

Erros na terapia medicamentosa e as consequências para a enfermagem¹

Errors in medicinal therapy and the consequences for nursing

Errores en la terapia de medicamentos y consecuencias para la enfermería

Eduarda de Quadros Morrudo;² PP Figueiredo;³ RS Silveira;⁴ JGT Barlem;⁵ SG Oliveira;⁶ FC Ramos⁷

Como citar este artigo:

Morrudo EQ, Figueiredo PP, Silveira RS, Barlem JGT, Oliveira SG, Ramos FC. Erros na terapia medicamentosa e as consequências para a enfermagem. Rev Fun Care Online. 2019 jan/mar; 11(1):88-96. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.88-96>

RESUMO

Objetivo: Identificar as consequências dos erros na terapia medicamentosa sob a ótica da equipe de enfermagem.

Método: Pesquisa descritivo-exploratória de caráter transversal com abordagem qualitativa, realizada junto a quatro enfermeiros, três auxiliares e dezenove técnicos de enfermagem. Coleta de dados mediante entrevistas semiestruturadas analisadas por meio da Análise de Conteúdo de Bardin. **Resultados:** As consequências dos erros foram consideradas negativas nos casos de demissões, troca de setor, impacto emocional/moral. Entretanto, desmitificou-se que erros trazem somente consequências negativas, pois situações como o diálogo, oferta de educação permanente, autocrítica do trabalhador e melhor atenção no preparo/administração dos medicamentos exemplificaram que o erro pode reverter-se para a melhoria das práticas de cuidado. **Conclusão:** os resultados deste estudo poderão encorajar a implementação de uma cultura de segurança mais consistente nas instituições de saúde, não personificando o erro a quem o cometeu diretamente.

Descritores: Enfermagem, Erros de medicação, Segurança do paciente.

ABSTRACT

Objective: To identify the consequences of errors in drug therapy from the point of view of the nursing team. **Method:** Descriptive-exploratory cross-sectional study with qualitative approach, performed with four nurses, three auxiliaries and 19 nursing technicians. Data collection through semi-structured interviews analyzed through the Bardin Content Analysis. **Results:** The consequences of the errors

- 1 Consequências dos erros na terapia medicamentosa sob a ótica da equipe de enfermagem. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande. Escola de Enfermagem. Rio Grande, RS.
- 2 Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG).
- 3 Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Professora Adjunta II da Escola de Enfermagem. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas em Organização do Trabalho da Enfermagem e Saúde (GEPOTES).
- 4 Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora da Medianeira. Professora Associada da Escola de Enfermagem. Integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde (NEPES).
- 5 Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Professora Adjunta I da Escola de Enfermagem. Integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde (NEPES).
- 6 Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Residente do Programa de Residência Integrada Multiprofissional Hospitalar com Ênfase na Atenção à Saúde Cardiometabólica do Adulto da Universidade Federal do Rio Grande (FURG).
- 7 Enfermeira graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

were considered negative in the cases of layoffs, sector change, emotional/moral impact. However, it was demythologized that errors only have negative consequences, because situations such as dialogue, permanent education offer, self-criticism of the worker and better attention in the preparation/administration of medications exemplified that the error can be reverted to the improvement of care practices. **Conclusion:** the results of this study may encourage the implementation of a more consistent safety culture in health institutions, not by personifying the error to those who committed it directly.

Descriptors: Nursing, Medication errors, Patient safety.

RESUMEN

Objetivo: Identificar las consecuencias de los errores en la terapia medicamentosa bajo la óptica del equipo de enfermería. **Método:** Investigación descriptiva-exploratoria de carácter transversal con abordaje cualitativo, realizada junto a cuatro enfermeros, tres auxiliares y 19 técnicos de enfermería. Recolección de datos mediante entrevistas semiestructuradas analizadas por medio del Análisis de Contenido de Bardin. **Resultados:** Las consecuencias de los errores se consideraron negativas en los casos de despidos, cambio de sector, impacto emocional/moral. Sin embargo, se desmitificó que errores traen solamente consecuencias negativas, pues situaciones como el diálogo, oferta de educación permanente, autocrítica del trabajador y mejor atención en la preparación/administración de los medicamentos ejemplificaron que el error puede revertirse a la mejora de las prácticas de cuidado. **Conclusión:** Los resultados de este estudio pueden alentar la implementación de una cultura de seguridad más consistente en las instituciones de salud, no personificando el error a quien lo cometió directamente.

Descriptor: Enfermería, Errores de medicación, Seguridad del paciente.

INTRODUÇÃO

A terapia medicamentosa é um processo complexo, que exige atenção e comprometimento de uma equipe multidisciplinar, em que todos os profissionais envolvidos têm como objetivo prestar assistência de qualidade, com segurança e eficácia ao paciente. Esse processo engloba a prescrição dos medicamentos pelos profissionais médicos, a dispensação diretamente pela farmácia e, ainda, a administração, que é uma prática comumente realizada pela equipe de enfermagem.¹⁻²⁻³

Sabe-se que a enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e a qualidade de vida, exercida privativamente pelos profissionais enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Segundo o Código de Ética Brasileiro, o profissional de enfermagem atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais; participa, como integrante da equipe de saúde, das ações que visam satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais; respeita a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões; e exerce suas atividades com competência para a promoção do ser humano na sua integralidade.⁴

Quanto à participação de cada profissional da equipe de enfermagem na administração de medicamentos, cabe ao auxiliar e técnico de enfermagem prepararem e administrarem medicações por via oral e parenteral, enquanto o enfermeiro deve ter conhecimento para preparar e administrar, assim

como supervisionar as atividades dos técnicos e auxiliares e, também, aprazar as medicações prescritas.⁵⁻⁶

De um modo geral, deve-se considerar que qualquer ação de cuidado com o paciente exige conhecimento prático e teórico, a fim de manter a sua segurança e a qualidade da assistência, bem como a coerência com os princípios ético-legais que regem as profissões. No entanto, existe a possibilidade de ocorrer iatrogenia no processo de cuidar, sendo esta entendida como qualquer intervenção da equipe de saúde, seja ela correta ou equivocada, com ou sem justificativa, que implique algum prejuízo para a saúde do paciente. Entre os estudos relacionados com a enfermagem e a terapia medicamentosa nos últimos anos, são consideráveis os resultados que tratam da existência de erros nesse processo e destacam essa inadequação como um dos principais tipos de iatrogenia produzidos pela equipe de enfermagem, que compromete a segurança do paciente.⁷⁻⁸

Nesse contexto, estudo referiu a enfermagem como responsável por 46,4% dos erros na terapia medicamentosa, cuja administração foi considerada a fase de maior incidência de erros (35,5%). No entanto, médicos e farmacêuticos também estão envolvidos na ocorrência de erros de medicação, sendo responsáveis, respectivamente, por 32,4% e 19,4% dos erros inicialmente avaliados no referido estudo. Consequentemente, as fases de prescrição e distribuição dos medicamentos corresponderam a um percentual de 34,5% e 19,6%.⁹

Os erros de medicação podem estar ligados à prática profissional, aos produtos usados na saúde, aos procedimentos, aos problemas de comunicação entre a equipe multidisciplinar e/ou a prescrições, rótulos, embalagens, nomes, preparação, dispensação, distribuição, administração, educação e monitoramento. Portanto, é denominado erro de medicação qualquer evento evitável que possa provocar o uso inadequado de medicamento, estando este sob controle dos profissionais da saúde ou do paciente, podendo ou não causar dano.¹⁰ Fatores que podem ser responsáveis pelos erros de medicação incluem a falta de recursos humanos; o tempo despendido com documentação, que desvia médicos, enfermeiros e farmacêuticos da assistência direta ao paciente; além do trabalho administrativo e da falta de protocolos-padrão nas instituições de saúde.³

Outros fatores causais dos erros mencionados na literatura são: a sobrecarga de trabalho; a falta de atenção e/ou o despreparo do profissional; a prescrição ilegível; a falta de profissionais nos serviços de saúde; a automatização do cuidado; a falta de planejamento do trabalho pelo profissional; o desinteresse/desmotivação pelo trabalho; e o ambiente físico inadequado. Somadas a essas causas podem estar, ainda, a falta de interação entre a equipe multidisciplinar, a falta de familiaridade com a medicação e com o conhecimento farmacológico, a falta de conhecimento para resolver qualquer dificuldade na hora de administrar o medicamento, além da inexistência de um sistema de comunicação de erros e recursos financeiros.^{11,12,3}

Em relação às consequências perante a identificação de um erro cometido, poucos estudos são encontrados na literatura nacional. Entre essa escassez, Dias *et al.*¹² afirmam que os enfermeiros relatam algum caso de erro somente quando

percebem que não estão sendo gravados. E afirmam que a maioria dos participantes de sua pesquisa acredita que a melhor conduta seja de orientação e treinamento do funcionário que cometeu o erro, enfatizando a importância da comunicação do ocorrido à equipe de saúde e a necessidade de notificar o fato aos órgãos responsáveis. Essas condutas, por sua vez, podem ser denominadas de consequências positivas do erro de medicação, tendo em vista seu potencial para a instituição de medidas preventivas. No entanto, pressupõe-se que, perante a ocorrência de um erro, as consequências para a equipe de enfermagem e para o profissional que o cometeu sejam, sobretudo, negativas, visto que muitos estudos referem o medo da punição em caso de identificação do evento adverso.^{13,14,12,3}

Considerando que os profissionais de enfermagem estão na linha de frente do processo da terapia medicamentosa e que, durante este processo, vários erros podem ser cometidos, questiona-se: que consequências existem para quem comete um erro de medicação? Como tem sido percebida a consequência dos erros sob a ótica da equipe de enfermagem? Indiretamente, existem consequências para toda a equipe de enfermagem?

A partir do exposto, optou-se por realizar este estudo, com o objetivo de identificar as consequências dos erros na terapia medicamentosa sob a ótica da equipe de enfermagem, no que se refere à própria equipe e ao profissional que cometeu o erro.

MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo descritivo-exploratório, de caráter transversal, com abordagem qualitativa. Foi realizado na Unidade de Clínica Médica (UCM) do Hospital Universitário ligado a uma universidade federal do extremo sul do Brasil. Ele está, atualmente, sob gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e conta com 203 leitos efetivos, fornecendo assistência à saúde, exclusivamente, pelo Sistema Único de Saúde em diferentes áreas, tais como a clínica médica, constituindo-se referência no tratamento especializado em HIV/AIDS e doenças crônicas.

Os participantes do estudo foram os profissionais da equipe de enfermagem que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem; atuar de forma fixa na unidade há pelo menos seis meses; fazer parte do quadro funcional, admitido por concurso público ou mediante contrato com a Fundação de Apoio ao Hospital. Foram excluídos do estudo os profissionais que estavam de férias ou licença-saúde no período da coleta de dados, assim como os que estavam em exercício profissional há menos de seis meses na unidade e/ou foram admitidos por Recibo de Pagamento Autônomo (RPA).

A coleta dos dados foi realizada nos meses de setembro e outubro de 2016, mediante entrevistas individuais semiestruturadas, utilizando-se um instrumento contendo questões fechadas, para a caracterização dos participantes, e questões abertas, para que eles tivessem a liberdade de expressar suas vivências com foco nas consequências dos erros na terapia medicamentosa.

Posteriormente, as entrevistas foram transcritas e submetidas à análise de conteúdo, seguindo-se três etapas:

1) pré-análise, em que se organizou, operacionalizou e sistematizou as ideias iniciais contidas nas transcrições, a partir de uma leitura flutuante e obedecendo-se às regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência dos dados; 2) exploração do material, em que se codificou e classificou os elementos segundo suas semelhanças e por diferenciação, com posterior reagrupamento em função de características comuns; e 3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação, em que os resultados brutos foram tratados e as unidades de análise foram submetidas a operações estatísticas simples, ressaltando-se as informações obtidas, culminando nas interpretações previstas no referencial teórico de base da pesquisa.¹⁵

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição, sob o parecer número 86/2016, atendendo à Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Para garantir anonimato dos entrevistados, utilizou-se uma codificação alfanumérica, seguida de números ordinais, de acordo com a ordem de realização das entrevistas, em que “E” representa os enfermeiros, “T” os técnicos e “A” os auxiliares de enfermagem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram das entrevistas 26 profissionais de enfermagem, sendo quatro enfermeiros, três auxiliares de enfermagem e dezenove técnicos de enfermagem. Entre eles, 23 (88,5%) representam o sexo feminino e três (11,5%) o sexo masculino. A média de idade dos participantes foi de 41 anos, sendo que o profissional mais novo tem 27 anos e o mais velho, 53 anos. Segundo a carga horária de trabalho semanal, todos os participantes trabalham 30 horas, sendo que 13 profissionais (50%) trabalham 12 horas diárias, correspondendo aos turnos da noite (1 e 2) e os outros 13 (50%) trabalham durante seis horas diárias, correspondendo aos turnos manhã e tarde. Apenas três (11,5%) afirmaram possuir outro vínculo empregatício, sendo estes em outra instituição de saúde da cidade. Quanto ao tempo de atuação profissional, obteve-se uma média de 12 anos de atuação na enfermagem, seis anos de atuação na Instituição e cinco anos de atuação na UCM.

As consequências dos erros na terapia medicamentosa tiveram diferentes perspectivas, segundo as atribuições profissionais dos participantes da pesquisa. Inicialmente, os participantes não atendiam o objetivo de estudo, devido ao desconhecimento conceitual acerca dos diferentes tipos de erros na terapia medicamentosa. Após uma breve abordagem conceitual, ainda se verificou que eles fugiam do assunto principal e muitos relatos envolviam erros cometidos em outras instituições de saúde. Apesar disso, foi possível identificar erros cometidos pelos próprios respondentes e erros que eles presenciaram ou tiveram conhecimento por terem ocorrido na Unidade, com outros colegas.

Em relação as consequências para a equipe de enfermagem, as enfermeiras relataram não expor o erro individual para a equipe toda e, após o evento, conversar com todos para que tenham mais atenção no preparo e administração de medicamentos. Assim, também aumentam a supervisão de enfermagem nesse processo. Além disso, citaram uma

situação de notificação do erro pelo profissional médico, encaminhando para a coordenação do serviço de enfermagem, que dialogou com a equipe. Uma das enfermeiras não identificou consequências neste âmbito.

[...] nem eu comentei desses casos para o restante da equipe, porque ela ficou bem abalada e achei que ia ser pior, aí depois de um tempinho eu conversei com a equipe, para a gente ter mais atenção em geral (E2). [...] às vezes o médico vê o erro e vai lá e faz um DE/PARA [documento] do técnico ou do enfermeiro e aí é chamado para conversar, a coordenadora do serviço de enfermagem já fez alguns termos de esclarecimento para a gente responder [...] aí é respondido e para nisso (E1).

Sob a ótica dos técnicos e auxiliares de enfermagem, as consequências dos erros para a equipe foram pouco reconhecidas, sendo citadas: o risco para a equipe, em que todos os profissionais são afetados, pelo menos, emocionalmente; a responsabilização da equipe nos casos de danos graves; o diálogo com a equipe, em que a enfermeira solicita maior atenção no processo da terapia medicamentosa; o atendimento imediato à intercorrência causada por um erro; advertência verbal informal, que a profissional relata como “bronca”; mais atenção da equipe na terapia; estresse; e convite para atividade da educação permanente, promovida pela Instituição. Nos relatos, ainda foi possível identificar a banalização dos erros de prescrição e dispensação, quando os profissionais não reconhecem que estes também acarretam consequências para a organização da equipe de enfermagem.

[...] geralmente elas [enfermeiras] nos colocam na salinha do castigo [copa], e conversam, ou quando a equipe está muito agitada, quando elas chamam na salinha do castigo já vem bronca [...] quando é coisa leve elas resolvem sem ir para direção, quando é coisa feia, elas vão (T2). [...] aquela correria que acontece [...] vai lá chamar o médico, tudo para intervir para não acontecer nada de errado (T4). Eu acho que a consequência até foi positiva, porque todo mundo começou a cuidar mais o que estava fazendo, a se policiar mais [...] foi positivo porque acabou gerando uma certa preocupação a mais com o que a gente está fazendo [...] foi todo aquele estresse, quase gerou uma parada cardiorrespiratória, daí envolve toda a equipe (T10). Aqui na Instituição tem a educação permanente, eles atuam bem forte em relação quando tem algum erro, eles dão treinamento, tem até um curso [...] que até é mais direcionado para o pessoal da Clínica Médica [...], mas só que muitas vezes a maior parte dos profissionais não adere (T11). [...] o erro seria deles [da farmácia] mas ao mesmo tempo seria mais grave para nós, porque nós não podemos fazer sem ler [...] (T3).

No que diz respeito às consequências identificadas para o profissional que comete o erro, as enfermeiras citaram: o afastamento do trabalho para treinamento, não sendo uma conduta comum; a demissão, principalmente quando não há vínculo empregatício; o diálogo com o profissional;

consequências emocionais como medo, vergonha, incerteza e desespero; mais atenção no uso da medicação; encaminhamento à administração de enfermagem, quando o erro é mais grave; e, por fim, processo administrativo. As referidas consequências são produto da sua ação imediata ou, então, da coordenação do serviço de enfermagem.

[...] ele [profissional que cometeu um erro] fez um tempo de treinamento e voltou para o setor [...] quando é RPA [profissional admitido por Recibo de Pagamento Autônomo] vou te ser bem sincera, vários foram para a rua [...] porque era uma semana de contrato, aí acharam melhor dispensar do que [silêncio], mas quando é com funcionário, geralmente se conversa (E1). [...] elas vieram conversar comigo, apavoradas, tremendo, uma delas chorou, chorou porque nunca tinha acontecido em seis anos trabalhando nunca tinha ocorrido erro, aí a gente foi ver o que era e por que tinha acontecido a troca, aí eu conversei, trouxe ela para cá para não ter exposição e tudo e aí pedi, claro, mais atenção, mas que não se preocupasse que não tinha acontecido [...] e que não iria trazer um transtorno maior para elas [...] eu percebi que ela duplicou ou triplicou o cuidado dela, daí por um tempo ela ficou me chamando “olha aqui, me ajuda, vamos conferir” (E2). [...] quando é erro grotesco, vai direto para a administração de enfermagem para ver o que vão fazer com aquela técnica [...] ela pode cometer esse erro de novo, então se é muito sério, vai direto [...] algumas foram demitidas, sei de uma que foi demitida, outras receberam processo administrativo (E4).

Sob a ótica dos auxiliares e técnicos de enfermagem, as consequências para o profissional estão relacionadas à fragilidade do vínculo empregatício, considerando o grande número de relatos sobre demissão dos profissionais contratados por Recibo de Pagamento Autônomo (RPA) e, ainda, os relatos sobre a diferença entre o funcionário contratado pela Fundação de Apoio ao Hospital e aqueles que são admitidos por concurso público, em Regime Jurídico Único. Foram citadas, também, consequências como a troca de setor; advertências por escrito, vindas do serviço de ouvidoria; e a advertência verbal pelo médico.

[...] geralmente, quando tem algum erro e é RPA [profissional admitido por Recibo de Pagamento Autônomo] eles mandam embora, não sei muito bem como funciona os quesitos que eles preconizam, mas eles mandam embora (T12). [...] Não sofreu nada, ainda mais por ser um funcionário federal. Garanto que se é da Fundação de Apoio ao Hospital estava na rua, capaz até de caçarem o COREN [carteira de identidade profissional] (T7). [...] foi com a função da dieta, iam colocar ela para a rua na época, porque ela tinha posto errado, surgiu uma polêmica... o que aconteceu com ela foi que colocaram ela para o CME [Centro de Material Esterilizado]. É uma punição, porque tiraram ela de perto dos pacientes (T13). [...] já apareceu umas advertências aí por causa do horário, que fazem antes [...] só faz queixa lá na ouvidoria e vem as advertências [...] nominal, individual,

com o nome certinho (T16). [...] aconteceu até de o médico vir me cobrar um dia (T5).

Além dessas, destacaram-se negativamente as consequências emocionais, em que após a ocorrência de um erro, surgem sentimentos como medo, incerteza, vergonha, desespero e culpa, bem como o julgamento, a difamação e a acusação por parte dos familiares do paciente.

[...] Mas assim, eu me senti primeiramente triste de estar fazendo uma coisa que tu estás tentando ajudar e quando vê tu pioras a situação daquela pessoa [...] é um sentimento de medo porque tu não sabes o que vai acontecer com o paciente. Comigo não! Eu não tenho medo do que vai acontecer, mas tenho medo do que vá acontecer com ele [...] (T7). [...] ela ficou bem transtornada, teria que ter tido acompanhamento com algum psicólogo, porque ela errou sim, só que o que vai fazer muito mal para o paciente, vai fazer para ti também, porque daqui a pouco tu nunca mais vais conseguir fazer aquilo (T13). [...] tu via que ela se sentia muito culpada, muito envergonhada por aquilo, só que na realidade não foi totalmente um erro dela (T10). [...] Tu chegas com uma medicação e eles [pacientes] já dizem: “ah! aquela ali foi que veio com as coisas erradas”. Os pacientes já olham com uma cara de “lá vem aquela que não sabe nada” ou “aquela que fez errado” (T13). [...] uma coisa pequena se torna uma coisa enorme e todo o hospital fica sabendo, é a tua profissão em jogo porque tu ficas tachada como uma péssima funcionária, até assassina, sei lá, matou o paciente, uma mínima coisa que aconteça às vezes nem é isso, um comprimido errado já faz um auê (T18).

Por outro lado, os técnicos e auxiliares de enfermagem também relataram consequências que podem ser consideradas positivas, como mais atenção no preparo e administração de medicamentos; o diálogo com a enfermeira, em que esta solicita mais atenção; a autocrítica e o diálogo por parte da direção da Instituição.

Mais atenção, mais foco no momento, quando aconteceu isso eu era da manhã, então de manhã é muito tumultuado [...] eu prefiro focar ali e conversar depois, senão eu vou desviar a minha atenção [...] então, atenção redobrada ainda mais diante dessa situação (A1). [...] elas [enfermeiras] já nos chamaram, já conversaram conosco para a gente prestar mais atenção, que podia ter dado uma coisa mais grave (T2). [...] tu mesmo te autocriticas: “por que tu fizeste isso?! Tu sabes que não é” (T7). [...] ela foi chamada para conversar pela enfermeira, daí depois a supervisão também chamou, pediu para prestar mais atenção (T10).

Com base no exposto, a Figura 1 sintetiza os resultados encontrados acerca das consequências dos erros na terapia medicamentosa para a equipe de enfermagem e o profissional que cometeu o erro.

Figura 1 - Consequências dos erros na terapia medicamentosa, para a equipe de enfermagem e para o profissional que o cometeu, sob a ótica das enfermeiras e dos auxiliares/técnicos de enfermagem. Hospital Universitário do extremo Sul do Brasil, 2016.

Consequências dos erros sob a ótica das enfermeiras	
Equipe de Enfermagem	Diálogo, solicitando mais atenção; supervisão direta pela enfermeira; notificação do erro, pelo médico; diálogo com a coordenação de enfermagem.
Profissional	Afastamento e treinamento; demissão; diálogo com a enfermeira; consequências emocionais; mais atenção; encaminhamento à administração de enfermagem; processo administrativo.
Consequências dos erros sob a ótica dos auxiliares/técnicos de enfermagem	
Equipe de Enfermagem	Risco para a equipe; responsabilização dos profissionais; diálogo com a equipe; atendimento imediato à intercorrência; advertência verbal informal; mais atenção da equipe; estresse; convite para educação permanente; banalização dos erros de prescrição e dispensação.
Profissional	Afastamento e treinamento; demissão; diálogo com a enfermeira; consequências emocionais; mais atenção; encaminhamento à administração de enfermagem; processo administrativo.

Fonte: elaboração do autor (2016).

A seguir será apresentada a discussão dos pontos mais relevantes obtidos nos relatos da equipe de enfermagem.

Diante dos resultados analisados, identificou-se a dificuldade dos profissionais, principalmente auxiliares e técnicos de enfermagem, em tratar sobre o assunto da pesquisa. Metade dos participantes apresentou resistência no primeiro momento da entrevista, negando a existência de erros no seu cotidiano na instituição pesquisada, fazendo relatos de situações vividas em outra instituição de saúde. Em consonância, Dias *et al.*¹² referem que a primeira resposta dos enfermeiros ao serem indagados sobre os erros era de não terem conhecimento algum de eventos em sua instituição, apenas comentavam condutas a serem tomadas em uma provável situação e, ao perceberem que não estavam sendo gravados, relatavam algum caso ocorrido.

Do mesmo modo, estudo realizado na Índia mostrou que a maioria dos participantes não relatou erros de medicação no seu cotidiano, destacando-se entre as razões a falta de consciência sobre o que constitui um erro de medicação e quando ele deve ser relatado; bem como a falta de um sistema de notificação e análise de relatórios de incidentes e *feedback* para a equipe. Além destes, o medo da ação punitiva, tanto em hospitais públicos como em hospitais corporativos, foram motivos para que os erros não fossem referidos.³

Em relação às consequências dos erros na terapia medicamentosa, destacou-se, nesse estudo, maior evidência pelos auxiliares e técnicos de enfermagem, resultado este ligado não somente por serem o maior número de participantes da pesquisa, mas também por estarem mais envolvidos com o processo de preparo e administração de medicamentos,

no Brasil. Com isso, são eles diretamente os profissionais que identificam, acompanham e, até mesmo, sofrem as consequências dos erros de medicação.

Em outros cenários, como na Bélgica, os auxiliares são uma categoria mais recentemente reconhecida e minoritária entre os profissionais de enfermagem, cujas atribuições com os medicamentos limitam-se a via oral. Dentre elas, ajudam o paciente a tomar a medicação depois que ela foi preparada e personalizada por um sistema automático de distribuição, guiado por uma enfermeira ou farmacêutico, além de informar e aconselhar o paciente e a família sobre essa atividade. Portanto, são trabalhadores com percepções diferentes dos enfermeiros em relação as barreiras para o uso seguro de medicamentos, restringindo-se a questões pontuais, como o conhecimento insuficiente sobre esmagar o medicamento, o cálculo de doses, as interações dos medicamentos entre si e com o alimento e o desconhecimento dos seus efeitos terapêuticos. Fatores organizacionais são menos percebidos por esses profissionais como dificultadores da segurança no uso de medicamentos.¹¹

Sobre as consequências sofridas pela equipe de enfermagem, nesse estudo, destacaram-se os resultados positivos, em que as enfermeiras afirmam não expor o erro individual, reforçando a questão de não personalizar o erro e não punir o profissional que o cometeu. É, contudo, uma conduta pessoal de cada enfermeira. Ainda que estejam adotando uma medida não punitiva, ficou evidente que, cada uma segue seu próprio “protocolo” de conduta e não obedece a um fluxo comum para o registro, análise e *feedback* dos eventos adversos, pois a instituição pesquisada ainda não apresenta formalmente essa cultura de segurança, com normas e rotinas claramente estabelecidas para tratar os erros na terapia medicamentosa.

A insuficiência e ineficiência de sistemas e protocolos para a adequada gestão do uso de medicamentos não é somente um problema em instituições brasileiras. Estudo desenvolvido na Bélgica também o refere como barreira organizacional para a segurança do paciente.¹¹ Reis, Laguardia e Martins¹⁶ também constataram que a cultura de segurança se trata de uma prática emergente no Brasil e que, embora algumas instituições já a tenham adotado, os relatos de acidentes, eventos adversos e erros não são realmente dominantes.

No que tange a cultura de segurança do paciente, já em 1999, o relatório “To Err is Human” atentava as instituições de saúde para o fortalecimento de uma cultura a nível organizacional, sendo um passo fundamental para a qualidade da assistência, fornecida com maior segurança. Porém, alcançar algumas melhorias sustentadas na cultura de segurança, além de não ser fácil, demanda tempo e organização. Segundo estudos, medidas específicas, como o preparo dos profissionais, o trabalho em equipe e o estabelecimento de medidas de segurança, estão diretamente ligadas à cultura de segurança.¹⁷⁻⁸

No que diz respeito às consequências identificadas para o profissional que comete o erro, se destacaram neste estudo os depoimentos de demissão e troca de setor, quando não há vínculo empregatício; as consequências emocionais como medo, vergonha, incerteza e desespero; e o julgamento, difamação e acusação, por parte dos familiares do paciente.

No mesmo sentido, Rocha *et al.*¹⁹ identificaram que, na ocorrência de eventos adversos, muitas consequências emocionais acometem os profissionais, tais como: pânico, desespero, preocupação, culpa, vergonha, medo e insegurança. Esses elementos podem estar fortemente relacionados com a Síndrome de Burnout, que se caracteriza pelo esgotamento emocional em resposta à tensão vivida no ambiente de trabalho. Ela surge quando o enfrentamento pessoal às situações estressoras é ineficaz e quando a organização institucional apresenta fragilidades em ser uma variável mediadora entre esse estresse percebido e as suas consequências.²⁰⁻²¹

O desafio dos especialistas em segurança do paciente, ao buscarem a redução de eventos adversos nas instituições de saúde, tem sido a compreensão dos gestores de que a causa dos erros e eventos adversos é multifatorial e que os profissionais estão suscetíveis a cometê-los quando os processos técnicos e organizacionais são complexos e mal planejados. A compreensão de que sistemas falham e que as falhas dos profissionais atingem os pacientes permite à gestão hospitalar rever os seus processos, estudar e reforçar suas barreiras de defesa e as falhas latentes, que estão presentes nos locais de trabalho e que tornam o sistema frágil e suscetível a erros.²²

Diante dessas questões, também é importante refletir acerca das relações de trabalho, com destaque à falta de estabilidade dos profissionais nos estabelecimentos de saúde, conferida por regimes de trabalho como o profissional temporário, que recebe por Recibo de Pagamento Autônomo e pelo regime de Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Acredita-se que a fragilidade nos vínculos de trabalho, sob a ótica da temática estudada, pode acarretar a subnotificação de erros, visto que a resolução dos casos está fortemente relacionada à punição, em especial, representada pela demissão. Desse modo, surge veementemente a necessidade de implementação da cultura de segurança, no sentido de enfrentar o erro como um indicador mais amplo de avaliação do processo de trabalho coletivo, a fim de se elaborar estratégias para a prevenção de novos eventos, sob uma perspectiva contextual, e não individualizada e corretiva, especialmente porque se identifica uma tendência cada vez maior à precarização dos vínculos empregatícios, no Brasil. É preciso, pois, instaurar a cultura de segurança, a fim de proteger os trabalhadores, destacando-se, nessa conjectura, os profissionais de enfermagem.

Nesse intuito, a seguir, apresentam-se alguns estudos que apontam experiências positivas de enfrentamento dos erros de medicação, a fim de se desmitificar a cultura de punição e desencorajar as consequências negativas do erro de medicação para a equipe de enfermagem e, em especial, para o profissional diretamente envolvido com o erro.

Estudo realizado em dois hospitais de Florianópolis-SC recomendou sugestões baseadas em princípios atuais de segurança do paciente para a melhoria dos procedimentos e processos de trabalho no uso de medicamentos, tais como: definição de protocolos, barreiras de risco, identificação do paciente, dose unitária e dupla checagem, além de recomendações que envolvem a conduta profissional, incluindo dedicação, comprometimento e consciência no trabalho, respeito e carinho.²³

Em estudo realizado na Índia, verificou-se que a cultura de segurança foi impulsionada pelos processos de acreditação hospitalar, a partir dos quais as instituições estão adotando melhores práticas para promover uma cultura de qualidade e segurança de saúde. Além desse processo de fortalecimento da gestão, sugeriu-se, como estratégias para melhorar a segurança do paciente, as prescrições mais legíveis, informatizadas e escritas em nomes genéricos; a emissão de alertas automáticos gerados por computador em caso de erros na prescrição relacionados a droga, dose e resistência do fármaco; assim como maior sensibilização dos profissionais para os processos sujeitos a erros, requisitos de comunicação do erro de medicação e análise dos relatórios elaborados por agentes de qualidade e segurança.³

Na China, foi desenvolvido um estudo num hospital geral, a partir da estratégia denominada gestão de cinco pontos, a qual consistiu, primeiramente, na construção de um protocolo baseado em problemas clínicos reais de administração de medicamentos na instituição. Os pontos levantados dizem respeito ao conhecimento e às competências dos enfermeiros em segurança de medicamentos; aos sistemas de gestão de medicamentos e critérios de administração; à administração de medicamentos-chave, como analgésicos, anestésicos, de emergência e drogas de alto risco; à padronização das condutas dos enfermeiros na administração de medicamentos e à garantia da segurança medicamentosa. Para tanto, na sequência, foram propostas as seguintes estratégias, respectivamente: 1) realizar programas de treinamento; 2) otimizar a política de medicamentos; 3) classificar o refinamento e os cuidados específicos com os medicamentos-chave; 4) melhorar o processo de segurança para medicamentos endovenosos; e 5) supervisionar o processo de administração de medicamentos. A partir dessas intervenções, executadas num período aproximado de quatro anos, obteve-se, como resultados pós-intervenção, a redução da taxa de erro de 6% para 4%, bem como a redução das queixas relacionadas com a administração de medicamentos, que diminuíram 73,9%, culminando com a melhor satisfação dos pacientes internados, a qual chegou a 98,3%.²⁴

No Irã, verificou-se o efeito de um modelo de supervisão clínica na segurança de medicamentos de alto risco. Essa supervisão clínica incluía listas de verificação dos medicamentos de alto risco, quais sejam: heparina, dopamina, dobutamina, noradrenalina e varfarina. Cada lista, continha duas seções. A primeira, é sobre a função na prevenção de erros de medicação, e a segunda é sobre a função na prevenção de eventos adversos no uso desses medicamentos. Na prevenção de erros, foram supervisionados de 8 a 13 cuidados de enfermagem, a depender do medicamento. Na prevenção de eventos adversos, foram supervisionados os principais efeitos colaterais de cada medicamento, a que qualquer profissional tem que estar alerta ao administrá-lo. Essa seção continha de 8 a 12 itens. A supervisão clínica foi realizada em dois momentos distintos, uma antes e uma após intervenção educativa. Na intervenção educativa, por sua vez, utilizaram-se os resultados da primeira supervisão, a partir dos quais foram discutidos os principais cuidados de enfermagem que deveriam ser tomados, com base em indicadores de erros locais no uso

dos cinco medicamentos de alto risco. Posteriormente à intervenção, identificou-se melhora no escore de segurança medicamentosa para todos os fármacos de alto risco, com maior destaque para a dobutamina, que passou de 13,8 para 19,3. Portanto, concluiu-se que a supervisão clínica pode ser aplicada como um sistema organizado para promover a função do enfermeiro na redução de erros de medicação e eventos adversos em administração de drogas de alto risco, especialmente em unidades de terapia intensiva.²⁵

Por fim, estudo desenvolvido num hospital terciário, no Brasil, utilizou a estratégia de desvio positivo para reduzir erros de medicação. Essa é uma ferramenta para a melhoria dos processos, que utiliza as sugestões dos próprios envolvidos. É uma abordagem de mudança comportamental, baseada na premissa de que em qualquer situação os indivíduos confrontados com o mesmo tipo de problema têm ideias inovadoras e são capazes de encontrar a melhor solução.⁹

Nesse caso, médicos, enfermeiros, farmacêuticos, técnicos e auxiliares de enfermagem, auxiliares de farmácia e armazenagem integraram os denominados grupos de segurança medicamentosa, cujas reuniões foram feitas, periodicamente, durante dois anos, com o propósito de discutir os erros em suas unidades de trabalho e elaborar estratégias para atenuá-los. Inicialmente, o processo foi disparado pela gestão hospitalar, mas a continuidade das ações de implementação foi conduzida pelos próprios participantes.⁹

Entre as ações, pode-se citar a campanha “Rota segura no processo de medicação”, na qual a taxa mensal de erros de medicação foi divulgada em um banner de ampla visualização pela equipe de cada unidade, a fim de fomentar a competição dos trabalhadores para alcançar as metas de segurança estabelecidas pela instituição. Dentre as ações estabelecidas pela Rota, destacaram-se: a dupla verificação de drogas vasoativas, de insulina, de medicamentos psicoativos de doses múltiplas e daqueles administrados por meio de bomba de infusão, além da mudança nos locais de armazenamento das medicações com grafia, som e embalagem semelhantes.⁹

Ainda, foram incluídas ações de anotação destacada de qualquer alergia do paciente no formulário de prescrição médica; a compra de carrinhos para os enfermeiros prepararem os remédios ao lado dos pacientes; o preparo de doses de morfina superiores a 6 mg exclusivamente no serviço de farmácia; a prescrição de drogas em doses, em vez de unidade (comprimido, frasco, ampola); a dupla verificação da prescrição médica entre enfermeiros durante o turno; o reforço para o pessoal de enfermagem retornar de imediato para a farmácia os medicamentos suspensos; a inserção do volume de diluente e da taxa de infusão dos medicamentos com potencial de causar flebite, pelo farmacêutico, nas prescrições; bem como a educação do paciente para a conferência da sua pulseira de identificação com a prescrição no momento da administração do medicamento e o aumento da notificação de erros de medicação. Ao final da experiência, foram premiadas as unidades que reduziram a taxa de erros de medicação e o grupo que implementou o maior número de intervenções por todo o hospital.⁹

CONCLUSÃO

Após finalizar esse estudo, acredita-se ter alcançado o objetivo proposto, identificando-se diferentes consequências dos erros na terapia medicamentosa para a equipe de enfermagem e para o profissional que o cometeu. Essas consequências podem ser consideradas negativas, quando se trataram de demissões, troca de setor, impacto emocional e moral para os trabalhadores, verificando-se seu caráter estritamente punitivo. No entanto, considera-se que foi possível desmitificar que erros cometidos na terapia medicamentosa trazem somente consequências negativas. Situações como o diálogo com a enfermeira e por parte da direção da Instituição, a oferta de educação permanente, a autocrítica do trabalhador e a melhora na atenção durante o preparo e a administração dos medicamentos foram exemplos de que o erro, quando compreendido mais amplamente, pode se reverter em potencial para a revisão e melhora das práticas de cuidado, permitindo aos profissionais a reflexão e modificação constante do seu fazer. Ainda que sejam posturas adotadas individualmente pelas enfermeiras e, em alguns casos, pela gestão do hospital, o estudo trouxe resultados que podem encorajar a implementação de uma cultura de segurança mais consistente nas instituições de saúde, à medida que chama os profissionais da equipe de enfermagem ao diálogo coletivo, não personificando o erro a quem o cometeu diretamente.

As limitações identificadas nesse estudo remetem a sugestões para próximas pesquisas na temática, a partir da observação sistemática da equipe de enfermagem no preparo e administração de medicamentos. Desse modo, acredita-se na obtenção de resultados que elucidem melhor os processos de enfrentamento ao erro e, conseqüentemente, a visualização de potenciais e fragilidades institucionais na implementação da cultura de segurança.

REFERÊNCIAS

1. Camacho ACF, Silva RRP, Barreto BMF, Tenório DM, Oliveira BGRBO. Analysis of publications on medication administration in nursing care: integrative review. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2012; 11(1). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3585>. Acesso em: 2 maio 2016.
2. Hardisty J, Scott L, Chandler S, Pearson P, Powell S. Interprofessional learning for medication safety. *Clin Teach* [Internet]. 2014; 11(4):290-6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24917099>. Acesso em: 13 dez 2016.
3. Sharma S, Tabassum F, Khurana S, Kapoor K. Frontline worker perceptions of medication safety in India. *Ther Adv Drug Saf* [Internet]. 2016; 7(6):248-60. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27904743/>. Acesso em: 13 dez 2016.
4. Brasil. Resolução COFEN Nº 311, de nove de fevereiro de 2007: aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. 2007. Disponível em: <http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007>. Acesso em: 13 dez 2016.
5. Brasil. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. 1986. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm. Acesso em: 13 dez 2016.
6. Fontenele RE, Araújo TLD. Análise do Planejamento dos Horários de Administração de Medicamentos em Unidade de Terapia Intensiva Cardiológica. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2006; 14(3):342-9. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v14n3/v14n3a03.pdf>. Acesso em: 13 dez 2016.
7. Farias GM. Iatrogênias na assistência de enfermagem: características da produção científica no período de 2000 a 2009. *Inter Science Place* [Internet]. 2010; 3(11). Disponível em: <http://www2.interscienceplace.org/isp/index.php/isp/article/view/108/107>. Acesso em: 5 maio 2016.
8. Schmidt E, Valle DA, Martins JSC, Borges JL, Júnior LS, Ribeiro URVC. A iatrogenia como desdobramento da relação médico-paciente. *Rev Soc Bras Clín Méd* [Internet]. 2011 Mar-Apr; 9(2):146-9. Disponível em: <http://pt.slideshare.net/filosofoterapeutadonizeti/a-iatrogenia-como-desdobramento-da-relao-mdico-paciente>. Acesso em: 13 jun. 2016.
9. Ferracini FT, Marra AR, Schvartsman C, Dos Santos OF, Victor ES, Negrini NM, et al. Using Positive Deviance to reduce medication errors in a tertiary care hospital. *BMC Pharmacol Toxicol* [Internet]. 2016; 17(1):36. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27497977/>. Acesso em: 13 dez 2016.
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria MS/GM nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Anexo 03: Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos. Brasília: MS; 2013.
11. Dilles T, Elseviers MM, Van Rompaey B, Van Bortel LM, Van Stichele RH. Barriers for Nurses to Safe Medication Management in Nursing Homes. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. 2011 Jun; 43(2):171-80. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21605321>. Acesso em: 16 fev. 2016.
12. Dias JD, Mekaro KS, Tibes CMS, Mascarenhas SHZ. Compreensão de enfermeiros sobre segurança do paciente e erros de medicação. *REME Rev Min Enferm* [Internet]. 2014; 18(4). Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/969#>. Acesso em: 10 abr. 2016.
13. Silva AEB, Reis AMM, Miaso AI, Santos JO, Cassiani SHB. Eventos adversos a medicamentos em um hospital sentinela do Estado de Goiás, Brasil. *Rev Latinoam Enferm* [Internet]. 2011 Mar-Apr; 19(2). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_21. Acesso em: 30 abr. 2016.
14. Silva LDS, Carvalho MF. Revisão integrativa da produção científica de enfermeiros acerca de erros com medicamentos. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2012 Out-Dez; 20(4):519-25. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v20n4/v20n4a18.pdf>. Acesso em: 30 maio 2016.
15. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011. 279p.
16. Reis CT, Laguardia J, Martins M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2012 Nov; 28(11). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001100019. Acesso em: 25 nov. 2016.
17. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *To err is human: building a safer health system*. Washington DC: National Academy Press, 2000.
18. Hemingway MW, O'Malley C, Silvestri S. Safety culture and care: a program to prevent surgical errors. *AORN J* [Internet]. 2015; 101:404-15. Disponível em: https://www.aorn.org/websitedata/cearticle/pdf_file/CEM155130001.pdf. Acesso em: 25 nov. 2016.
19. Rocha FSR, Lima CA, Torres MR, Gonçalves RPF. Tipos e causas de erros no processo de medicação na prática assistencial da equipe de enfermagem. *Unimontes Cient* [Internet]. 2015 Jul; 17(1). Disponível em: <http://www.ruc.unimontes.br/index.php/unificientica/article/viewFile/358/325>. Acesso em: 25 nov. 2016.
20. Zou G, Shen x, Tian X, Liu C, Li G, Kong L, et al. Correlates of psychological distress, burnout, and resilience among Chinese female nurses. *Ind Health* [Internet]. 2016 Sep; 54(5):389-395. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5054279/>. Acesso em: 16 fev. 2017.
21. Galindo RH, Feliciano KVO, Lima RAS, Souza AI. Síndrome de Burnout entre enfermeiros de um hospital geral da cidade do Recife. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012; 46(2):420-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a21v46n2.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2017.
22. Silva AEB. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. *Rev Eletrônica Enferm* [Internet]. 2010; 12(3):422. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a01.htm>. Acesso em: 16 fev. 2017.
23. Mello JF, Barbosa SFF. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013 Out-Dez; 22(4). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400031. Acesso em: 25 nov. 2016.

24. Xu C, Li G, Ye N, Lu Y. An intervention to improve inpatient medication management: a before and after study. *J Nurs Manag* [Internet]. 2014 Apr; 22(3):286-94. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24661365>. Acesso em: 16 fev. 2017.
25. Esfahani AK, Varzaneh FR, Changiz T. The effect of clinical supervision model on high alert medication safety in intensive care units nurses. *Iran J Nurs Midwifery Res* [Internet]. 2016 Sep-Oct; 21(5):482-486. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5114792/>. Acesso em: 16 fev. 2017.

Recebido em: 18/05/2017
Revisões requeridas: Não houve
Aprovado em: 12/07/2017
Publicado em: 01/01/2019

Autora responsável pela correspondência:

Eduarda de Quadros Morrudo
Rua Pedro de Sá Freitas, n. 260, Bairro Rural
Rio Grande do Sul, Brasil
CEP: 96.212-360
E-mail: eduardamorrudo@hotmail.com