilidade das instituições e segurança dos profissionais da enfermagem, que estão diretamente relacionados à administração de medicamentos.

Conforme Lameu (2010), a notificação de erro de medicação, sendo documentada, efetivada, permite que sejam implementadas estratégias para minimizar a ocorrência do erro, e não, portanto, com finalidade punitiva. A autora, em estudo de revisão bibliográfica de 1999 a 2009, objetivou analisar estratégias para minimizar erros de medicação, demonstrando resultados que esclarecem a importância da notificação do erro, da elaboração de protocolos por enfermeiros, da realização de treinamentos com a equipe de enfermagem. Verificou que a notificação no erro de administração medicamentosa, serve como instrumento para a realização de ações educativas. Refere ainda que a maioria dos profissionais da enfermagem não notifica o erro de medicação por medo dos processos legais e procedimentos cabíveis. No entanto, a identificação e notificação destes fatos corroboram para que os profissionais envolvidos estabeleçam relações com a gestão da instituição para que possam promover estratégia educativa.

Cuadros et al. (2017), em estudo que objetivou identificar a carga de trabalho da equipe de enfermagem relacionada à segurança do paciente em hospital público no Chile no ano de 2011 e 2012, correlacionou a variável quedas do paciente com a carga de trabalho nas unidades hospitalares envolvidas. No entanto, os autores não identificaram relação entre carga de trabalho com a variável erro de medicação, mesmo apresentando 89,56% (n = 558) de todos os incidentes, nem tampouco com as demais analisadas, como auto remoção de dispositivos, e incidentes com contenção mecânica. Neste sentido, o erro de medicação poderia ser relacionado a outros fatores, por exemplo: falta de atenção, falha na comunicação e prescrição, falta de protocolos de administração de medicação.

Corroborando na intenção do cuidado seguro ao paciente, Fernandes et al. (2014), através de uma reflexão no modelo proposto por James Reason, professor de psicologia em Manchester entre 1977 e 2001, refletindo, portanto, no quesito cultura de segurança do paciente. Reason obteve PhD em 1967, tendo como principais interesses em pesquisa a contribuição humana e organizacional na quebra de modelos complexos. Neste aspecto, o mesmo estuda o erro humano, distração, erros humanos na aviação, manejo dos riscos de acidentes organizacionais.

Na perspectiva do modelo de Reason, erros são vistos como consequências e não causas, o autor compara ao queijo suíço, onde os furos enfileirados seriam as falhas ativas e latentes. Desta forma, não sendo possível mudar a condição humana, pode-se modificar as condições em que os seres humanos trabalham. A proposta central é a defesa do sistema, na qual a abordagem essencial não é quem errou e sim porque as defesas falharam. Por isso, partindo do pressuposto sem exceção que todo ser humano erra, então a condição humana é falível, deve-se gerir o sistema em que os profissionais de saúde trabalham.

Fernandes et al. (2014) relatam através do modelo de James Reason, que a cultura de culpabilizar o indivíduo e a gestão do erro são frequentes. Tem-se uma contribuição fundamental na temática da cultura de segurança do paciente, na qual retira-se a responsabilidade como sendo de um indivíduo, no contexto da reflexão que o ser humano é falível, que até o melhor comete os piores erros, e coloca a responsabilidade nas esferas de organização e gestão dos sistemas de saúde.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa, baseado em aplicação de questionário para profissionais de enfermagem que exercem suas atividades nas duas UTI(s) de um hospital público de Roraima.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em um hospital público estadual, localizado no município de Boa Vista-RR. O hospital atende a população, exclusivamente, pelo Sistema Único de Saúde (SUS). É o único hospital de grande porte existente no estado; portanto, recebe a demanda não só da capital Boa Vista, mas também dos demais 14 municípios. E por estar localizado em um país tríplice fronteira atende também demandas da República Bolivariana da Venezuela e República da Guiana, que são nações vizinhas.

O hospital possui seis blocos de internação nos quais os pacientes são admitidos de acordo com a especialidade exigida, tais como ortopedia, cirurgia, oncologia, psiquiatria, infectologia e clínica médica. O hospital conta com 01 centro cirúrgico, 01 central de materiais e esterilização, 02 Unidades de Terapia Intensiva (UTI) cada uma com 10 leitos, 01 farmácia, 01 laboratório de análises clínicas, 01 setor de exames por imagem, 01 agência transfusional e dependências administrativas. Sendo que esses setores atendem não somente às seis unidades de internação, como também ao pronto atendimento e a unidade urgência e emergência.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi composta pelos profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem e auxiliar de enfermagem) atuantes nas duas UTIs existentes no hospital. Foram incluídos no estudo os profissionais com idade igual ou superior a 18 anos, independentemente do tempo de trabalho na UTI.

Os critérios de exclusão foram profissionais de enfermagem que durante o período da coleta de dados estavam afastados de suas atividades por licença ou férias.

3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada nos meses de junho e julho de 2018 através da aplicação de um questionário (APÊNDICE A). Os questionários foram entregues individualmente aos participantes com orientação sobre o preenchimento. Cada questionário foi identificado apenas com uma letra e um número. A letra se refere ao tipo de profissional, E para enfermeiro e T para técnico de enfermagem e A para auxiliar. O número corresponde à sequência em que os participantes receberam o questionário.

O questionário entregue aos participantes possuía os seguintes tópicos: a) questões sociodemográficas e relativas à vida profissional (sexo, idade, profissão, etc.), b) tipos de erros de medicação (administração de medicamento a paciente diferente, hora errada, etc.) e c) condutas da enfermagem e da instituição frente ao erro (monitoramento, registro, etc.). Para elaboração do questionário, foi utilizado como referência o trabalho de Vestena et al. (2014).

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram tabulados em planilhas do Excel do programa microsoft (office 365) sendo a análise dos dados realizada por meio de estatística descritiva das variáveis quantitativas (média e desvio padrão) sendo dispostos em tabelas para facilitar a discussão e comparação com outros trabalhos. Utilizou-se para análise estatística o STATISTICA versão 7.0, teste exato de Fisher considerando $p < 0,05$ para análise da associação entre ter outro vínculo empregatício em relação a ocorrência do erro e o conhecimento da instituição relacionada a conduta da mesma.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da Universidade Federal de Roraima sob o parecer nº 2.453.304 (APÊNDICE B), conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/12.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM ATUANTE EM UTI DE UM HOSPITAL PÚBLICO EM RORAIMA

Participaram deste estudo 70 profissionais da enfermagem, sendo 70% (n=49) do sexo feminino e 30% (n=21) do sexo masculino. Quanto à faixa etária, a média é $34,8 \pm 7,6$ (Tabela 1). Resultados similares foram encontrados por Praxedes e Telles Filho (2011), esses autores observaram que 78,0% dos participantes eram do sexo feminino e 81,0% apresentavam menos de 36 anos.

A pesquisadora optou por realizar o estudo com todos os profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliar de enfermagem) que atuam nas UTIs do hospital. As duas UTIs do estudo possuem um total de 116 profissionais de enfermagem, sendo 21 enfermeiros e 93 técnicos de enfermagem. No entanto, com base nos critérios de exclusão, 15 profissionais foram excluídos do estudo, 05 enfermeiros (motivo: 2 licenças e 3 férias) e 10 técnicos de enfermagem (motivo: 9 férias e 1 licença).

Marini, Pinheiro e Rocha (2016), em pesquisa realizada com profissionais da UTI de um hospital público do interior de São Paulo, verificaram que a maioria dos profissionais era do sexo feminino (89%) e tinham idades entre 30 e 35 anos (33%), esses resultados corroboram com o que foi observado neste trabalho. Porém, resultados diferentes foram encontrados por Silva et al. (2018), em estudo realizado em um hospital geral de um município do Maranhão. Esses autores observaram que 92% dos profissionais de enfermagem eram do sexo feminino, 40,8% tinham entre 42 e 53 anos e, 24,7% entre 36 e 41 anos.

Persegona, Oliveira e Pantoja (2016) ao analisarem as características geopolíticas da enfermagem brasileira, relatam que culturalmente e tradicionalmente a enfermagem sempre propiciou a presença feminina. Ainda segundo esses autores, a prevalência de mulheres é de 85,1%; porém, um aumento da presença masculina entre os graduandos de enfermagem entre os anos 2000 a 2014 foi observado.

Os autores supracitados trazem dados interessantes em relação ao número de enfermeiros do sexo masculino por regiões, destaca-se a região norte por ter um maior percentual, com ênfase para Roraima (38%), Amapá (23,2%) e Acre (21,9%). Esses achados corroboram com dados publicados por vários autores, os quais possuem maior quantitativo de mulheres fazendo parte da profissão. Também foi observado, no presente estudo, que o sexo masculino corresponde a mais de 30%

(31,6%, n=12) dos profissionais que participaram da pesquisa, confirmando o aumento do número de homens, especialmente no estado de Roraima.

Tabela 1 - Características gerais dos profissionais de enfermagem que trabalham nas UTIs de um Hospital Público. Boa Vista (RR), 2018.

Variáveis	N	%	Média ± DP
Idade			
≤ 34 anos	35	50,0	34,8,3 ± 7,6
> 34 anos	35	50,0	
Sexo			
Feminino	49	70,0	
Masculino	21	30,0	
Estado civil			
Casado	30	42,8	
Solteiro	27	38,5	
Viúvo	03	4,2	
Outro	06	8,5	
Divorciado	04	5,7	
Categoria Profissional			
Técnico de enfermagem	56	80,0	
Enfermeiro	13	18,6	
Auxiliar de enfermagem	1	1,4	
Remuneração			
1 a 3 salários mínimos	35	50,0	
3 a 5 salários mínimos	27	38,3	
> 5 salários mínimos	08	11,4	
Não respondeu	01	1,4	
Turno de trabalho			
Noite	43	61,4	
Manhã	16	22,8	
Tarde	13	18,6	
Dois ou mais turnos	01	1,42	
Outro vínculo			
Não	43	61,4	
Sim	27	38,6	
Carga horária semanal			
≤ 32 horas	63	90,0	32,1 ± 8,0
> 32 horas	07	10,0	
Tempo de profissão			
≤ 8 anos	32	45,7	8,5 ± 5,5
> 8 anos	30	42,8	
Não respondeu	08	11,4	
Tempo de trabalho no hospital			
≤ 5 anos	54	77,2	5,3± 4,4
> 5 anos	16	22,8	
Tempo de trabalho na UTI do hospital			
≤ 4 anos	38	54,3	4,3 ± 4,0
> 4 anos	32	45,7	

*DP: desvio padrão.

Fonte: dados da autora.

Em relação à faixa etária, a enfermagem tem um perfil de profissionais jovens, o Brasil tem um grupo de 45% de profissionais com idade entre 26 e 35 anos, 34,6% estão na faixa etária entre 36 e 50 anos e 2,3% com idade acima de 61

anos. Traçando assim um perfil jovem de profissionais que representam a enfermagem (PERSEGONA; OLIVEIRA; PANTOJA, 2016).

Quanto ao estado civil, 42,8% (n=30) informaram que são casados, 38,5% (n=27) solteiros, 8,5% (n=6) não especificaram na categoria outros, 5,7% (n=4) divorciados e na categoria viúvos 4,2% (n=3), conforme a Tabela 1. Corrêa et al. (2012), em pesquisa realizada em Cuiabá- MT, com enfermeiros da Atenção Básica, observaram que 49,4% eram casados, 36,7% solteiros, 6,3% conviviam em união estável, 5,1% separados e 2,5% eram viúvos. Os resultados de Corrêa et al. (2012) são semelhantes ao encontrados nesta pesquisa, em especial, no que diz respeito ao percentual obtido para os profissionais casados.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) realizou uma pesquisa utilizando a base de dados dos 27 conselhos regionais para traçar o perfil dos profissionais de enfermagem a nível nacional. Obtiveram-se os seguintes resultados em relação ao estado civil: 49,9% (n=714.487) são solteiros, 34,66% (n=502.487) casados, 3,52% (n=50.963) divorciados 2,06% (n=29.930) separados, 1,12% (n=16.165) viúvos e 9,35% (n=135.551) não informaram (COFEN, 2011). O estudo denotou a importância de conhecer os profissionais da categoria da enfermagem.

Em relação a presente pesquisa no que se refere à categoria profissional, 18,6% (n=13) são enfermeiros e 80% (n=56) técnicos de enfermagem e 1,4% (n=1) auxiliar de enfermagem. Ao serem questionados sobre a carga horária semanal, 90%(n=63) informaram trabalhar até 32 horas por semana e 10% (n=7) mais de 32 horas. Esses profissionais desenvolvem suas atividades, principalmente, no turno da noite (61,4%, n=43), sendo 22,8% (n=16) no período da manhã, 18,6% (n=13) horário da tarde e apenas 1,42% (n=1) trabalham em dois ou mais turnos (Tabela 1).

Galiza et al. (2014), em um estudo realizado com profissionais da enfermagem em um hospital no município de Picos-PI, verificaram que 23,9% dos profissionais eram enfermeiros e 71,1% técnicos de enfermagem e, 71,1% trabalham até 32 horas semanais, resultado parecido com o presente estudo.

Segundo Azevedo Filho et al. (2012), em estudo realizado com enfermeiros atuantes em unidades de urgência e emergência do Distrito Sanitário Leste de Goiânia (GO), 56,8% dos profissionais informaram o turno de trabalho diurno e 27,0% o turno da noite.

Vestena et al. (2014), em estudo realizado com profissionais de enfermagem em um hospital de pequeno porte no interior do Rio Grande do Sul, observaram que 57,1% dos profissionais trabalham no turno da manhã, 14,2% no turno da tarde, 11,4% à noite e 17,1% não tem turno fixo.

Já Bohomol e Oliveira (2018), em um estudo realizado em um hospital de pequeno porte no município de São Paulo, verificaram que 52,4% dos profissionais trabalhavam no turno diurno. Esses dados diferem dos verificados nesta, o que pode estar relacionado ao setor/unidade da qual os profissionais fazem parte, das características do hospital (tipos de atendimento, demanda) ou de localização (interior, capital, estado), podendo denotar a maior demanda de trabalho durante a noite.

Quanto a possuir outro vínculo empregatício, 61,4% (n=43) dos profissionais afirmaram não possuir outro vínculo e 38,6% (n=27) declararam que sim. Em estudo realizado por Bohomol e Oliveira (2018) foi observado que 52,9% dos participantes só trabalhavam na instituição pesquisada. Vestena et al. (2014) observaram que apenas 5,7% dos profissionais informaram possuir outro vínculo. A variável que trata da remuneração aponta que 50% 9 (n=35) recebem de 1 a 3 salários mínimos, 38,6% (n=27) de 3 a 5 salários mínimos e 11,4% (n=8) mais de 5 salários mínimos (Tabela 1).

Foi observado que a maioria possui menos de 8 anos de formação (45,7%, n=32) e 42,8% (n=30) mais de 8 anos. Entre esses profissionais, 78,6% (n=55) informaram que atuam no hospital pesquisado há menos de 6 anos e 20% (n=14) há mais de 6 anos e, nesse período, 87,1% (n=61) trabalham na UTI há, no máximo, 5 anos e 12,8% (n=9) há mais de 5 anos (Tabela 1).

Bohomol e Oliveira (2018) verificaram que os participantes possuíam um tempo maior que 11 anos de formação, representando 64,5%. Vestena et al. (2014) observaram que 54,3% dos profissionais atuam há no máximo 3 anos na unidade pesquisada. Os dados dos trabalhos de Bohomol e Oliveira (2018) e Vestena et al. (2014) são diferentes dos observados neste estudo e podem ser devidos, por exemplo, a troca de funcionários entre as unidades, a chegada e a saída de profissionais, variando o perfil daqueles que compõem as unidades.

4.2 ERROS DE MEDICAÇÃO REFERIDOS PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Com base na análise dos dados, foi observado que 85,7% (n=60) dos profissionais de enfermagem já cometeram pelo menos um erro de medicação e 14,3% (n=10) não cometeram nenhum dos erros de medicação perguntados. Entre os profissionais que referiram ter cometido algum dos erros, foi possível observar como erros mais prevalentes os seguintes: horário diferente do prescrito (59,4%, n=38), medicação não aprazada (34,3%, n=22), medicamento administrado em paciente diferente (32,9%, n=21) e não realizou a medicação prescrita (32,8%, n=20), conforme pode ser observado na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos tipos de erros referidos por profissionais de enfermagem que trabalham nas UTIs de um Hospital Público. Boa Vista (RR), 2018.

Variáveis	Sim (%)		Não (%)	
Horário diferente	38	59,4	26	40,6
Medicação não aprazada	22	34,3	42	65,6
Medicamento administrado em paciente diferente	21	32,9	43	67,2
Medicamento não foi administrado	20	32,8	43	67,1
Medicamento com prescrição inadequada	17	26,6	47	73,4
Dose menor	13	20,3	51	79,7
Dose maior	13	20,3	51	79,7
Via de administração errada	09	14,0	55	86,0
Administração de medicamento dispensado errado	08	12,5	56	87,5

*NR: não respondeu.

Fonte: dados da autora.

Todos os erros cometidos são de grande relevância. Neste estudo constatou-se o horário diferente como maior erro de medicação. Sabe-se que a UTI tem intercorrências devido a instabilidade clínica dos pacientes que lá estão podendo haver atrasos neste sentido, porém quando ocorre atraso devido a falha no processo o cenário muda, porque envolve a revisão dos processos. Em segundo tem-se a medicação não aprazada, ou seja, não foi aprazada a prescrição e será realizada. E em terceiro a medicação é realizada em paciente diferente, remetendo a falha na identificação do mesmo. Em quarto o medicamento não foi administrado, neste aspecto pode-se encontrar vários fatores, por exemplo, a falta do medicamento, a inobservância do profissional, entre outros.

Em estudo Silva e Camerini (2012) de natureza observacional e transversal que objetivou identificar os tipos de erros de medicação em 3 hospitais do Rio de Janeiro, identificaram o erro no horário das medicações em 69,75% das doses administradas. O estudo foi realizado em setores de cuidados intensivos, emergência e clínica cirúrgica. Neste sentido, discute-se que este tipo de erro pode alterar a resposta terapêutica. Na via intravenosa, por exemplo, ocorre o início imediato da ação com disponibilidade completa do medicamento e manutenção do nível sérico mantido no paciente. Os autores esclarecem ainda que o erro no horário da medicação interfere também na meia-vida do medicamento. Sobre meia-vida entende-se como o tempo decorrido para que a metade do medicamento seja liberado pelo corpo.

Outro estudo foi realizado por Gimenes et al. (2009) em 5 hospitais públicos brasileiros, objetivou avaliar a influência da redação da prescrição na administração de horários diferentes, através de um estudo descritivo com uma amostra de 1084 doses de medicamentos administrados em horários diferentes do prescrito, ou seja, 60 minutos com antecedência ou atraso. Os autores relatam a importância da equipe de enfermagem no planejamento dos horários das prescrições, no qual faz-se necessário o conhecimento de farmacologia, fisiologia e ainda sobre interações medicamentosas e efeitos adversos de cada medicamento. Também discutiram a administração de medicamentos realizadas fora do horário prescrito por motivos diversos, por exemplo, atraso na dispensação pela farmácia ou alguma intercorrência com paciente que gere atraso na medicação, fatores externos que determinam a falha no horário (GIMENES et al., 2009).

Em hospital de Minas Gerais, Ferreira (2017) verificou que em 164 prescrições analisadas quanto aos tipos de inadequações apresentadas nas clínicas médica e neurológica, houve prevalência no erro de horário das medicações. Foi um estudo comparativo na implantação de serviço de farmácia clínica com análise das prescrições médicas nos três primeiros meses e após um ano. Demonstrou uma queda de 48,39% nas inadequações de prescrições mostrando efetividade no serviço de farmácia clínica. Dessa forma, Ferreira (2017) esclareceu a importância da presença deste serviço através do farmacêutico para avaliar e adequar as prescrições de acordo com cada caso clínico estudado.

Miasso et al. (2006), em estudo do tipo survey com abordagem quanti-qualitativa em 4 hospitais universitários brasileiros que fazem parte da rede sentinela da ANVISA, verificaram como um dos aspectos mais importantes detectados na pesquisa o erro por falha na comunicação, ocorrendo, devido a isso, erros por suspensão verbal sem registro na prescrição e solicitação de medicações de forma verbal sem registro na prescrição.

Beccaria et al. (2009) com o objetivo de verificar eventos adversos em uma unidade de terapia intensiva, em hospital geral do noroeste paulista, constataram como importante prevalência o registro incorreto das medicações. Corroborando com a questão de medicações não aprazadas que além de demonstrar um fator de risco para erros na administração de medicação, também dificultam as auditorias da assistência de enfermagem e neste sentido podendo denotar ineficácia no trabalho da equipe de enfermagem, responsável pelo planejamento dos horários das medicações.

Conforme Mello e Pedreira (2005), em pesquisa descritiva realizada em um hospital de São Paulo abrangendo os setores que atendiam pediatria, dentre eles, cuidados intensivos, verificaram que os tipos de erros de medicação de maior frequência são omissão de dose por falta de registro e execução das doses. Esses erros perfaziam 75,7% das falhas encontradas, fator extremamente importante no contexto dos erros de medicação como provável evento adverso, pois a pesquisa teve análise documental. Foram identificados 1717 erros entre eles de medicação e documentação de enfermagem.

Neste aspecto, os mesmos autores citados acima, referem que a enfermagem é responsável por cerca de 50% das informações contidas nos prontuários dos pacientes. Esses registros da enfermagem são de grande valia na prestação de cuidados dos pacientes. O déficit de informações encontradas foi além das prescrições, ou seja, da falta de aprazamento e checagem, pois não foram realizados registros sobre evolução e nem anotações da enfermagem, denotando falha no processo de cuidar da enfermagem. Esses dados corroboram com a presente pesquisa que verificou a medicação não aprazada com o segundo tipo de erro mais ocorrido.

Outro tipo de erro verificado na presente pesquisa retrata o medicamento realizado em paciente diferente. Coberllini (2010), em pesquisa com objetivo de

conhecer a percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem na ocorrência de eventos adversos, realizada em hospital universitário na região sul do país, evidenciou a identificação incorreta do paciente como importante resultado nesta pesquisa. Nas falas dos entrevistados, aflorou a identificação do paciente através do número do leito sem a conferência do nome, sendo que, a troca do leito dos pacientes é algo frequente nas instituições hospitalares. Os mesmos também relataram a mecanização das tarefas em que o profissional realiza o procedimento sentindo-se familiarizado por repetir as tarefas continuamente.

Em relação à identificação do paciente, outro estudo, de cunho descritivo, realizado em hospital público de Fortaleza com 37 enfermeiros no ano de 2012, objetivou analisar estratégias para a segurança do paciente sob o ponto de vista dos enfermeiros assistenciais. Os sujeitos da pesquisa identificaram os principais riscos nos diversos aspectos, físicos, assistenciais, clínicos, institucionais e, neste sentido, esclarecem também sobre a importância dos gestores para estimular e capacitar os profissionais na prevenção e notificação dos agravos (OLIVEIRA et al.,2014).

Para Tase et al.,2013 em pesquisa realizada com intuito de destacar a identificação dos pacientes através de pulseiras e refletir acerca das implementações destas, nas instituições hospitalares, considerando normas de órgãos de acreditação na temática segurança do paciente. Neste contexto, os autores concluíram que, o uso de pulseira é uma prática de segurança do paciente adotada internacionalmente, no entanto, apresenta lacunas relacionadas à instituição de protocolos, execução efetiva e avaliação do processo para fins assistenciais e gerenciais nas organizações de saúde. Nesse contexto a falha na identificação do paciente como verificada na tabela 2, poderia ser reduzido se condutas como uso de pulseiras fossem uma prática segura da instituição.

Miasso e Cassiani (2000) realizaram uma pesquisa em hospital do interior de São Paulo para verificar o uso das pulseiras na identificação dos pacientes e, em outra etapa, realizaram um levantamento de publicações na área da saúde para identificar e analisar erros de medicação, através de revisão de literatura, sendo a primeira fase da pesquisa. Avaliaram o uso da pulseira e leito, em dia casual, nos 360 leitos do hospital em questão. Verificaram que 74,7% dos leitos estavam ocupados, 75,9% identificados e 23,8% dos pacientes usavam pulseira de identificação e 11,4% dos pacientes da instituição não utilizavam a pulseira. Destes,

33,4% receberam a pulseira no dia anterior a cirurgia e 4,1% na internação. Os resultados evidenciaram a pouca importância dada pela instituição na identificação dos pacientes desde sua internação.

4.3 CONDUTAS REFERIDAS PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM FRENTE AO ERRO

A partir dos 70 questionários analisados nesta pesquisa, observaram-se que 92,8% (n=64) dos participantes comunicam a ocorrência do erro de medicação ao enfermeiro, 5,8% (n=4) não comunicam e 1,4% (n=1) não responderam (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição das condutas (frente aos erros de medicação) referidas por profissionais de enfermagem que trabalham nas UTIs de um Hospital Público. Boa Vista (RR), 2018.

Variáveis	n (%)	
Comunica o enfermeiro		
Sim	64	92,8
Não	04	5,8
Não respondeu	01	1,4
Comunica outro profissional		
Por meio informal (sem registro) e verbal	41	59,4
Por meio de registro formal e verbal	23	33,3
Não respondeu	05	7,2
A instituição teve conhecimento do erro		
Sim	33	47,8
Não	29	42,0
Não respondeu	07	10,1
Conduta tomada em relação ao paciente		
Intensifica o cuidado	23	33,3
Monitora	21	30,4
Registra no prontuário	18	26,0
Não respondeu	04	5,8
Duas ou mais opções	04	5,8
Conversa sobre o ocorrido	03	4,3
Providência(s) da instituição		
Nenhuma providência	22	31,8
Não respondeu	17	24,6
Reunião com os envolvidos	15	21,7
Advertência verbal	07	10,1
Advertência escrita	05	7,2
Revisão dos processos	03	4,3

Fonte: dados da autora.

Bohomol e Oliveira (2018) utilizaram situações hipotéticas sobre erros de medicação (cenários) e perguntaram se diante delas os profissionais notificariam ao enfermeiro a ocorrência do erro, mais de 90% dos profissionais de enfermagem afirmaram que sim em todas as situações. Porém, nem todos os profissionais do estudo de Bohomol e Oliveria (2018) souberam identificar os erros de medicação exemplificados na pesquisa. Esses achados mostram que é possível que os profissionais não tenham esclarecimento sobre o que é o erro de medicação.

No que se refere a comunicação do erro buscou-se entender se o erro foi comunicado a outro profissional, além do enfermeiro, 68,4% (n=26) dos participantes referiram que fizeram isso por meio de registro informal, 26,3% (n=10) por meio de registro formal e 5,3% (n=2) utilizaram o registro formal e informal para comunicar o ocorrido.

Yamamoto, Peterlini e Bohomol (2012) identificaram 120 ocorrências de erros referentes à medicação, sendo 45,8% relatados em 2007 e 54,2% em 2008. É possível observar um aumento de 18,2% no quantitativo de notificações realizadas. Isso pode ser atribuído ao fato de que a Divisão de enfermagem da instituição possui diretrizes para supervisionar as particularidades da assistência prestada, utilizando indicadores e incentivando a notificação de eventos adversos. A instituição adota a cultura não punitiva. Gerentes e diretores reúnem-se para analisar as notificações, com o propósito de planejar ações de aperfeiçoamento.

No que se refere à conduta tomada em relação ao paciente, verificamos os seguintes resultados: 33,3% (n=23) dos participantes referiram que intensificam os cuidados; 30,4% (n=21) monitoram o paciente; 25,7% (n=18) registram no prontuário a ocorrência do erro e 5,8% (n=4) não responderam; 5,7% (n=3) citaram duas ou mais atitudes e 4,3% (n=3) conversam sobre o ocorrido com o paciente (Tabela 3). Vestena et al. (2014) verificaram que 12,6% dos colaboradores afirmaram ter intensificado o cuidado com o paciente após detectar o erro; 4,2% monitoraram, 2,1% conversaram com o paciente sobre o ocorrido e 1,1% fizeram o registro no prontuário. Desta forma, corroborando com o resultado encontrado neste estudo.

Santos e Padilha (2005), em pesquisa sobre a conduta dos profissionais e sentimentos dos enfermeiros do serviço de emergência de 15 hospitais de São Paulo, utilizaram um questionário fictício sobre ocorrência de erro de medicação. A amostra foi de 116 enfermeiros atuantes e os resultados foram: comunicar o médico

(69,8%), intensificar os cuidados com o paciente (55,1%) anotar no prontuário (28%) e repreende o funcionário (24,5%).

Na discussão dos resultados referidos acima, os autores, pressupõe que os fatores que levam os profissionais a tomarem decisões em situações de erro de medicação variam de acordo com as características extrínsecas e intrínsecas de cada profissional, suas crenças e valores, experiências pessoais, tempo de atuação e filosofia da instituição. Ressaltaram ainda que para os enfermeiros com maior tempo de atuação a prioridade foi intensificar os controles e após comunicar o médico. Já os que tinham menor tempo de atuação, primeiramente avisaram o médico e após intensificaram os controles. (SANTOS; PADILHA 2005).

4.4 CONDUTAS DA INSTITUIÇÃO FRENTE AO ERRO DE MEDICAÇÃO REFERIDAS PELOS PROFISSIONAIS

Quanto ao conhecimento da instituição sobre a ocorrência do erro, 47,8% (n=33) dos participantes responderam a instituição teve conhecimento, 42% (n=29) que não e 10,1% (n=7) não responderam (Tabela 3). Meneguetti et al. (2017), em pesquisa realizada em um hospital universitário de grande porte no município de Ribeirão Preto-SP, constataram que o Comitê de Segurança do Paciente da instituição recebeu, no período de seis meses, 214 notificações relacionadas a erros. Das notificações investigadas, 95,3% (n=204) foram qualificadas como erros e 4,7% (n=10) sendo quase erro. O profissional enfermeiro fez 36% (n=77) dessas notificações. Esses resultados mostram a importância das notificações, uma vez que a instituição tem como traçar estratégias a partir do que foi informado. Destaca-se o papel do enfermeiro na realização das notificações, pois o mesmo pode contribuir grandemente para assegurar uma maior segurança ao paciente, no que diz respeito ao uso de medicamentos, especialmente, por se encontrar a última etapa desse processo.

Nesta temática, os autores Correia, Martins e Forte (2017), realizaram pesquisa com intuito de avaliar estratégias frente ao erro de gestores de um centro hospitalar de Portugal. Fizeram parte da amostra 14 enfermeiros gestores que responderam entrevista aberta no local do trabalho. Nos resultados aflorou abordagem individual e sistêmica. Na individual, as categorias foram análise com

enfermeiro e comunicar o médico, e as falas relatam que o olhar é sobre o mecanismo da falha, ou seja, da coletividade, em prol de realizar conversas reflexivas com os envolvidos. Ficou explícita a responsabilidade do enfermeiro neste mecanismo; porém, em nenhuma fala, houve culpabilização pela ocorrência do erro. Nesta abordagem, a comunicação ao médico ocorre se houver risco ao doente.

Santos et al (2010) em pesquisa com 23 técnicos de enfermagem em hospital de ensino de Goiânia, avaliaram as condutas dos técnicos na ocorrência dos erros de medicação. Na conduta relacionada à comunicação a maioria dos profissionais relatou informar o médico sobre o ocorrido na ausência do enfermeiro, pois, conforme as falas, tem-se o respeito pela hierarquia. Dessa forma, é de competência do enfermeiro relatar ao médico e responder por procedimentos específicos para reverter. O monitoramento do paciente também foi relatado com atenção para possível reanimação. Os autores frisam que em nenhum momento os participantes da pesquisa fizeram referência a preocupação com a comunicação ao familiar sobre o erro de medicação (SANTOS et al., 2010). O estudo corrobora com a pesquisa em questão na qual verificou-se que a maioria dos profissionais comunica o erro ao enfermeiro e desta forma, podendo se afirmar que se mantém a hierarquia.

Em estudo para analisar as publicações nacionais sobre erro de medicação Silva, Faveri e Lorenzini(2014) através de revisão integrativa, verificaram que 78% dos participantes estão de acordo com as decisões e 31,8% defende que o profissional deve responder por seus atos mencionando o déficit de atenção, a falta de concentração e outros fatores que dificultam o correto procedimento. Todavia, observou a defesa da cultura não punitiva e o anseio por revisão dos processos, para que os profissionais tenham maior segurança na assistência ao paciente. Também houve abordagem acerca da necessidade de educação continuada aos profissionais que administram medicações de forma a reduzir os riscos dos erros.

Volpe et al. (2016), através de pesquisa com dados na mídia brasileira (jornais, revistas, periódicos) sobre erros de medicação de 2010 a 2013 verificaram 17 eventos relacionados. O maior número de erros deu-se com os técnicos de enfermagem, foram acometidos em sua maioria o sexo feminino e pacientes da pediatria e geriatria. Dos 17 erros 14 foram considerados gravíssimos. Ocorreram principalmente em hospitais públicos 94,11%. Como penalidade das instituições:

afastamento (70,58%), indiciamento por homicídio culposo (29,41%) e 4 sem relato de consequência devido à falta da informação da reportagem.

Quanto às providências tomadas pela instituição deste estudo, obtiveram-se os seguintes resultados: 31,8% (n=22) referiram que nenhuma providência foi tomada pela instituição ao ter conhecimento do erro ocorrido, 24,6% (n=17) não responderam, 21,7% (n=15) houve reunião com os envolvidos, 10,10% (n=7) receberam advertência verbal, 7,2% (n=5) advertência escrita e 4,3% (n=3) revisão dos processos (Tabela 3). Reis e Costa (2012) verificaram que 3% dos profissionais sofreram punição. Franco et al. (2010) descreveram que 4% sofreram advertência, 50% treinamento e em 13% nada foi feito. Segundo Vestena et al. (2014), a maioria dos profissionais referiram que tiveram orientação quanto ao erro (21,2%), 12,5% sofreram advertência verbal e apenas 2,5% foram suspensos.

Em relação a conduta institucional, a maioria relata (31,8% n=22) que nenhuma providência é tomada em relação ao erro de medicação, fato preocupante, apesar de um dado quantitativo, outras pesquisas poderiam investigar este aspecto de extrema relevância. Em seguida tem-se um número elevado que não respondeu (24,6% n=17), e logo após reunião com os envolvidos. Os dois primeiros dados instigam a futuras pesquisas científicas em prol da compreensão dos resultados obtidos (tabela 3).

4.5 ASSOCIAÇÃO DAS VARIÁVEIS

Observou-se a associação na análise estatística entre possuir outro vínculo empregatício e a ocorrência do erro de medicação, verificando-se aumento na ocorrência de erro de medicação entre os profissionais com outro vínculo ($p=0,009$). Fassini e Rahn(2012) em estudo realizado no Rio Grande do Sul em Hospital de médio porte, identificaram riscos na segurança do paciente em unidade clínica na concepção da equipe de enfermagem e estratégias para atuar no risco, verificou-se, nas falas dos entrevistados, que os fatores dimensionamento de pessoal e carga de trabalho são importantes fatores de risco na segurança do paciente hospitalizado.

Outro estudo realizado em dois hospitais universitários em São Paulo com pacientes das unidades de terapia intensiva objetivou estudar a influência da carga de trabalho no risco de incidentes sem lesão. Verificou-se que 78% dos incidentes

sem lesão foram relacionados à enfermagem, atribuídas à sobrecarga de trabalho que estava associada ao aumento no risco de mortalidade dos pacientes das UTIs avaliadas (NOVARETTI et al., 2014).

Silva, Rotemberg e Fisher (2011) realizaram pesquisa para avaliar fatores associados à jornada de trabalho e a jornada de trabalho total (profissional doméstica) em profissionais da enfermagem. O tempo insuficiente para lazer esteve significativamente, associado à jornada.

Na análise estatística verificou-se que o conhecimento da instituição está associado a conduta desta, fato preocupante pois os participantes na sua maioria afirmam que nenhuma providência é tomada ($p=0,006$). Relacionado a conduta institucional nesta questão Coberllini et al. (2011), em estudo sobre a percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem em unidade de internação clínica-cirúrgica em hospital universitário de Porto Alegre-RS, observaram a necessidade de padronizar os processos na prática diária da enfermagem para reduzir eventos adversos, instituir uma cultura de prescrição legível, investir em recursos humanos para melhorar as condições de trabalho .

Neste sentido, Duarte et al., (2015) em revisão integrativa de cunho qualitativo, verificaram a necessidade da melhoria da utilização do instrumento de notificação, bem como de estratégias de notificação que contribuam no acompanhamento e controle das ocorrências e planejamento de ações preventivas. Os mesmos autores destacaram o estímulo à cultura de segurança do paciente em que se crie ambiente para discussão de estratégias junto à equipe de enfermagem.

Praxedes e Filho (2008), em estudo para identificar os erros cometidos pela equipe de enfermagem e ações praticadas pela instituição, realizado em hospital de Minas Gerais, demonstraram que a advertência foi o principal resultado seguido de nenhuma providência. Os autores destacam a importância da orientação em detrimento da advertência. Desta forma, a equipe receberia capacitação e teria segurança nos processos, deixando de criar um ambiente onde prevalece a cultura punitiva que prejudica ainda mais a confiabilidade nas notificações dos erros, levando a subnotificações.

Esses resultados reforçam a questão da sobrecarga das equipes e a insatisfação em relação a valorização profissional, tendo que buscar outros vínculos para custear suas necessidades pessoais. Também é preocupante a associação

verificada em que a instituição tem conhecimento e as ações realizadas por elas foram nulas, ou seja, nenhuma atitude, sendo necessário pesquisas subsequentes com esta abordagem para compreensão dos dados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Torna-se evidente a necessidade de se refletir sobre a ocorrência do erro de medicação e as condutas relacionadas à essa temática nos ambientes no que se refere aos profissionais da enfermagem. A equipe de enfermagem é quem está diretamente envolvida na administração da medicação, com isso pode interceptar ou não o erro de medicação. O conhecimento sobre esta temática gera reflexão para aprimoramento de estratégias em prol da melhoria das estatísticas relacionadas a temática.

Participaram deste estudo 70 profissionais da enfermagem, predominando o sexo feminino, a maioria possui até 34 anos de idade, casada, prevaleceu os técnicos de enfermagem como maior número de profissionais. Quanto à carga horária semanal, 90% (n=63) informaram trabalhar até 32 horas, predominando o turno da noite (61,4%, n=43). Relacionado a outro vínculo empregatício 61,4% (n=43) dos profissionais afirmaram não possuir outro vínculo e 38,6% (n=27) declararam possuir.

Foi observado que a maioria possui menos de 8 anos de formação (45,7%, n=32). Entre esses profissionais, 78,6% (n=55) informaram que atuam no hospital pesquisado há menos de 6, nesse período, 87,1% (n=61) trabalham na UTI há, no máximo, 5 anos e 12,8% (n=9) há mais de 5 anos.

Os erros de medicação que prevaleceram foram: horário diferente do prescrito (59,4%, n=38), medicação não aprazada (34,3%, n=22), medicamento administrado em paciente diferente (32,9%, n=21). Dos participantes 92,8% (n=64) comunicam a ocorrência do erro de medicação ao enfermeiro. Relacionado a conduta quanto ao paciente: 33,3% (n=23) dos participantes referiram que intensificam os cuidados. Verificou-se que 47,8% (n=33) dos participantes responderam a instituição teve conhecimento, 42% (n=29) que não e 10,1% (n=7) não responderam; 31,8% (n=22) referiram que nenhuma providência foi tomada pela instituição ao ter conhecimento do erro ocorrido.

Quanto às condutas tomadas pelos profissionais e pela instituição, o conhecimento da instituição e o fato de não tomar nenhuma providência é um fator grave e preocupante, de forma que outras pesquisas possam corroborar para compreender este dado, que por sua vez pode denotar negligência, e por isto,

precisa ser aprofundado em futuras pesquisas. Ficou evidente que quando o profissional comete um erro de medicação (e sabe que errou) demonstra uma maior preocupação em relação ao estado de saúde do paciente, intensifica o cuidado e o monitoramento do paciente, fatores extremamente importantes para garantir a melhora no estado de saúde do paciente. Verificou-se também que parte desses profissionais realiza o registro no prontuário e que uma parcela menor dos profissionais conversa com o paciente sobre o ocorrido.

As análises estatísticas denotam o que vários estudos corroboram, a sobrecarga de trabalho dos profissionais de enfermagem e o mais grave, possuir outro vínculo de trabalho está associado a ocorrência do erro de medicação. A desvalorização destes profissionais e os baixos salários faz com que busquem outros vínculos empregatícios. Outro dado extremamente demonstrou o conhecimento da instituição na ocorrência do erro de medicação associada a nenhuma providência tomada por parte da instituição, podendo ser estudado futuramente de forma a compreender este resultado, que pode denotar negligência por parte dos gestores.

Com base nos resultados analisados, sugerem-se como estratégias de intervenção: o estabelecimento de diretrizes internas para notificação de erros relacionados à administração de medicamentos (elaboração de formulários próprios para notificação de erros de medicação), trabalho de integração com as equipes e gestores com atividades e palestras motivacionais para que exista um ambiente de confiabilidade entre os profissionais, a implantação de medidas visando à redução da ocorrência de erros de medicação (como a revisão dos processos) .

Torna-se imprescindível estabelecer uma relação de confiança entre a equipe, com a realização periódica de reuniões e treinamentos, de forma a aproximar os profissionais e qualificar as condutas profissionais. A inserção da equipe no contexto da cultura de segurança do paciente é fundamental, pois através do olhar dos profissionais as estratégias institucionais conseguem intervir de forma ética e eficiente no intuito de prevenir a ocorrência do erro de medicação. O papel da gestão institucional deve agregar conhecimento e transparência com as equipes de trabalho em prol de resultados que tragam bem-estar do paciente e dos profissionais.

REFERÊNCIAS

ALVES, C.A.S. **Erro de terapêutica em pediatria: Percepção dos enfermeiros.** Dissertação (Mestrado em Ciências de Enfermagem) – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Portugal, 2009. 95 p.

ANACLETO et al. **Farmacovigilância Hospitalar: como implantar.** Pharmácia Brasileira, janeiro/fevereiro, 2010.

ANDEL, C; DAVIDOW, S. L; HOLLANDER, M; MORENO D, A. The economics of health care quality and medical errors. **J Health Care Finance.** 2012. 39(1):39-50 p.

ANVISA. **Glossário de definições legais.** Disponível em http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/glossario/glossario_m.htm acesso em 15 de junho 2017.

ANVISA. **Assistência Segura: Uma reflexão teórica aplicada a prática.** Série: Segurança do paciente qualidade em serviços de saúde. 1ª edição, 2013.

AZEVEDO FILHO et al. **Administração de medicamentos: conhecimento de enfermeiros do setor de urgência e emergência.** Revista Electrónica Trimestral de Enfermería, n. 26, 2012. 70-85 p.

BOHOMOL, E.; OLIVEIRA, C. B. **Conhecimento da equipe de enfermagem sobre erros de medicação: Estudo Survey descritivo.** Enfermagem em Foco, v. 9, n. 1, 2018. 44-48 p.

BRASIL. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p.: Il

BRASIL. **Resolução RDC Nº 04/2009** –Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/>>Anvisa-acesso em: 05 outubro 2016.

BECCARIA et al. **Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva.** Rev Bras Ter Intensiva. 2009. 21(3):276-282 p.

CAMERINI, F.G, SILVA L.D, MIRA A.J.M. **Ações de enfermagem para administração segura de medicamentos: uma revisão integrativa.** J.res:fundam.care.online 2014. Rio de Janeiro, Out/dez. 6(4):1655-1665 p.

CAPALBO, Creusa. **A Subjetividade e a Experiência do Outro: Maurice Merleau-Ponty e Edmund Husserl.** Revista da abordagem Gestáltica XIII. 2007. (1):25-50 p.

CARVALHO, V.T & CASSIANI, S.H.B. **Erros na medicação: análise das situações relatadas pelos profissionais de enfermagem.** Medicina, Ribeirão Preto, jul./set. 2000. 33: 322-330 p.

CORBELLINI, V. L. et al. **Eventos adversos relacionados a medicamentos: Eventos adversos relacionados a medicamentos: percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 64, n. 2. Mar-abr 2011. 241-247 p.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM/SP. **Uso Seguro de medicamentos:**guia para preparo, administração e monitoramento. São Paulo,2017.

CORREA, A. C. P. et al. **Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde de Cuiabá - Mato Grosso.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 14, n. 1, 2012. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/pdf/v14n1a20.pdf>>. Acesso em 6 nov. 2018.

CORREIA, T.S; MARTINS, M; FORTE,E. **Processos desenvolvidos por gestores de enfermagem face ao erro.** *Revista de Enfermagem Referência. Portugal, Série IV - n.º 12 - JAN./FEV./MAR. 2017*

COSTA, V. T; MEIRELLES, B. H. S; ERDMANN, A. L. **Melhores práticas do enfermeiro gestor no gerenciamento de risco.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. 21(5):[07 telas] set.-out. 2013 www.eerp.usp.br/rlae.

CRUZ, H. R; MORENO-MONSIVÁIS M, G; CHEVERRÍA-RIVERA, S; DÍAZ-OVIEDO A. **Factors influencing the missed nursing care in patients from a private hospital.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2877. [Access ____ _ ____]; Available in: _____. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1227.2877>.

CUADROS, K.C, PADILHA, K.G, TOFFOLETTO, M.C, Henriquez-Roldán C, Canales M.A.J. **Patient Safety Incidents and Nursing Workload.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017.25: e2841. [Access 09__ 22__ _17__]; Available in: _____. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1280.2841>. URL

DALMOLIN, G.R.S.**Erros de medicação no ambiente hospitalar:uma abordagem através da bioética complexa.** Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS, Porto Alegre,2012.108 p.

DIAS,J.et al. **Compreensão de enfermeiros sobre segurança do Paciente e erros de medicação.** Rev Min Enferm. 2014 out/dez. 18(4): 866-873 p.

FASSINI, P; HAN, G.V. **Riscos á segurança do paciente em unidade de internação Hospitalar:** concepções da equipe de enfermagem. Rev enferm UFSM 2012 Mai/Ago.2 (2): 290-299 p.

Contribuições de James Reason para a segurança do paciente: **Reflexão para a prática de enfermagem.** Português/Inglês Rev enferm UFPE on line., Recife, 8(supl. 1).jul 2014. p:2507-12.

FERREIRA, L.R. **Análise de prescrições:** determinação do perfil das inadequações e correlações referentes as prescrições em uma Instituição de saúde da cidade de Diamantina. Dissertação de mestrado. 2017.

FORTE, E. C. N; MACHADO, F. L; PIRES, D. E. P. **A relação da enfermagem com os erros de medicação:** uma revisão integrativa. Cogitare Enfermagem, v. 21, n. esp. 2016. p. 01-10.

GIMENES, et al. **Influência da redação da prescrição médica na administração de medicamentos em horários diferentes do prescrito.** Acta Paul Enferm. 2009. 22(4):380-4.

LAMEU, C.A; CORAZZA, E. **Estratégias para minimizar o erro de administração de medicamentos.** Rev. Enferm UNISA 2010. P. 11(2):100-3.

LANDRIGAN, C.P. **Condições de trabalho e bem-estar dos profissionais de saúde: compartilhamento de lições internacionais para melhorar a segurança do paciente.** J. Pediatr. [Internet]. 2011. 87(6) [acesso em 01 de maio 2016]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572011000600001> .

LEITÃO, I. et al. **Análise da Comunicação de eventos adversos na perspectiva de enfermeiros assistências.** Rev Rene. 2013.14(6):1073-83

MARINE, C. M; PINHEIRO, J. T.; ROCHA, C. S. **Avaliação dos erros de diluição de medicamentos de administração intravenosa em ambiente hospitalar para o desenvolvimento de um guia de diluição e administração dos mesmos.** Infarma Ciências Farmacêuticas, Brasília, v. 28, n. 2, 2016. p. 81-89.

MIASSO, A.I; Grou, C.R; CASSIANI, S.H.D.B; Silva, A.E.B.C; Fakh, FT. **Erros de medicação:** tipos, fatores causais e providências tomadas em quatro hospitais brasileiros; Rev. Esc. Enferm USP, 2006. 40(4): 524-32p.

MINAYO, M.C.S(org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. (Coleção temas sociais). Resenha. Disponível em:< <https://editorialgaudencio.com.br/2013/01/02/maria-cecilia-de-souza-minayo/>> Acesso em 02 jan. 2017.

MINAYO, M.C.S (org.) **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na américa latina.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ,2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE(BRASIL). **Portaria Nº529, de 1º de Abril de 2013.** Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html acesso em 01 de maio de 2017.

MINISTERIO DA SAUDE(BRASIL). **Política Nacional de Humanização.** Brasília-DF.2013

NOBREGA, T.P. **Corpo, Percepção e conhecimento em Merleau-Ponty**. Estudos em Psicologia, 2008. 13 (2)141-148 p.

OKUMURA, L.M; SILVA,D.M; COMARELLA,L. **Relation between safe use of medicines and Clinical Pharmacy Services at Pediatric Intensive Care Units**. Rev Paul Pediatr. 2016. 34(4):397---402p.

OLIVEIRA, et al., **Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências**. Escola anna nery revista de enfermagem 18(1) Jan-mar 2014.

OLIVEIRA, M.L; LUPPI, C.H.B, ALVES, M.V.M.F.F. **Revisão bibliográfica: erros em medicação e abordagem dos enfermeiros**. Saúde Coletiva, vol. 7, núm. 37, 2010, pp. 20-23 Editorial Bolina São Paulo, Brasil

[PAHO WHO PAN AMERICAN HEALTH organization/ WORLD HEALTH ORGANIZATION AMERICA](http://www.paho.org/)> Disponível em : <http://www.paho.org/> acesso em 20 agosto 2016

PAIVA, M; PAIVA,S;BERTI,H. **Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem**. Revista Esc Enferm USP,2010; 44(2):287-94

PELLICIOTTI, J.S. S; KIMURA, M. **Erros de medicação e qualidade de vida relacionada a saúde de profissionais de saúde em terapia intensiva**. Rev. Latino-Am. Enfermagem 18(6): [09 telas] nov-dez 2010 www.eerp.usp.br/rlae

PERSEGONA, M. F. M; OLIVEIRA, E. S; PANTOJA, V. J. C. **As características geopolíticas da enfermagem brasileira**. Revista Divulgação em Saúde para Debate. Rio de Janeiro, n. 56, p. 19-35, dez, 2016.

PIRES, A.O.M. **Segurança na prescrição de medicamentos em hospital de ensino**. 2016,91p. Dissertação (Mestrado em Atenção a Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, 2016.

PRAXEDES, M. S. F; FILHO, P. C. P. T. **Erros e ações praticadas pelas instituições hospitalares e administração de medicamento.** Revista Mineira de Enfermagem, v. 15, n. 3, p. 406-411, jul/set. 2011.

PROQUALIS. **Guia Curricular de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde.** Disponível em https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Topico11_GuiaCurricularOMS.pdf acesso em 28 junho 2017.

ROCHA, F. et al. **Tipos e causas de erros no processo de medicação na prática assistencial da equipe de enfermagem.** Montes Claros, v. 17, n.1 - jan./jun. 2015. (ISSN 2236-5257)

ROSA, R. et al. **Segurança do paciente nas práxis do cuidado de enfermagem.** CIENCIA y ENFERMERIA XXI (3): 37-47, 2015

ROSSO, et al. **Erro de medicação: aspectos teóricos e conceituais.** Revista Infarma, V.21,nº9/10,2009.

SANTI et al., **Erro de medicação em um hospital universitário: percepção e fatores relacionados.** Enfermería Global Nº 35 Julio 2014

SANTOS et al., **Condutas adotadas por técnicos de enfermagem após ocorrência de erros de medicação.** Acta Paul Enferm 2010;23(3):328-33.

SANTOS, J. CEOLIM, M. **Intervenções de enfermagem em pacientes idosos hospitalizados.** Rev Esc Enferm USP.2009;43(4)810-7

SILVA, M. V. R. S. S. et al. **Administração de medicamentos: erros cometidos por Profissionais de enfermagem e condutas adotadas.** Revista de Enfermagem da UFSM, v. 8, n. 1, p. 102-115, 2018

SILVA, L.; CARVALHO, M. **Revisão integrativa da produção científica de enfermeiros acerca de erros com medicamentos.** Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2012 out/dez; 20(4):519-25.

SILVA et al., **Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação**. Acta Paul Enferm 2007 ; 20 (3); 272-6.

SILVA, A, A; ROTENBERG, L; FISHER, F,M.**Jornadas de trabalho na enfermagem**: entre necessidades individuais e condições de trabalho. Rev Saúde Pública 2011;45(6):1117-26

SIMAN, A.G; CUNHA, S.G.S; BRITO, MJM. **The practice of reporting adverse events in a teaching hospital**. Rev Esc Enferm USP. 2017;51:e03243. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016045503243>

TASE, T. H et al. **Patient identification in healthcare organizations**: an emerging debate. Rev Gaúcha Enferm. 2013;34(2):196-200.

TELLES Filho, P.C.P; PRAXEDES, M.F.S; Pinheiro, M.L.P. **Erros de medicação: análise do conhecimento da equipe de enfermagem de uma instituição hospitalar**. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2011 set;32(3):539-45.

URBANETTO, J.S; GERHARDT, L.M. **Segurança do paciente na tríade assistência ensino pesquisa** [editorial]. Rev Gaúcha Enferm. [Internet] 2013; 34(3) [acesso em 01 de maio 2016]. Disponível: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/43294/27285>

VESTENA, C. F. L. et al. **Erros in the administration of medications: study a nursing team**. Revista de Enfermagem da UFPI, v. 3, n. 4. out.-dez. 2014. p. 42-49

VOLPE, C. et al. **Erros de medicação divulgados na mídia:estratégias de gestão de risco**. Revista de administração e indicação em Saúde,2016.

YAMAMOTO, M. S; PETERLINI, M. A. S; BOHOMOL, E. **Notificação espontânea de erros de medicação em hospital universitário pediátrico**. Acta Paulista de Enfermagem, v. 24, n. 6,2011. p. 766-71.

APÊNDICE A – Perfil sociodemográfico, profissional, conhecimento sobre erros de medicação e condutas frente ao erro

Título da pesquisa: ATITUDES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA OCORRÊNCIA DO ERRO DE MEDICAÇÃO EM HOSPITAL GERAL DO EXTREMO NORTE DO PAÍS

Número na pesquisa:

Por favor, não escreva nome.

(a) Perfil sociodemográfico e profissional

Idade: _____ Sexo: () M () F

Categoria profissional: _____

Tempo de formação acadêmica: _____

Tempo de atuação profissional neste hospital (HGR): _____

Tempo de atuação profissional nesta unidade de internação: _____

Possui outro vínculo empregatício _____

Como e quando iniciou o trabalho nesta instituição? : _____

Total de horas semanais trabalhadas: _____

Turno de trabalho: _____

Remuneração (Renda):

1 a 3 salários () 3 a 5 salários() Mais de 5 salários ()

(b) Conhecimento sobre erros de medicação

Na etapa de administração de medicação, já ocorreu com você algum dos problemas abaixo?

1. Administração de medicação em paciente diferente
Sim () não()
2. Administração de medicação em horário diferente do aprazado
Sim() não()
3. Administração de medicação em dose maior que a prescrita
Sim() não()
4. Administração de medicação em dose menor que a prescrita

- Sim() não()
5. Administração de medicação em via diferente da prescrita
Sim() não()
 6. Administração de medicação com prescrição médica inadequada
Sim() não()
 7. Administração de medicação dispensada diferente da prescrita
Sim() não()
 8. Administração de medicação não aprazada
Sim() não()
 9. Não administração de medicação prescrita e aprazada
Sim() não()

(c) Condutas frente ao erro de medicação

Relacionado à conduta profissional
Na ocorrência do erro de medicação:

1. Comunica o enfermeiro
Sim() não()
 2. Comunica outro profissional de modo
() formal -registro () informal-verbal
 3. Em relação ao paciente
() conversa () monitora () intensifica o cuidado () registra no prontuário
- Quanto a conduta da instituição
1. A instituição teve conhecimento
Sim() não()
 2. A conduta institucional foi:
() advertência verbal () advertência escrita () reunião com envolvidos
() suspensão () nenhuma providência tomada
() revisão dos processos

ANEXO A – Carta de anuência da Instituição coparticipante do estudo



CARTA DE ANUÊNCIA

(Elaborado de acordo com a Resolução 510/2016 –CNS/CONEP)

Aceito a(s) pesquisador (as) Prof^a Dr.^a Jackeline da Costa Maciel, acadêmica Andreia Cristina Nicoletti Carvalho sob responsabilidade da pesquisadora principal, Andreia Cristina Nicoletti Carvalho da Instituição de Ensino Universidade Federal de Roraima - UFRR do Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, pesquisa intitulada em “Atitudes da Equipe de Enfermagem na Ocorrência do Erro de Medicação em Hospital do Extremo Norte do País”.

Ciente dos objetivos e da metodologia da pesquisa acima citada, concedo a anuência para o seu desenvolvimento, desde que me sejam assegurados os requisitos abaixo:

- O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº510/2016 CNS/CONEP.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa.
- Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa.

No caso não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Boa Vista, 16 de Março de 2018.

Roberto Carlos Cruz Carbonell
Gerente de Ensino e Pesquisa/HGR
CRM-RR 1350

Roberto Carlos Cruz Carbonell

Gerente de Ensino, Pesquisa e Divulgação Científica

GEDIC/HGR

ANEXO B – Parecer do CEP-UFRR



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA - UFRR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: ATITUDES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA OCORRÊNCIA DO ERRO DE MEDICAÇÃO EM HOSPITAL DO EXTREMO NORTE DO PAÍS **Pesquisador:** ANDREIA CRISTINA NICOLETTI CARVALHO **Área Temática:**

Versão: 4

CAAE: 67327317.2.0000.5302

Instituição Proponente: Universidade Federal de Roraima - UFR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.608.972

Apresentação do Projeto:

Atualmente, existe um movimento global, que busca a melhoria da segurança do paciente, de forma a proporcionar uma assistência de qualidade à população. Neste sentido, observa-se um movimento que envolve todo o sistema de saúde, através do gerenciamento de risco e ambiente seguro, aflorando entre as práticas, a administração segura de medicamentos (DIAS et al., 2014). Com o avanço tecnológico da indústria farmacêutica e o advento de diversos medicamentos no mercado, a administração de medicação, tornou-se uma assistência de maior responsabilidade e complexidade, exigindo dos profissionais qualificação quanto ao conhecimento farmacológico, anatomia e fisiologia e de habilidades técnicas. O estudo pretende evidenciar a conduta dos profissionais da enfermagem e as políticas institucionais adotadas frente à constatação de erros de medicação em ambiente hospitalar. O estudo se caracteriza como importante subsídio para conhecimento e elaboração de estratégias políticas institucionais que propiciem segurança na assistência ao paciente, quesito fundamental da assistência prestada e de responsabilidade técnica da equipe de enfermagem. O protocolo retorna com uma emenda ao projeto com o objetivo de enviar as pendências conforme solicitado com seus ajustes para a realização da pesquisa de campo.

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.

Bairro: Aeroporto

CEP: 69.304-000

UF: RR

Município: BOA VISTA

Objetivo da Pesquisa:

Analisar as atitudes da equipe de enfermagem sobre a ocorrência de erros de medicação em um Hospital de

Boa Vista-RR

Objetivos secundários

Verificar como é realizada a notificação do erro de medicação; • Identificar os fatores causais que contribuem para a ocorrência do erro de medicação pela equipe de enfermagem; • Verificar o perfil dos profissionais participantes do estudo

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A entrevista gravada, poderá trazer desconforto ao entrevistado, pois verbalizar e assumir o erro requer consciência, maturidade, podendo instigar sentimentos relacionados, por exemplo, como impotência perante o contexto. Será esclarecido e garantido o anonimato dos sujeitos da pesquisa. Serão tomados os devidos cuidados relacionados a confidencialidade das entrevistas.

Benefícios: Temática relevante que trará resultados que serão expostos a instituição do estudo para que ações possam ser desenvolvidas voltadas a segurança do paciente internado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que conforme Minayo (2010) propõe a revisão e construção de abordagens inovadoras, categorias e conceitos referentes ao tema ou fenômeno estudado. Também será utilizado neste contexto entrevista como forma de comunicação e coleta de dados. Em relação aos seus objetivos, a pesquisa é exploratória, com característica de planejamento flexível, considerando os diversos aspectos relacionados ao tema proposto.

Serão convidados a participar da pesquisa todos os profissionais da enfermagem que realizam administração de medicação no período do estudo. Para coleta de dados, será realizada uma entrevista com base na aplicação de um questionário semiestruturado.

Serão incluídos na pesquisa os membros da equipe de enfermagem atuantes nas unidades de internação do hospital, que trabalham na assistência direta ao paciente internado e que aceitarem participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Critério de Exclusão: Serão excluídos os profissionais que no período da coleta de dados não estiverem atuantes, por motivos como licença ou férias.

Serão entrevistados 8 enfermeiros, 7 auxiliares de enfermagem e 15 técnicos de enfermagem, totalizando 30 participantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Pesquisa relevante, apresentou carta de anuência e folha de rosto adequados, assim como

cronograma de execução, critérios de inclusão e exclusão e a apresentação de riscos e benefícios bem definidos.

TCLE adequado

Recomendações:

Recomenda-se que a pesquisa de campo inicie apenas depois de aprovado por esse Comitê de Ética em Pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa atende aos preceitos éticos estabelecidos, por isso recomenda-se a aprovação da emenda ao protocolo de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Acatado segundo reunião do CEP/UFRR

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1074308_E2.pdf	22/03/2018 11:45:23		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.doc	22/03/2018 11:42:49	ANDREIA CRISTINA NICOLETTI CARVALHO	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	22/03/2018 11:39:31	ANDREIA CRISTINA NICOLETTI CARVALHO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	anuencia.pdf	22/03/2018 11:37:20	ANDREIA CRISTINA NICOLETTI CARVALHO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo.docx	22/03/2018 11:35:16	ANDREIA CRISTINA NICOLETTI CARVALHO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

BOA VISTA, 23 de Abril de 2018.

Assinado por:
MANUELA SOUZA SIQUEIRA CORDEIRO