

ERRO DE MEDICAÇÃO: CONCEPÇÕES E CONDOTA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Medication error: conceptions and behaviors of the nursing team members

Error de medicación: concepciones y conducta del equipo de enfermería

Andréia Guerra Siman¹, Amanda Tamires Drumond Vilas Boas Tavares², Camilo Amaro de Carvalho³, Marilane de Oliveira Fani Amaro⁴

Como citar este artigo:

Siman AG, Tavares ATDVB, Carvalho CA, et al. Erro de medicação: concepções e conduta da equipe de enfermagem. Rev Fund Care Online. 2021 jan/dez; 13:109-116. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.7853>

RESUMO

Objetivo: compreender concepções e condutas da equipe de enfermagem frente ao erro de medicação na clínica médica. **Método:** estudo de abordagem qualitativa, descritivo, realizado em um hospital de ensino. Foram entrevistados dois enfermeiros e dezessete técnicos de enfermagem da clínica médica. A coleta de dados se deu por meio de entrevistas e observação não participante, analisados pela técnica de análise de conteúdo. **Resultados:** a equipe reconhece aspectos que acentuam a ocorrência do erro: prescrição manual e ilegível, sobrecarga de trabalho, falta de atenção e capacitação profissional, grande número de pessoas circulando e interrupções no trabalho. Foram identificadas falhas em todas as etapas de administração de medicamentos e estratégias para a melhoria no processo. **Conclusão:** as estratégias e melhorias no processo de medicação como educação permanente e etiquetas de identificação de drogas precisam ser aplicadas no cotidiano da prática profissional com a inclusão de todos profissionais envolvidos.

Descritores: Segurança do paciente; Erros de medicação; Equipe de enfermagem; Avaliação em saúde.

¹ Professora Assistente II no Departamento de Enfermagem e Medicina, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, Minas Gerais, Brasil. E-mail: ago.80@hotmail.com. Orcid: <http://orcid.org/0000-0001-7990-9273>

² Enfermeira pela Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais, Brasil. E-mail: amandatamiresdrumond@gmail.com. Orcid: <http://orcid.org/0000-0001-9715-4599>

³ Doutor em Biologia celular e estrutural, Professor Adjunto no Departamento de Enfermagem e Medicina, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, Minas Gerais, Brasil. E-mail: camiloamaro@yahoo.com.br Orcid: <http://orcid.org/0000-0001-9539-8653>

⁴ Doutora em Biologia celular e estrutural, Professora Adjunta II no Departamento de Enfermagem e Medicina, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, Minas Gerais, Brasil. E-mail: marilaneamaro@yahoo.com.br. Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-9495-0861>

ABSTRACT

Objective: to understand the concepts and lead the nursing team in the face of medication errors in the medical clinic. **Method:** a qualitative, descriptive study carried out in a teaching hospital. Two nurses and seventeen nursing technicians from the medical clinic were interviewed. Data collection took place through interviews and non-participant observation, analyzed by the content analysis technique. **Results:** a team recognizes aspects that cause an error: manual and illegible prescription, work overload, lack of attention and professional training, large number of people circulating and interruptions at work. Flaws were identified at all stages of drug administration and strategies for improving the process. **Conclusion:** as strategies and improvements in the medication process, as permanent education and identification labels for drugs used in daily professional practice with the inclusion of all professionals involved.

Descriptors: Patient safety; Medication errors; Nursing team; Health Evaluation.

RESUMEM

Objetivo: comprender los conceptos y liderar al equipo de enfermería ante los errores de medicación en la clínica médica. **Método:** estudio cualitativo y descriptivo realizado en un hospital universitario. Se entrevistó a dos enfermeras y diecisiete técnicos de enfermería de la clínica médica. La recolección de datos se realizó mediante entrevistas y observación no participante, analizados por la técnica de análisis de contenido. **Resultados:** un equipo reconoce aspectos que causan un error: prescripción manual e ilegible, sobrecarga de trabajo, falta de atención y capacitación profesional, gran cantidad de personas circulando e interrupciones en el trabajo. Se identificaron fallas en todas las etapas de la administración de drogas y estrategias para mejorar el proceso. **Conclusión:** como estrategias y mejoras en el proceso de medicación, como etiquetas permanentes de educación e identificación de medicamentos utilizados en la práctica profesional diaria con la inclusión de todos los profesionales involucrados.

Descriptores: Seguridad del paciente; Errores de medicación; Grupo de enfermeira; Evaluación en salud.

INTRODUÇÃO

A preocupação com a segurança do paciente constitui um tema de relevância crescente entre os pesquisadores de todo o mundo, sendo de extrema importância na qualidade do cuidado em saúde.¹ O cuidado em saúde propicia muitos benefícios ao paciente, mas é possível que neste percurso haja erros resultando em danos ao mesmo, portanto, deve-se repensar a assistência de modo que seja segura.

Esses danos, classificados como Eventos Adversos (EAs), são incidentes decorrente da prestação de cuidados de saúde resultando em incapacidades ou lesões, permanentes ou temporárias, prolongando o tempo de internação e podendo ocasionar até mesmo o óbito, não tendo relação com a doença de base.²⁻³

A ocorrência de EAs é considerada um problema sério na segurança do paciente em todo mundo.³ Trata-se de uma questão preocupante, que ganhou destaque após a publicação do relatório do *Institute Of Medice* dos Estados Unidos da América, em novembro de 1999, denominado “*To Err is*

Human: building a safer health system” Este relatório trouxe uma discussão sobre a necessidade de repensar as práticas em saúde, evidenciando a ocorrência de 44 a 98 mil óbitos a cada ano decorrentes dos EAs. Dentre eles, 7.000 casos estavam relacionados com erros de medicações.⁴⁻⁵

O erro de medicação é qualquer evento evitável que pode causar ou induzir ao uso inapropriado de medicamento ou prejudicar o paciente enquanto o medicamento está sob o controle do profissional de saúde, paciente ou consumidor.⁶

Estes tipos de erros ocorrem frequentemente e são classificados como EAs preveníveis.⁷ Estimativas de países desenvolvidos sugerem que entre 7,5% e 10,4% dos pacientes hospitalizados sofrem danos devido a medicamentos.⁸ Em Portugal evidenciou-se uma taxa global de 11,1% de EAs em avaliação de 1669 registros médicos, associados com os procedimentos cirúrgicos (27%), erros de medicamentos (18,3%) e de infecções adquiridas em hospitais (12,2%).⁹

No Brasil, estudo revelou em uma amostra de 1.103 pacientes uma taxa de 7,6% de EAs, associados à cirurgia (32,3%); aos procedimentos médicos não cirúrgicos (29,2%); ao erro diagnóstico (15,3%); aos cuidados obstétricos (6,15%); ao sistema (6,15%); e ao erro de medicação (4,6%).³ Outro estudo evidenciou a taxa dos erros de medicação em uma instituição hospitalar, com a análise de 551 prontuário demonstrou que 43,7% ocorriam em unidades de cuidados intensivos, seguidos de 25% na enfermaria e 25% no centro cirúrgico.¹⁰

Ressalta-se que a administração de medicamentos é um processo complexo e multidisciplinar, cujo objetivo comum é prestar assistência de qualidade em prol da segurança do paciente.¹¹ Este processo envolve diferentes etapas proposto pela OMS: prescrição, transcrição, dispensação/distribuição, preparo, administração e monitorização. As falhas nestas etapas podem resultar em erros, trazendo riscos para o paciente, ocasionando danos à sua saúde, além de comprometer a equipe multiprofissional, a qualidade da assistência a segurança do paciente.^{9,12,13}

Neste sentido, a equipe de enfermagem, bem como todo profissional de saúde é suscetível a cometer EAs, porém, este estudo dá ênfase a enfermagem, pois é a equipe que realiza diversas intervenções invasivas e permanece mais tempo junto ao paciente.¹⁴

Diante do exposto, é de extrema importância repensar os cuidados relacionados à assistência à saúde, incluindo os relacionados com administração de medicamentos, de modo que estes sejam praticados com qualidade a fim de reduzir os EAs e, conseqüentemente, garantir a segurança dos que buscam pelos serviços de saúde.

Partindo do pressuposto que a prática segura de administração de medicamentos guarda relação com a compreensão acerca do erro e como ele pode ocorrer, surgem às questões norteadoras deste estudo: a equipe de enfermagem tem compreensão sobre o erro de medicação? O que contribui para que o erro de medicação ocorra?

Nesta perspectiva, o presente estudo se justifica pela relevância do tema, e ainda, muitos estudos sobre a segurança

do paciente relacionados à medicação foram realizados prioritariamente em setores de urgência e emergência.¹⁵ Poucos estudos foram realizados no setor da clínica médica, sendo necessário ampliar as pesquisas nesta área.

O objetivo deste estudo é compreender as concepções e as condutas da equipe de enfermagem frente ao erro de medicação na clínica médica.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa e caráter descritivo-exploratório. A pesquisa qualitativa preocupa-se em compreender um determinado grupo social quanto ao seu universo de significados, assumindo um sentido e um significado do que precisa ser revelado.¹⁶

O estudo foi realizado em um Hospital de Ensino, localizado na Zona da Mata Mineira, Brasil. A escolha pela instituição se deu pela vivência da pesquisadora no setor de clínica médica, durante as aulas práticas do curso de graduação em enfermagem e sua vivência em um projeto de extensão na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, a qual permitiu conhecer mais sobre o ambiente da clínica médica, e observar uma alta dinamicidade e grande quantidade de medicações para serem administradas durante os turnos de trabalho.

O referido hospital possui 115 leitos, presta assistência hospitalar para usuários de todas as faixas etárias do Sistema Único de Saúde (SUS), particular e convênios. O setor de clínica médica possuiu 27 leitos e atende apenas usuários do SUS. O setor possui pacientes portadores de diversas comorbidades e em diferentes níveis de complexidade, com administração de medicamentos em vários momentos do processo de trabalho. Contava com dois enfermeiros no plantão diurno, com escala de 12/36 horas semanais. No plantão noturno, havia apenas um enfermeiro responsável por todo o hospital, exceto para pronto atendimento e Centro de Terapia Intensiva, e 18 técnicos de enfermagem na escala 12/36 horas. Os participantes foram abordados pessoalmente na instituição e convidados a participar da pesquisa.

Os participantes da pesquisa foram os dois enfermeiros (plantão diurno) e 17 técnicos de enfermagem, plantão diurno e noturno, pois um recusou a participar. A equipe de enfermagem da clínica médica escolhida intencionalmente por estar envolvida diretamente no processo de administração de medicamentos. Ressalta-se que nesta instituição o farmacêutico não está envolvido com esse processo de administração de medicamentos, ficando responsável por armazenar e distribuir os medicamentos.

A coleta de dados foi realizada no período de julho a outubro de 2016, por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado e observação não participante. Foi realizado um teste piloto com três técnicos e um enfermeiro de outro setor, sem necessidade de alteração no roteiro e seus dados não foram inclusos na amostra do estudo. As entrevistas abordavam sobre o que é um erro de medicação, se já havia vivenciado um erro, o que se faz quando acontece o erro de

medicação no setor e qual a implicância do mesmo para a segurança do paciente. As entrevistas tiveram duração média de 20 minutos por participante e a observação teve uma carga horária de 40 horas. Os depoimentos foram gravados mediante autorização dos participantes do estudo e posteriormente transcritos na íntegra.

Na observação não participante foi utilizado o registro das impressões do pesquisador em um diário de campo,¹⁶ realizada até atingir o objetivo deste estudo. A inserção no campo de investigação se deu durante o período de agendamento e realização das entrevistas. A pesquisadora permanecia no campo de investigação antes e após a realização das entrevistas, registrando aspectos referentes ao comportamento da equipe de saúde, comunicação e dinâmica do trabalho nos setores visitados, assistência e admissão de pacientes pela equipe de enfermagem.

Para manter o anonimato dos participantes as entrevistas foram codificadas em letras referentes à categoria profissional com “E” referente a enfermeiro e “TE” de técnico de enfermagem, seguido por numerais indicando a ordem das entrevistas.

Para alcançar a interpretação mais profunda do fenômeno, os dados coletados foram submetidos à análise de conteúdo com análise temática, a qual representa um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visam obter conhecimentos relativos às essas mensagens.¹⁶⁻¹⁷ A análise temática foi realizada em três fases, sendo a primeira fase: pré-análise, também conhecida por “leitura flutuante”, com leitura exaustiva e organização dos dados. Segunda fase: exploração do material, codificando e agregando os dados, organizando-os em categorias temáticas. E a terceira fase, tratamento dos resultados, na qual se trabalhou os dados brutos, permitindo destaque para as informações obtidas, as quais foram interpretadas à luz da literatura.

Ao final da análise foram construídas três categorias: concepções da equipe de enfermagem sobre o erro de medicação; aspectos que acentuam a ocorrência do erro; e estratégias adotadas para a melhoria do processo de administração de medicamentos.

A pesquisa foi desenvolvida respeitando os aspectos éticos conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e submetida à apreciação e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital cenário da pesquisa e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa sob CAEE 53457515.7.0000.5153.

RESULTADOS

Dos participantes da pesquisa, 17 eram do sexo feminino e 2 do sexo masculino; apresentando idade entre 23 a 53 anos. Quanto ao tempo de formação profissional: 2 (10,5%) possuíam formação até 2 anos; 5 (26,3%) até 10 anos, e 12 (63,2%) possuíam tempo de formação superior a 10 anos. Quanto ao tempo de trabalho na instituição: 8 (42,1%) com até 2 anos de serviço, 5 (26,3) até 10 anos e 6 (31,5) tempo

superior a 10 anos de serviço, caracterizando uma maioria de profissionais recentes na instituição. Além disso, 7 (36,8%) dos profissionais possuíam outro vínculo de trabalho.

Concepções da equipe de enfermagem sobre o erro de medicação

Os participantes retratam sobre o erro de medicação e seus efeitos na segurança do paciente. Foram relacionados os erros que envolvem a etapa de administração, o erro de via e/ou horário e/ou de medicamentos, conforme depoimentos:

Erro de medicação... Erro de medicação é conferir o medicamento errado, doutor pede de um jeito e você faz de outro jeito. (T4)

Pode ser trocar a medicação do paciente, ou errar a medicação de via". (T6) "Não dar a medicação no horário certo e o cuidado para não trocar a medicação do paciente, tem que ter muita atenção, para mim é isso. (T8)

O erro seria você trocar uma medicação pelo outro, por exemplo, se for oral e você fazer venoso, é, trocar as vias de medicação, seria isso. (T9)

Quando questionados sobre as implicações do erro de medicação na segurança do paciente, os participantes destacaram compreender o erro associado a alergia ao medicamento; a problemas relacionados ao estado de saúde do paciente e até ao risco de levar o paciente à óbito:

Assim, se você fizer a medicação e ele tiver alergia, pode prejudicar o caso dele. Se pelo menos a medicação for certa e você fizer uma dosagem a mais, assim, pode prejudicar um pouco, mas não assim, tão grande. (T1)

Pode levar a sérias consequências, até ao óbito também. Em casos que já ouvi falar, que não vi, era para fazer medicação comprimido, o paciente estava de sonda, ao invés de fazer na sonda fez no acesso, tendeu? Casos que já ouvi falar, mas não que eu tenha visto acontecer. (T9)

Se for um medicamento para a pressão e a pessoa não tiver problema de pressão? O paciente pode passar mal. (T10)

Talvez o paciente tenha alergia aquele medicamento e você dá aquele medicamento ao paciente que tem aquela alergia ao medicamento que você vai aplicar, é perigoso ir ao óbito. (T7)

Aspectos que acentuam a ocorrência do erro

Aspectos que acentuam a ocorrência do erro foram observadas em situações no ambiente de trabalho e mencionado pelos participantes, como, prescrição ilegível; a sobrecarga de trabalho; a alta complexidade do setor; deficiências na

formação ou capacitação profissional; a falta de atenção devido a conversa paralela no ambiente, setor tumultuado devido ao grande número de acadêmicos, internos, residentes e estagiários da área da saúde. Alguns aspectos podem ser evidenciados pelos depoimentos:

Dependendo, a prescrição médica, a caligrafia, que muitas vezes, a maioria é feita a punho que é levada para a farmácia e os funcionários não sabem o nome da medicação e manda medicação errada, o técnico de enfermagem acha que é o mesmo nome que está na medicação e quando faz é erro, porque não era aquela medicação. (T3)

Acaba que, acho que, pela quantidade de funcionários, assim, de pacientes, a sobrecarga de trabalho acaba fazendo com que haja descuido nisso, o que não deveria acontecer. (E1)

Aqui tem hora que é apertado. Às vezes tem internação, aí tem as medicações que atrasa, isso favorece. Tem dia que a gente está com 6 paciente e entre 6, 4 é ruim só 2 que é bom, na clínica tem que trocar fralda, tudo dificultoso, traqueostomizado, é soro, antibiótico, troca aqui, troca lá. São pacientes mais complexos, aí sobrecarrega. Se 70 ou 80% ser paciente trabalhoso. (T10) Assim, às vezes pessoas não estão muito capacitadas para exercer o cargo que estão exercendo. (T8)

Falta de atenção é uma das principais. Porque se você não tiver pensando, porque você não olha um paciente só, você olha cinco, seis, quando o colega falta, você olha 10. Então, você tem que ter muita atenção, se não tiver, você faz coisa errada mesmo. (T2)

Eu acho que é um pouco assim, falatório de colegas, brincadeira indevida, principalmente na hora que está separando o remédio, acho que deveria ter menos falazada, fazer mais silêncio, respeitar o horário do remédio. (T5)

Assim, de repente, o que pode acontecer, é porque aqui nós temos muitos acadêmicos. Então, um fala uma coisa, outro fala outra coisa, aí esse tumulto a mais pode favorecer. Mas não é aquilo que vai ser, você tem que estar atento ao que o médico te fala. Então, esse tumulto pode ser. (T1)

Quanto a dispensação de medicamentos pela farmácia, foi observado e confirmado pelos depoimentos que a dispensação era única, para as 24 horas de assistência. Havia uma preocupação com a prescrição manual e letra ilegível dos médicos:

A gente pega a prescrição, faz os horários, faz o aprazamento e leva para a farmácia. Na farmácia a gente pega, confere, coloca nos potes, aí separa com os horários que eu

vou dar e guarda dos horários mais para a frente, do outro plantão. Ai depois a gente vai fazendo os horários, pega a medicação, vamos supor, se for injetável a gente prepara a medicação e vai fazer no paciente, depois descarta. (T6)

Pega a prescrição, pede a medicação, leva para a farmácia, espera a farmácia separar as medicações, vem a medicação para mim no setor, eu separo os meus horários que tem que ser administrado, eu coloco as vias e as outras medicações são colocadas nos potes dos pacientes para outro técnico pegar, que seria o plantão noturno. Ai quando eu for preparar a medicação, lavando as mãos, separo as medicações todinhas direitinho e levo na bandeja, separadamente, para cada paciente, com as vias certas em casa etiqueta. (T3).

A letra dos médicos não ajuda nem um pouco. E se a gente não entendeu e acha que é um medicamento ai a farmácia libera também, se você é novato e não sabe nada sobre medicação, ai você faz a medicação. Ai como se diz, né, o erro só cai na gente. (T17)

A dispensação da medicação era realizada pela farmácia no plantão diurno e observou-se que não havia controle com as não utilizadas. Essas não eram devolvidas à farmácia, ficando disponível no posto de enfermagem, gerando custo para o setor, risco de administração e uso de forma indevida desta droga. Além disso, os profissionais de enfermagem que trabalhavam no plantão diurno conferiam as medicações e repassavam as necessárias para o plantão noturno. Desta forma, na ocorrência de erro nesse processo, o plantão noturno resolveria.

Foi evidenciado a ocorrência de erros de dosagem, com à dispensação errada da dose pela farmácia e a falta de atenção dos funcionários no preparo do medicamento, os depoimentos confirmam:

O problema que a gente tem no setor é a dosagem errada, porque nem sempre a farmácia tem a dose certa do remédio, por exemplo, é 50mg, mas o paciente toma 25mg, então tem que dividir esse comprimido. Então o que acontece muito de um funcionário em um plantão dar um comprimido inteiro e o outro dar meio, sabe? Acontece bastante com os pacientes aqui. (E1)

A observação permitiu identificar erros como, o erro de horário, omissão da dose, dosagem errada e falta de orientação ao paciente sobre sua terapia medicamentosa. Os TE preparavam as medicações do plantão assim que assumiam o setor, ficando o medicamento preparado por horas até o momento da administração, o que pode interferir na eficácia terapêutica. Também foi observado a falta de técnicas assépticas no preparo do medicamento, como não realizar higienização ou desinfecção das mãos, com álcool a 70%, bem como das bandejas e ampolas, e o uso da mesma agulha

no preparo de medicamentos diferentes. Além disso, verificou-se que os medicamentos eram preparados no posto de enfermagem, local este que também era utilizado para dar orientação aos pacientes, familiares, troca de plantão e comunicação entre a equipe.

Estratégias e condutas adotadas para a melhoria do processo de medicação

A análise dos dados permitiu identificar a Educação Permanente (EP); o uso de etiquetas para identificar os medicamentos; e a realização da notificação do EAs como estratégias de melhorias na segurança do paciente.

A realização da EP foi forma encontrada pelos enfermeiros de promover atualização constante da equipe:

A gente sempre tem treinamento, todo mês a gente tem treinamento, tem estudo com eles, sabe? Reunião, a gente sempre fala sobre o assunto, a identificação principalmente a gente está batendo na tecla agora para tentar aderir a essa etiqueta, para não ter problema nenhum. Mas a gente sempre fala, mas, infelizmente acaba passando alguma coisa ainda. (E1)

Sempre tem a educação continuada no departamento, então, todo mundo é orientado a respeito de erro. (T1)

Durante a observação e confirmado nos depoimentos, o enfermeiro era o responsável por garantir a EP para sua equipe. A mesma era realizada mensalmente, de acordo com as necessidades levantadas pelos profissionais, e o enfermeiro convocava a equipe em dias previamente estabelecidos mediante a avaliação das atividades realizadas. A EP tinha duração máxima de 30 minutos para não atrasar as demais atividades e eram mediadas por meio do diálogo entre a equipe.

Quanto ao processo de administração de medicamentos, foi realizada a padronização do uso de etiquetas de identificação como estratégia para reduzir a ocorrência dos erros. Observou-se o emprego de etiquetas de cor vermelha para as medicações de alta vigilância e de cor branca para as demais medicações:

A gente tem é critério agora de separar aqui, no carrinho de medicação, que é o carrinho de parada, os medicamentos que são altamente perigosos. Eles estão todos identificados com uma fita vermelha, no fundo da caixinha, para ter bastante atenção nos casos de parada, principalmente porque é muito rápido. Tem que ser feito com muita precisão, e muito rápido, então, agora está tudo identificado em vermelho para a gente ter atenção a isso. (E1)

Agora ficou mais fácil, antes colocava o número do leito e o horário do medicamento. Agora não, agora já tem a etiqueta a gente identifica o nome do paciente, o leito e a medicação. (T5)

Por meio da observação, evidenciou-se que embora os profissionais tinham acesso e conhecimento dessas etiquetas, muitos não faziam o uso das mesmas, utilizando uma fita adesiva para identificar o paciente, o leito, o horário e a via da medicação. Outra estratégia de melhoria identificada era a realização de notificação de EAs em impresso próprio da instituição ou comunicação verbal ao enfermeiro, frente ao erro de medicação:

Tem uma folha de evento adverso e a gente notifica quando tem um erro, descobre quem é que errou, pelo prontuário, pela prescrição a gente consegue saber quem é que administrou essa medicação e conversa com esse funcionário. (T1)

Quando acontece um erro de medicação é comunicado com a enfermeira, depois é comunicado o médico. Só entrar em contrato. Quando a pessoa que errou a medicação é advertida, assina o caderno de ocorrência. (T3)

A observação permitiu identificar que o hospital ainda não dispunha de meios eletrônicos e informatização do sistema, sendo utilizado a forma manual para a prescrição, a dispensação e a distribuição dos medicamentos. O sistema de distribuição ocorria para as 24 horas de assistência e não havia atuação do farmacêutico nesse processo, com responsabilidade atribuída a equipe de enfermagem quanto a requisição, o aprazamento e a administração dos medicamentos.

DISCUSSÃO

O estudo permitiu identificar que os participantes compreendem o erro de medicação como erro de conduta profissional e que pode levar a consequências graves ao paciente. Em consonância com a literatura, o erro de medicação pode ser decorrente da prática profissional, da prescrição, de embalagens e rótulos dos produtos, falhas durante a dispensação, distribuição e administração.^{6,11-12}

Os tipos de erros apontados nos depoimentos dos participantes também estão descritos em outros estudos como omissão de dose, dose imprópria, concentração errada, medicamento errado, formulação da dose errada, técnica errada, via errada de administração, velocidade errada, duração errada, horário errado, paciente errado, monitoramento errado e administração de medicamentos deteriorados, considerados erros de medicação.^{7,13-14,18-19}

É importante ressaltar que a enfermagem é a equipe profissional presente na etapa final do processo de administração de medicamentos no ambiente hospitalar, e suas ações podem prevenir possíveis erros ou não. Destarte, os profissionais devem conhecer todos os tipos de erros que podem ocorrer, identificá-los e estabelecer maneiras de evitar sua ocorrência, impactando assim, na segurança do paciente.^{6,13}

Ressalta-se a responsabilidade do profissional em atualizar seus conhecimentos acerca do assunto de modo que

exercem a assistência de forma segura, livre de qualquer dano durante seus cuidados, possibilitando um avanço na qualidade e segurança do paciente.

Na presente pesquisa, os participantes reconheceram aspectos que potencializava a ocorrência do erro como prescrição ilegível, sistema de prescrição manual, sobrecarga de trabalho, falta de atenção e capacitação profissional, grande número de pessoas circulando no setor e interrupções no processo de administrar medicamentos.

Reconhecer os aspectos que acentuam o erro, o reconhecimento dos incidentes e de demais ocorrências está relacionado à cultura, crença e conhecimento dos profissionais acerca do problema, uma vez que alguns profissionais apresentam dificuldades em perceber o erro.^{20,21}

No que tange a letra ilegível em prescrições, um estudo aponta que a maioria das instituições hospitalares, as prescrições ainda são manuais e com frequência há dificuldade por parte da equipe de enfermagem, de compreender o que está prescrito,²² encontrando ressonância com a presente pesquisa. Um estudo brasileiro constatou que 43,8% dos profissionais de enfermagem evidenciaram a caligrafia do médico ilegível ou com dificuldade de ser lida como uma das quatro causas mais frequentes para ocorrência de erro, culminando assim, em uma cascata de erro nas etapas subsequentes.²²

O presente estudo permitiu identificar o setor da clínica médica como uma área que exige atenção redobrada devido à alta carga de trabalho por ter pacientes em diferentes níveis de complexidade e em uso de diversas medicações. Estudos realizados evidenciam que os erros de medicação podem ocorrer em decorrência da falta de preparo e de conhecimento dos profissionais, do estresse gerado no ambiente, da sobrecarga de trabalho e da falha na comunicação da equipe multidisciplinar.^{13,14,19} Estudos ressaltam que muitos profissionais têm dupla jornada de trabalho, tornando-os vulneráveis a realização de procedimentos inseguros, devido à combinação com o cansaço e privação do sono.^{13,14,19} Além disso, cabe destacar que o dimensionamento de pessoal de enfermagem se constitui uma prioridade por interferir na assistência.²⁰

Os depoimentos afirmaram que os técnicos de enfermagem realizavam o aprazamento das prescrições, mas esses profissionais não tem uma formação em farmacologia. Aprazar a prescrição é atividade do enfermeiro, assim é possível não apenas prevenir as interações medicamentosas, mas também assegurar uma prática contextualizada na ciência.¹¹

Em relação a dispensação de medicamentos abordado nos resultados, estudos recomendam a utilização de um sistema de distribuição de medicamento por dose unitária, além da preparação dos medicamentos intravenosos realizada pelo farmacêutico e o uso do código de barras na identificação do paciente e da droga para evitar erros.^{11,13,18,19} A dose unitária constitui uma maneira de minimizar erros pois, permite maior integração do farmacêutico no processo de medicação e maior segurança para o profissional e para o paciente.¹¹

Aspectos como, a dispensação em doses diferentes das prescritas ou aprazamento em horários aos quais o paciente

está sendo submetido a procedimentos, constituem um erro de medicação. Estudo abordando os tipos de erros no preparo e administração de medicamentos apontou que erros de dose (24,3%), de horário (22,9%) e medicamentos não autorizados (13,5%) foram os mais observados.²³ Cabe destacar que os erros identificados no setor não estavam relacionados apenas a fatores intrínsecos a equipe de enfermagem, mas, também, a fatores associados à distribuição de medicamentos pela farmácia. Assim sendo, a instituição deve dispor de estratégias que viabilizem um ambiente mais seguro e eficiente para que a assistência durante a terapia medicamentosa seja realizada com segurança.

Estudos revelam que o manuseio inadequado da medicação pode diminuir a segurança microbiológica e a eficácia terapêutica, constituindo assim como um erro de medicação.⁷

Por conseguinte, enfatiza-se o papel da alta administração da instituição no processo, tendo em vista que os EAs relacionados a medicação são preveníveis e os gestores devem adotar estratégias para minimizar a sua ocorrência.

A instituição de saúde deve permitir que os profissionais de saúde aprimorem seus conhecimentos, buscando uma atuação da equipe de forma integrada e sistematizada. Neste sentido, não somente a equipe de enfermagem deve estar inserida, mas todos os profissionais envolvidos. A Educação Permanente (EP) é uma ferramenta que permite atualizar conhecimentos adquiridos na formação básica curricular, potencializando o conhecimento produzido no processo do trabalho, facilitando a construção da autonomia, o processo de ensino-aprendizagem e sua associação com a realidade.¹¹ As medidas educativas, embora as mais simples, são de baixo custo e capazes de produzir efeito de sensibilização e conscientização dos profissionais,¹⁸ constituindo uma barreira para os erros de medicação.

A identificação com etiqueta no preparo do medicamento também constitui uma barreira no erro de medicação^{11,13,18,19} tendo em vista que esta permite identificar o medicamento, dose, via, hora, paciente, e registro certo, indo de encontro com uma assistência mais segura.

Os medicamentos de alta vigilância ou potencialmente perigosos são aqueles que possuem maior risco de provocar danos, em decorrência de falha na utilização, com serias consequências para o paciente, sendo o uso de etiquetas uma das recomendações para maior segurança, dentre outras como a dupla checagem e limite de acesso a essas drogas.²⁴

Além disso, a notificação do evento adverso constitui uma ferramenta essencial no controle do erro de medicação, tendo em vista que a mesma permite um conhecimento sobre as deficiências existentes, bem como da taxa e frequência do erro.^{11,13,18,19} Entretanto, estudos demonstram que é preciso trabalhar para diminuir a subnotificação dos casos.^{11,13} Uma pesquisa revelou que 45,6% das 983 enfermeiras confirmaram que relatavam erros e que as razões para a omissão do relato incluíam medo da reação dos gerentes e dos colegas de trabalho.¹⁸ Cabe destacar que diante do erro, ainda persiste a cultura de punir o profissional, fato que pode ser

destacado no depoimento de T3 ao citar que o profissional assina o caderno de ocorrência, medida que pode acarretar em subnotificação e dificuldades de aprender com o erro.

Muitas vezes o erro é atribuído ao erro humano individual^{12,20} fator que tem contribuído com as subnotificações. Destarte, as instituições de saúde devem considerar como fatores contribuintes ao erro não somente o ser humano, mas também as condições de trabalho, os aspectos estruturais e a complexidade das atividades desenvolvidas por este, conseguinte, adotar políticas de segurança e medidas educativas para o erro, promovendo assim, um ambiente que propicie a melhoria do sistema e do processo de trabalho.^{12-13,18}

Algumas recomendações para evitar erros de medicação giram em torno da informatização do sistema (prescrição, dispensação, distribuição do medicamento); uso do código de barras nos processos de administração, na identificação do cliente; sistemas de monitoramento e relatórios de EAs; uso da distribuição por dose unitária; sistema para preparo de medicação intravenosa realizada pela farmácia; profissionais da farmácia atuando junto com médicos e enfermeiros; revisão das prescrições por farmacêuticos e a resolução das dúvidas sobre os medicamentos.^{11,13,18,19}

Assim, são várias as estratégias para minimizar o erro de medicação, melhorando a prática profissional e a segurança do paciente hospitalizado, mas que precisam ser aplicadas no cotidiano da prática profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo foi importante para compreender sobre o erro de medicação, a conduta da equipe de enfermagem e suas associações à segurança do paciente. É importante discutir a problemática do cuidado hospitalar, principalmente no setor da clínica médica, tendo em vista a complexidade dos pacientes internados e a utilização de diversos medicamentos.

Alguns elementos existentes no setor interferem no processo de medicação, tais como a sobrecarga de trabalho, a falta de atenção do profissional, setor tumultuado devido ao grande número de pessoas circulando, deficiências na formação ou capacitação do profissional, prescrição ilegível, dispensação errada pela farmácia, dispensação de medicamentos no período de 24 horas e atitude punitiva na notificação do EAs.

O estudo alerta para a necessidade de se implementar medidas efetivas e dinâmicas no processo de medicação em prol da melhoria no processo de trabalho, da redução dos EAs e, por conseguinte, da segurança do paciente. Ressalta-se a inclusão de todos os profissionais envolvidos: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e farmacêuticos, como corresponsáveis nesse processo.

O estudo ainda permitiu identificar algumas estratégias na tentativa de tornar o processo de medicação mais seguro, como a EP, uso de etiquetas e a notificação dos EAs. As limitações desta pesquisa estão relacionadas à abordagem de uma única realidade local. Assim, novos estudos devem ser realizados para maior generalização dos resultados.

REFERÊNCIAS

1. Reis CT, Martins M, Laguardia J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. *Ciênc. saúde coletiva* [internet] 2013 july [acessado em 01 mar 2018]; 18(7):2029-36. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700018&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000700018>.
2. World Health Organization (WHO). A World Alliance for Safer Health Care. More Than Words: Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Version 1.1. Final Technical Report. Geneva (Switzerland) [internet]. 2009 [acesso em 11 nov 2016]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
3. Mendes W, Pavão ALB, Martins M, Moura MLO, Travassos C. Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. *Rev Assoc Med Bras* [internet] 2013 set [acesso em 01 mar 2018]; 59(5):421-28. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/9638>
4. Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. *Shaping The Future For Health*; [internet] 1999 [acesso em 15 set 2016]. Disponível em: <http://www.nationalacademies.org/hmd/-/media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20report%20brief.pdf>
5. Rigobello MCG, Carvalho REFL, Cassiani SHB, Galon T, Capucho HC, Deus NN. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm* [internet] 2012 [acesso em 03 mar 2017]; 25(5):728-35. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000500013&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000500013>.
6. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. Taxonomy of medication errors; [internet] 2001 [acesso em 11 nov 2016]. Disponível em: <http://www.nccmerp.org/sites/default/files/taxonomy2001-07-31.pdf>
7. Camerini FG, Silva LD. Segurança do paciente: análise do preparo de medicação intravenosa em hospital da rede sentinela. *Texto contexto-enferm* [internet] 2011 mar [acesso em 03 abr 2018]; 20(1):41-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000100005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000100005>.
8. Jha AK, Prasopa-Plaizier N, Larizgoitia I, Bates DW. Patient safety research: an overview of the global evidence. *Qual Saf Health Care* [internet] 2016 nov [acesso em 10 nov 2016]; 19(1):42-7. Disponível em: <http://qualitysafety.bmj.com/content/19/1/42.full.pdf?sid=21c3da55-6972-41d6-b5a1-065201d75c10>
9. Sousa P, Uva AS, Serranheira F, Nunes C, Leite ES. Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: a contribution to improving quality and patient safety. *BMC Health Services Research* [internet] 2014 july [acesso em 11 nov 2016]; 14(311). Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/311>
10. Roque KE, Melo ECP. Adaptação dos critérios de avaliação de eventos adversos a medicamentos para uso em um hospital público no Estado do Rio de Janeiro. *Rev. bras. Epidemiol* [internet] 2010 [acesso em 10 set 2016]; 13(4): 607-19. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n4/06.pdf>
11. Franco JN, Ribeiro G, D'Innocenzo M, Barros BPA. Percepção da equipe de enfermagem sobre fatores causais de erros na administração de medicamentos. *Rev bras enferm* [internet] 2010 dez [acesso em 17 nov 2016]; 63(6): 927-32. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600009&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000600009>.
12. Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. *Esc. Anna Nery* [internet] 2014 mar [acesso em 15 mar 2017]; 18(1):122-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100122&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140018>.
13. Yamamoto MS; Peterlini MAS; Bohomol E. Notificação espontânea de erros de medicação em hospital universitário pediátrico. *Acta paul. Enferm* [internet] 2011 [acesso em 01 mar 2018]; 24(6):766-71. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n6/a06v24n6.pdf>
14. Nunes FDO, Barros LAA, Azevedo RM, Paiva SS. Segurança do paciente: como a enfermagem vem contribuindo para a questão? *J. res. fundam. care*. Online [internet] 2014 jun [acesso em 10 mar 2018]; 6(2):841-7. Disponível em: <http://www.index-f.com/pesquisa/2014/r6-841.php>
15. Hillin E, Hicks RW. Medication errors from an emergency room setting: safety solutions for nurses. *Crit Care Nurs Clin North Am* [internet] 2010 jun [acesso em 01 mar 2018]; 22:191-6. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0899588510000183?via%3Dihub>
16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 2010.
17. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2011.
18. Silva LD, Passos RS, Carvalho MF. Características e evidências da produção científica de enfermeiros sobre erros de medicação no ambiente hospitalar. *Rev Rene* [internet] 2012 [acesso em 01 mar 2018]; 13(2):480-91. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/viewFile/3957/3129>
19. Rocha FSR, Lima CA, Torres MR, Gonçalves EPF. Tipos e causas de erros no processo de medicação na prática assistencial da equipe de enfermagem. *Revista Unimontes Científica* [internet] 2015 jun [acesso em 05 jan 2018]; 17(1):2236-52. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/358-565-1-PB.pdf>
20. Duarte SDCM, Stipp MAC, Silva MM, Oliveira FT. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Rev Bras Enferm* [internet] 2015 feb [acesso em 15 jan 2018]; 68(1):144-54. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000100144&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p>.
21. Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains D, Lackan NA. What is patient safety culture? A review of the literature. *J Nurs Scholarsh* [internet] 2010 jun [acesso em 01 mar 2018]; 42(2):156-65. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20618600>
22. Bohomol E, Ramos LH. Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. *Rev Bras Enferm*. [internet] 2007 feb [acesso em 15 abr 2018]; 60(1):32-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000100006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000100006>.
23. Teixeira TC, de Cassiani SH. Root cause analysis: evaluation of medication errors at a university hospital]. *Rev Esc Enferm USP* [internet] 2010 mar [acesso em 15 mar 2017]; 44(1): 139-46. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100020&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000100020>.
24. Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos. Medicamentos potencialmente perigosos de uso hospitalar e ambulatorial, listas atualizadas 2015. *Boletim ISPM*. [internet] 2015. [acesso em 16 nov 2016]; 4(3):1-8. Disponível em: <http://www.ispm-brasil.org/site/wp-content/uploads/2015/12/V4N3.pdf>

Recebido em: 14/06/2018

Revisões requeridas: 13/12/2018

Aprovado em: 19/12/2018

Publicado em: 05/01/2021

Autor responsável pela correspondência:

Andréia Guerra Siman

Endereço: Av. Ph Rolfs, sem nº Campus Universitário,
Viçosa/MG, Brasil.

CEP: 36570-000

E-mail: ago@ufv.br

Número de telefone: +55 (31) 3612-5500

Divulgação: Os autores afirmam
não ter conflito de interesses.